



СМЕНА

ПАРАДИГМЫ →

Глобальный план по борьбе с туберкулезом на 2018–2022 гг.

Смена парадигмы

(имя существительное)

«время, когда привычный и общепринятый образ действий или мышления кардинально меняется»

(Кембриджский словарь английского языка)



Смена парадигмы: 2018–2022 гг.

Правообладатель © 2019 Партнерство «Остановить туберкулез»

Global Health Campus
Chemin du Pommier 40
1218 Le Grand-Saconnex
Geneva, Switzerland
(Швейцария)

Все права защищены. Запрещается полное или частичное воспроизведение настоящей публикации в любом виде и любыми средствами без предварительного разрешения Партнерства «Остановить туберкулез».

Цифровая версия настоящей публикации доступна по адресу: stoptb.org/resources

ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ ПО БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ НЕОБХОДИМО 77,8 МЛРД ДОЛЛ. США

Пятилетний период: 2018–2022 гг.



(в млрд долл. США)

- Профилактика и лечение туберкулеза
- Исследования и разработка новых средств диагностики, лекарств и вакцин
- Фундаментальная наука

СОДЕРЖАНИЕ

Благодарности	8
Список сокращений	10
Глоссарий	12
Предисловие	18
Краткий обзор	22
Введение	28



1. СМЕНА ПАРАДИГМЫ В БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Глобальные цели, ориентированные на интересы людей: «90-(90)-90»

Смена парадигмы

Экономическое обоснование необходимости ликвидации ТБ

Оценка прогресса

Подотчетность, связанная с выполнением обязательств по борьбе с ТБ

Реализация подотчетности на практике

4. ОСНОВНЫЕ СТОРОНЫ СОТРУДНИЧЕСТВА: ГРАЖДАНСКОЕ ОБЩЕСТВО, СООБЩЕСТВА И ЧАСТНЫЙ СЕКТОР

Гражданское общество и сообщества в качестве партнеров в борьбе с ТБ

Обеспечение значимого участия сообщества и координации действий

Партнерство с научным сообществом

Партнерство с частным сектором

Поддержка национальных многоотраслевых платформ



2. МОДЕЛИРОВАНИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ МЕРЫ РЕАГИРОВАНИЯ

Моделирование целей ЗВУООН по лечению и профилактике ТБ

Результаты моделирования

Страновые кластеры



5. ВСЕОБЩИЙ ОХВАТ УСЛУГАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ОБЛАСТИ БОРЬБЫ С ТБ

Улучшение медицинских услуг: ВОУЗ

Интеграция борьбы с ТБ в мероприятия по снижению уровня бедности и социальной защите

Решение проблемы устойчивости к противомикробным препаратам в контексте ВОУЗ

Улучшение городской среды

Правовые нормы

Создание благоприятной среды: политическая воля и решения



3. ОХВАТ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Охват ключевых групп населения как обязательное условие для обеспечения равенства и защиты прав человека



6. НОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ

Стратегические программы НИР в области новых

инструментов борьбы с ТБ	128	Подход к расчету затрат и ограничения	176
Прогресс в научных исследованиях и разработках новых инструментов	140	Каких целей позволит достичь Глобальный план?	177
Приоритетные, готовые к реализации исследовательские проекты	144	Источники финансирования Глобального плана	180
Фундаментальные научные исследования	147	Удовлетворение потребности в финансировании НИР	188
Дети и ключевые группы населения	147		
Усиление поддержки научно-исследовательских организаций, партнерств и сотрудничества	148		
Повышение потенциала учреждений для проведения клинических испытаний	150		
Обеспечение эффективной и предсказуемой нормативной и политической среды	151		
Поддержка талантливых исследователей в области ТБ	152		
Инвестирование в новые инструменты	153		
Цена бездействия: к какому результату приведет недостаточное финансирование НИР?	155		
Адвокация в области новых противотуберкулезных инструментов	155		
Применение передового опыта для привлечения сообществ на протяжении всего процесса НИР	159		
Применение принципа доступности при разработке новых противотуберкулезных инструментов	161		
Расширение оперативных исследований	163		
Цифровое здравоохранение и прецизионная (точечная) медицина	165		



7. ПОТРЕБНОСТЬ В РЕСУРСАХ

Потребности в инвестициях для достижения целей ЗВУООН

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Оценка стоимости и воздействия Глобального плана по ликвидации ТБ на 2018–2022 гг.	1A-1
Обзор	1A-2
Глобальный план на 2018–2022 гг.: цели ЗВУООН	1A-2
Моделирование воздействия на эпидемию	
Глобального плана на 2018–2022 гг.	1A-3
Моделирование финансовых потребностей для реализации Глобального плана на 2018–2022 гг.	1A-5
Окупаемость инвестиций	1A-9

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Инвестиционные пакеты по страновым кластерам	2A-1
Оценочная матрица для инвестиционных пакетов	2A-3

ВСТАВКИ

<u>Вставка 0.1.</u> Стратегия ВОЗ по ликвидации ТБ	30
<u>Вставка 0.2.</u> ТБ и цели устойчивого развития	32
<u>Вставка 1.1.</u> FIND. TREAT. ALL. #ENDTB	39
<u>Вставка 1.2.</u> Южная Африка: прогресс в смене парадигмы	45
<u>Вставка 1.3.</u> Индия: амбициозные политические обязательства по ликвидации ТБ	47
<u>Вставка 1.4.</u> Обязательства по подотчетности,	

168

171

одобренные государствами-членами ООН в политической декларации по борьбе с ТБ	49	<u>Рисунок 1.1:</u> Целевые ориентиры «90-(90)-90»	37
<u>Вставка 3.1.</u> Основные проблемы в области ТБ и прав человека	78	<u>Рисунок 1.2:</u> Важнейшие составляющие ММОП-ТБ	46
<u>Вставка 3.2.</u> Результаты работы платформы по стимулированию разработок новых средств борьбы с детским ЛУ-ТБ, созданной Партнерством «Остановить туберкулез»/GDF	81	<u>Рисунок 2.1:</u> Влияние на заболеваемость ТБ	53
<u>Вставка 4.1.</u> Сети гражданского общества на глобальном и региональном уровнях	98	<u>Рисунок 2.2:</u> Совокупные цели ЗВУООН по ТБ по годам	54
<u>Вставка 4.2.</u> Работники санитарного просвещения в Эфиопии	101	<u>Рисунок 2.3:</u> Совокупные цели ЗВУООН по ТБ по страновым кластерам	54
<u>Вставка 4.3.</u> Установление партнерских отношений с парламентскими лидерами с целью ликвидации ТБ	103	<u>Рисунок 2.4:</u> Влияние достижения целей ЗВУООН по ТБ на заболеваемость	55
<u>Вставка 5.1.</u> Основные обязательства по борьбе с ТБ в политической декларации ООН по ВОУЗ	113	<u>Рисунок 2.5:</u> Влияние достижения целей ЗВУООН по ТБ на смертности от ТБ (у ВИЧ-отрицательных лиц)	55
<u>Вставка 5.2.</u> Что такое ВОУЗ?	114	<u>Рисунок 2.6:</u> Девять страновых кластеров	60
<u>Вставка 5.3.</u> Что такое социальная защита, и какие обязательства правительства взяли на себя в данной сфере?	116	<u>Рисунок 3.1:</u> Дорожная карта по ликвидации ТБ у детей и подростков	83
<u>Вставка 5.4.</u> Национальная программа прямых денежных переводов в Индии	120	<u>Рисунок 6.1:</u> Готовые к реализации исследовательские проекты: диагностика	144
<u>Вставка 5.5.</u> Сохранение способности покончить с ТБ: уроки истории	121	<u>Рисунок 6.2:</u> Готовые к реализации исследовательские проекты: лекарства	145
<u>Вставка 5.6.</u> Япония: расширение охвата лечением ТБ как путь к ВОУЗ	122	<u>Рисунок 6.3:</u> Готовые к реализации исследовательские проекты: вакцины	146
<u>Вставка 6.1.</u> Новая схема лечения 1НР сокращает срок профилактической терапии ТБ до одного месяца	140	<u>Рисунок 6.4:</u> Прогноз количества людей, заболевающих ТБ, при использовании новых инструментов в сравнении с их неиспользованием	156
<u>Вставка 6.2.</u> Потенциал FujilAM в качестве диагностического теста для пункта оказания помощи по месту жительства	141	<u>Рисунок 7.1:</u> Ресурсы, необходимые для профилактики и лечения ТБ, на глобальном уровне (в млрд долл. США)	172
<u>Вставка 6.3.</u> Испытание вакцины M72 — новый этап исследования вакцин	142	<u>Рисунок 7.2:</u> Категории затрат необходимого финансирования профилактики и лечения ТБ, 2018–2022 гг.	174
<u>Вставка 6.4.</u> Глобальная стратегия ВОЗ в области исследований и разработок, связанных с ТБ	143	<u>Рисунок 7.3:</u> Категории затрат необходимого финансирования на 2018–2022 гг., млн долл. США	175
<u>Вставка 6.5.</u> Обеспечение готовности страны к поставке новых противотуберкулезных вакцин для подростков и взрослых	163	<u>Рисунок 7.4:</u> 31,3 млрд долл. США, необходимые в странах, которые имеют право на получение помощи от Глобального фонда, в 2020–2022 гг.: возможные источники и дефицит	184
<u>Вставка 6.6.</u> Проекты TB REACH в области цифровых средств повышения приверженности лечению (DAT)	167		
<u>Вставка 7.1.</u> Инвестирование в лечение ТБ приносит долгосрочные выгоды системам здравоохранения	180		
РИСУНКИ			
<u>Рисунок 0.1:</u> Краткое содержание основных задач и обязательств ЗВУООН по ТБ	31		
<u>Рисунок 0.2:</u> График мероприятий	33		
ТАБЛИЦЫ			
		<u>Таблица 2.1.А:</u> Прогноз числа людей, получающих лечение, по уровню дохода, возможности получения помощи Глобального фонда, страновому кластеру Глобального плана, региону ВОЗ и членству в БРИКС	56
		<u>Таблица 2.1.В:</u> Прогноз числа детей (в возрасте 0–14 лет), проходящих курс лечения, по уровню дохода, возможности получения финансирования Глобального фонда, страновому кластеру Глобального плана, региону ВОЗ и членству в БРИКС	57
		<u>Таблица 2.1.С:</u> Прогноз числа людей, получающих лечение от МЛУ-ТБ, по уровню дохода, возможности	

получения помощи Глобального фонда, страновому кластеру Глобального плана, региону ВОЗ и членству в БРИКС	58
<u>Таблица 2.1.D:</u> Прогноз числа людей, получающих профилактическое лечение ТБ, по уровню дохода, возможности получения помощи Глобального фонда, страновому кластеру Глобального плана, региону ВОЗ и членству в БРИКС	59
<u>Таблица 3.1:</u> Ключевые группы населения, затронутые ТБ	80
<u>Таблица 6.1:</u> Сводка финансовых ресурсов, необходимых для финансирования НИР в области ТБ (млн долл. США)	126
<u>Таблица 6.2:</u> Стратегическая программа разработки и внедрения новых лекарственных средств на 2018–2022 гг.	128
<u>Таблица 6.3:</u> Стратегическая программа разработки и внедрения новых средств диагностики на 2018–2022 гг.	130
<u>Таблица 6.4:</u> Стратегическая программа разработки и внедрения новых вакцин на 2018–2022 гг.	136
<u>Таблица 6.5:</u> Годовой объем финансовых ресурсов, необходимых для финансирования НИР в области ТБ (млн долларов США)	153
<u>Таблица 6.6:</u> Краткое описание профиля предназначения продуктов для цифровых инструментов, связанных с ТБ	166
<u>Таблица 7.1:</u> Ресурсы, необходимые для финансирования профилактики и лечения ТБ (млрд долл. США)	173
<u>Таблица 7.2:</u> ROI и чистая экономическая выгода от реализации Глобального плана на 2018–2022 гг.	179

БЛАГОДАРНОСТЬ

Партнерство «Остановить туберкулез» с благодарностью признает вклад каждого в Глобальный план по ликвидации туберкулеза на 2018–2022 годы. Сотни людей участвовали в разработке данного документа с помощью различных каналов, включая две онлайн-консультации. Мы благодарим каждого из них за активную обратную связь и поддержку. Практическая реализация этого плана является общим делом всего мирового сообщества специалистов здравоохранения.

Рабочая группа Глобального плана:

Паула И. Фудживара (председатель), Кэтрин Флloyd, Блессина Кумар, Дэвид Льюинсон, Дэвид Маметжа, Тхокозиле Б. Нкхома, Аарон Оксли, К. С. Сачдева, Шери Винсент, Элиуд Вандвало и Ричард Уайт.

Другие члены рабочей группы:

Севим Ахмедов, Филипп Глазьо, Яника Хаузер, Рэйчел Хор, Мукади Йадиул и Мохаммед Яссин.

Секретариат рабочей группы Глобального плана:

Мохаммед Ануар, Лучика Дициу, Сувананд Саху и Шиничи Такенака.

Другие члены секретариата Партнерства «Остановить туберкулез»:

Натаван Алиханова, Сара Гонсалес Андино, Рамон Х. Креспо, Джейкоб Кресвелл, Жаклин Хью, Асгар Исмаилов, Брайан Кайзер, Амера Хан, Джеймс Малар, Кадира Малкоч, Энос Масини, Андрей Мошняга, Шринивас Наир, Грегори Патон, Нина Саутер (при поддержке Дианы Швальб), Марина Смелянская, Виорел Солтан и Бренда Ванинг.

Особая благодарность выражается

- Полу М. Дженсену за работу по подготовке проекта и редактированию документа
- Карелу Преториусу (Avenir Health) за работу по моделированию
- Дэвиду Дауди (Школа общественного здравоохранения им. Блумберга в Университете Джонса Хопкинса) за работу по моделированию «цены бездействия»

Искренняя благодарность также выражается

руководству и членам рабочих групп по разработке новых средств борьбы с ТБ, включая Рабочую группу по новым способам диагностики ТБ, Рабочую группу по новым лекарствам от ТБ и Рабочую группу по новым вакцинам от ТБ.

Члены совета Партнерства «Остановить туберкулез»:

Назира Абдула, Тимур Абдуллаев, Фархана Аманулла, Эльжан А. Биртанов, Эрика Артун, Пьер Блэ, Сара Бойтен, Джоан Картер, Лучика Дитиу, Осаги Эммануэль Эханир, Паула И. Фудживара, Моин Карим, Йосукэ Кита, Дэвид Льюинсон, Сьюзен Малони, Луис Энрике Мандетта, Лелио Мармора, Рен Мингхуи, Аарон Мотсоаледи, Тхокозиле Б. Нкхома, Остин Обьефуна, Аарон Оксли, Питер Сэндс, Мириам Шнайдман, Адриан Томас, Стефани Сейду, Харш Вардхан, Шери Винсент и Китти Ван-Везенбек.

Разработка документа была бы невозможной без поддержки Фонда Билла и Мелинды Гейтс, Агентства США по международному развитию (USAID) и Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

аМБЛ

Активный мониторинг безопасности лекарственных средств

ИИ

Искусственный интеллект

УПП

Устойчивость к противомикробным препаратам

БРИКС

Бразилия, Россия, Индия, Китай, Южная Африка

СВМ

Мониторинг на базе сообществ

СОЕ

Сложная операционная среда

СПГ

Сообщество, права и гендер

ОГО

Организация гражданского общества

КСО

Корпоративная социальная ответственность

УСС

Укрепление систем сообщества

DALY

Годы жизни, утраченные в результате инвалидности

DAT

Цифровые средства повышения приверженности лечению

ЛУ-ТБ

Лекарственно-устойчивый туберкулез

ТЛЧ

Тест на лекарственную чувствительность

ЛЧ-ТБ

Лекарственно-чувствительный туберкулез

FBO

Религиозная организация

FDA

Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США

GCP

Надлежащая клиническая практика

GDF

Глобальный механизм по обеспечению лекарственными средствами

GERD

Валовые внутренние расходы на исследования и разработки

ВНД

Валовой национальный доход

ЛАМ

Липоарабиноманнан

СНСУД

Страны с низким и средним уровнем дохода

ММОП-ТБ

Многосекторальный механизм обеспечения подотчетности для ускорения реализации программы по ликвидации туберкулеза к 2030 году

МЛУ-ТБ

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью

НПО

Неправительственная организация

NGS

Секвенирование нового поколения

НП

Нечеловекообразный примат

НТП

Национальная программа по борьбе с туберкулезом

ОЭСР

Организация экономического сотрудничества и развития

PDP

Партнерство по разработке продукта

РОС

Пункт оказания помощи по месту жительства

ЧГС

Смешанные частно-государственные структуры

НИР

Научные исследования и разработки

ROI

Окупаемость инвестиций

РУ-ТБ

Туберкулез, устойчивый к рифампицину

САДК

Сообщество развития Юга Африки

ЦУР

Цель в области устойчивого развития

СМС

Социальное медицинское страхование

ТБ

Туберкулез

TIME

Моделирование и оценки воздействия на ТБ

TRP

Профиль предназначения продукта

ВОУЗ

Всеобщий охват услугами здравоохранения

ООН

Организация Объединенных Наций

ЗВУООН-Заседание

высокого уровня ГА ООН по ТБ

ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения

ШЛУ-ТБ

Туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью

ГЛОССАРИЙ

Активный ТБ

болезнь, при которой бактерии туберкулеза размножаются в различных частях тела. Симптомами активной формы туберкулеза являются слабость, потеря веса, высокая температура, потеря аппетита и ночная потливость. Человек с активной формой ТБ может заразить туберкулезом других. В Глобальном плане термины «люди с ТБ» или «люди, больные ТБ» относятся к лицам, у которых диагностирована активная форма туберкулеза.

Антибиотик

лекарственное средство, используемое для лечения бактериальных инфекций. Противотуберкулезные лекарственные средства также являются антибиотиками. Антибиотики не оказывают действия на вирусные инфекции.

Устойчивость к противомикробным препаратам (УПП)

способность микроорганизма противостоять воздействию антибиотиков. Как правило, устойчивость к антибиотикам развивается тогда, когда происходит случайная мутация микроорганизма, что делает его менее восприимчивым к воздействию конкретного лекарства.

БЦЖ

противотуберкулезная вакцина Кальметта-Герена, названная в честь французских ученых, которые ее разработали (Кальметта и Герена). БЦЖ обеспечивает подросткам и взрослым небольшую степень защиты от ТБ, однако, поскольку эта вакцина способна предотвратить некоторые самые тяжелые формы ТБ у детей грудного и младшего возраста, ее часто применяют для профилактики заболевания в странах с широким распространением ТБ.

Выявление случаев заболевания

случаи диагностирования ТБ и их регистрация в национальной системе мониторинга. Хотя термин «случай»

широко используется в области общественного здравоохранения в качестве синонима слова «заболевание», его следует с осторожностью применять в учреждениях здравоохранения, чтобы не задеть человеческое достоинство. Человек — это не «случай», а личность. Человек, обращающийся за помощью по диагностике или лечению ТБ или уже получающий такую помощь, может считать унижительными слова медицинского работника, описывающие его ситуацию как «случай».

Контакт

человек, который какое-то время находился в контакте с больным активным и инфекционным ТБ.

Тесный контакт

человек, имевший длительный, частый или интенсивный контакт с больным активным и инфекционным ТБ. В эту группу входят люди, которые живут вместе или проводят много времени в непосредственной близости друг от друга. Люди из группы тесных или бытовых контактов более подвержены риску заражения бактериями ТБ, чем те, которые реже контактируют с людьми, у которых выявлен ТБ.

Системы сообщества

структуры, механизмы, процессы и участники, при помощи которых сообщества реагируют на возникающие трудности и потребности. Они состоят из различных типов организационных единиц: граждан, официальных и неофициальных общественных организаций и сетей, а также других организаций гражданского общества. Такие системы, как правило, менее формализованы и не так четко структурированы по сравнению с системами здравоохранения. Организационные единицы, формирующие системы сообщества, обладают тесными связями с местной общественностью и, следовательно, в состоянии лучше понять проблемы, с которыми сталкиваются наиболее затронутые ими группы населения, и найти нужные решения.

Укрепление систем сообщества

инициативы, способствующие развитию и/или укреплению общественных организаций в целях расширения знаний и доступа к улучшенному медицинскому обслуживанию. Обычно это понятие включает в себя укрепление потенциала инфраструктур и систем, создание партнерств и разработку устойчивых финансовых решений.

Культура

тест для определения наличия бактерий ТБ в мокроте, слизи или других жидкостях тела человека. Проведение этого теста в большинстве лабораторий может занимать от двух до четырех недель.

Лекарственно-устойчивый туберкулез

заболевание, вызванное штаммом бактерий ТБ, устойчивым к наиболее часто используемым противотуберкулезным лекарственным средствам.

Туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью

заболевание, вызванное штаммом туберкулезных бактерий, который устойчив по крайней мере к изониазиду и рифампицину (двум наиболее часто используемым противотуберкулезным лекарственным средствам).

Внегочный ТБ

заболевание ТБ, возникающее в любой части тела, кроме легких (например, почки, позвоночник, мозг или лимфатические узлы).

Гендерная проблематика

принципы, программы или учебные модули, связанные с гендерными аспектами, которые признают, что и женщины, и мужчины являются полноценными членами общества, что существуют различия и зачастую неравенство между ними, и что, следовательно, они могут иметь разные, а иногда и противоречивые взгляды, потребности, интересы и приоритеты.

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью

заболевание, вызванное штаммом туберкулезных бактерий, который устойчив по крайней мере к изониазиду и рифампицину (двум наиболее часто используемым противотуберкулезным лекарственным средствам).

Микобактерии туберкулеза

бактерии, которые вызывают инфицирование и заболевание ТБ.

Поддержка в области просвещения по вопросам питания

поддержка, направленная на обеспечение надлежащего питания и включающая в себя оценку пищевого рациона, нутритивного статуса и продовольственной безопасности как одного человека так и всего домохозяйства. Данная поддержка также подразумевает обучение в области здорового питания и консультирование в целях достижения сбалансированной диеты, уменьшения побочных эффектов лекарств и инфекций, а также обеспечения доступа к чистой воде. В рамках данной поддержки при необходимости могут быть предоставлены пищевые добавки и дополнительные питательные микроэлементы.

ОЭСР

Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), объединяющая 30 стран-участниц, разделяющих приверженность к демократическому правлению и рыночной экономике.

Ориентированный на пациента подход при лечении ТБ

подход, который рассматривает нужды, перспективы и индивидуальный опыт людей, страдающих от ТБ, при одновременном уважении к их праву на получение информации, а также на качественное лечение с учетом индивидуальных потребностей. Данный подход требует создания атмосферы взаимного доверия и партнерства в отношениях между медицинскими учреждениями и пациентами и дает людям возможность влиять на собственное лечение, принимая участие в его планировании и организации. Ориентированный на пациента подход

улучшает результаты лечения и при этом не умаляет человеческое достоинство.

Люди, затронутые ТБ

этот термин обозначает больных туберкулезом, членов их семей, иждивенцев, местных жителей и медицинских работников, которые могли принимать участие в лечении, а также людей, на которых болезнь могла повлиять иным способом.

Люди с ТБ

этот термин относится к лицам с активной формой туберкулеза. Термин «люди (или лицо) с ТБ» указывает на то, что этих людей не следует характеризовать исключительно с точки зрения их заболевания. В некоторых ситуациях данный термин может быть предпочтительнее слова «пациент» (например, в немедицинском контексте и условиях сообщества).

Профилактическое лечение ТБ (ПЛТ)

лекарственные средства, предотвращающие переход туберкулеза в активную форму.

Сообщество развития Юга Африки

межправительственная организация со штаб-квартирой в Габороне, Ботсвана. Ее цель заключается в содействии социально-экономическому сотрудничеству и интеграции, а также взаимодействию в области политики и безопасности 15 южноафриканских государств. САДК дополняет роль Африканского союза.

Мокрота

слизь, выделяемая из легких при кашле. Мокроту исследуют на наличие бактерий ТБ, применяя микроскопию мазка мокроты, исследование культур микобактерий или молекулярные тесты.

Стигма

происходит от греческого слова, в переводе означающего «знак» или «пятно». Стигматизацию можно описать как динамичный процесс девальвации личности, кото-

рый значительно дискредитирует индивидуума в глазах окружающих. В отдельных культурах или в определенных условиях некоторые внешние признаки рассматриваются и определяются другими людьми как дискредитирующие или недостойные. Когда люди находятся под влиянием стигмы, возникает дискриминация, которая может принимать форму действия или бездействия.

Туберкулез

болезнь, в ходе которой бактерии ТБ размножаются и поражают часть тела, как правило, легкие. Симптомы активной формы туберкулеза включают кашель, слабость, потерю веса, высокую температуру, потерю аппетита и потливость в ночное время суток. Наличие других симптомов ТБ зависит от того, в какой части организма размножаются бактерии. Если очаг заболевания находится в легких (легочная форма ТБ), то симптомы могут включать в себя сильный кашель, боль в груди и кашель с кровью. Человек, болеющий туберкулезом легких, является источником инфекции и может заразить ТБ других.

Туберкулезная инфекция

также носит название латентной туберкулезной инфекции. Это состояние, при котором бактерии ТБ в организме присутствуют, но не являются активными. У людей с латентной туберкулезной инфекцией отсутствуют симптомы ТБ, они не чувствуют себя больными, не могут инфицировать ТБ других и, как правило, имеют положительный результат тестов на инфекции — положительный результат туберкулиновой кожной пробы или специального теста под названием IGRA (анализ выделения гамма-интерферона). В Глобальном плане люди, имеющие такую форму туберкулезной инфекции, именуется «людьми, инфицированными ТБ».

Профилактика и лечение ТБ

оказание медицинскими работниками услуг по борьбе с ТБ обслуживаемым сообществам. Этот термин является более предпочтительным по сравнению с понятием «контроль за ТБ», который может создать иллюзию полного контроля над всеми аспектами профилактики, лечения и ухода за больными ТБ со стороны специалистов. Необходимо критически подходить к термину «контроль» во избежание игнорирования возможностей и потенциала сообщества и самих людей, затронутых ТБ.

Цели в области устойчивого развития (ЦУР)

содержат общий план для улучшения благосостояния людей и нашей планеты в настоящем и будущем. Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года была принята всеми государствами-членами Организации Объединенных Наций в 2015 году, и в ее основе лежат 17 Целей в области устойчивого развития (ЦУР), которые представляют собой настоятельный призыв к действию в рамках глобального партнерства, обращенный ко всем развитым и развивающимся странам. Мировое сообщество специалистов здравоохранения стремится достичь ЦУР 3: обеспечение здоровья и благополучия для всех.

Всеобщий охват услугами здравоохранения (ВОУЗ)

означает, что все люди могут получить доступ к необходимым услугам по охране здоровья в нужное время и нужном месте без каких-либо финансовых препятствий.

ЗВУООН по ТБ

первое заседание высокого уровня по борьбе с туберкулезом, проведенное государствами-членами ООН в рамках Генеральной Ассамблеи ООН в Нью-Йорке 26 сентября 2018 года. По его итогам была принята политическая декларация, одобренная главами государств и правительств. В ней излагаются основные обязательства, которые нужно выполнить, чтобы мир смог покончить с эпидемией туберкулеза к 2030 году, как это предусмотрено в Целях ООН в области устойчивого развития. В 2023 году государства-члены ООН проведут повторное заседание высокого уровня, посвященное полному обзору успехов в данной сфере.

Для получения дополнительной информации о рекомендуемом языковом стиле и его использовании в связанных с туберкулезом коммуникациях ознакомьтесь с руководством по стилю Партнерства «Остановить туберкулез»:

[«Искореним ТБ вместе: важно каждое слово»](#)



ПРЕДИСЛОВИЕ

С момента публикации Глобального плана по ликвидации туберкулеза на 2016–2020 гг. сообщество по борьбе с ТБ стало свидетелем кардинальной смены парадигмы. Были поставлены более высокие цели, сообщество стало более сплоченным, а правительства были вынуждены предпринять соответствующие меры для сокращения разрыва между ожиданиями и реальностью. Партнерство «Остановить туберкулез», в свою очередь, призвало к действиям на самом высоком политическом уровне. В результате в сентябре 2018 года было проведено Заседание высокого уровня Организации Объединенных Наций (ЗВУООН) по вопросам туберкулеза, и мировые лидеры приняли политическую декларацию, включившую в себя ряд амбициозных целей.

Широко известно, что для борьбы с туберкулезом больше всего не хватает политической воли. Именно она обеспечивает доступ к средствам диагностики, лекарствам и инновационным методикам лечения ТБ людям, которые больше всего в них нуждаются. Наличие политической воли также является главным условием увеличения финансирования для борьбы с ТБ до 15 миллиардов долларов США в год — суммы, необходимой для достижения целей, установленных ЗВУООН. Воля и руководящая роль глав государств и правительств позволит превратить политические декларации и цели в спасенные жизни.

Другим поворотным моментом в ходе борьбы мирового сообщества с туберкулезом стало запоздалое осознание того, что мы добьемся успеха только при сотрудничестве с людьми, затронутыми ТБ. Для этого необходимо выработать подходы, основанные на правах человека и всеобщем охвате услугами здравоохранения и способные вовлекать сообщества в процесс принятия решений в качестве полноправных партнеров при планировании, реализации и мониторинге противотуберкулезных мер. Хотя нам еще предстоит проделать большую работу для воплощения этого подхода в жизнь, он уже начинает менять сферу борьбы с ТБ.

На данный момент у нас уже есть доказательства того, что смена парадигмы, описанная в Глобальном плане, начинает приносить плоды. В Докладе ВОЗ о глобальной борьбе с туберкулезом за 2019 год говорится, что в 2018 году 7 миллионов человек получили диагноз и лечение от ТБ. Это на 600 000 человек больше, чем в предыдущем году, и крупнейший годовой рост данного показателя за всю историю его существования. Мы постоянно работаем над устранением барьеров, с которыми сталкиваются многие люди при доступе к медицинским услугам, чтобы еще больше людей с ТБ были вовремя диагностированы и вылечены. Эту работу поддерживает стратегическая инициатива Глобального фонда в сотрудничестве с Партнерством «Остановить туберкулез», ВОЗ и другими партнерами на национальном уровне, ускоряя усилия по выявлению людей с ТБ.

Для подготовки обновленного Глобального плана на 2018–2022 гг. рабочая группа, состоящая из ведущих мировых экспертов, сотрудничала с людьми, затронутыми ТБ, а также представителями гражданского общества и сообществ. Результаты двух общественных обсуждений, проведенных группой, вошли в данный документ, описывающий конкретные шаги, необходимые для достижения цели по ликвидации ТБ.

Достижение целей Политической декларации ЗВУООН стало главной причиной создания обновленного плана, о чем свидетельствует поставленная в нем сверхзадача — диагностика и предоставление лечения 40 миллионам человек с ТБ к 2022 году. Партнерство «Остановить туберкулез» выполнило работу по переводу решения ЗВУООН, касающегося целей по ликвидации ТБ, на национальные языки, чтобы каждая страна знала, где проходит финишная черта.

Этот Глобальный план на 2018–2022 годы должен затронуть все заинтересованные стороны и партнеров и стать приоритетом национальных программ. Партнерство «Остановить туберкулез» и более чем 2000 партнеров стремятся руководствоваться прогрессивными положениями документа и призывают перевести профилактику и лечение ТБ на уровень сообществ с целью охвата наиболее уязвимых групп населения, в том числе мигрантов, шахтеров, детей и

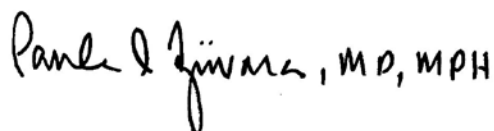
лиц, живущих с ВИЧ, и продолжать внедрять передовые методы профилактики, лечения и ухода там, где это больше всего необходимо.

Этот обновленный план дает нам возможность начать движение к цели по ликвидации ТБ к 2030 году. Как представители совета директоров секретариата и рабочей группы по Глобальному плану Партнерства «Остановить туберкулез», мы обязуемся использовать все потенциальные ресурсы, силы и финансовые средства, пока не достигнем того момента, когда будем жить в мире, в котором никто не умирает от ТБ.

Сплоченное сообщество по ликвидации ТБ решительно настроено на то, чтобы довести свою борьбу до конца. История также учит нас тому, что смелые и новаторские действия дают самый большой шанс на успех. В борьбе с ТБ такие подходы — единственное, что дает нам надежду.



Доктор Луис Энрике Мандетта,
председатель Координационного совета
Партнерства «Остановить туберкулез»
и министр здравоохранения Бразилии



Доктор Паула Фудживара,
председатель Рабочей группы Глобального
плана по ликвидации ТБ на 2018–2022 гг. и
научный руководитель International Union
Against Tuberculosis and Lung Disease



Доктор Джоан Картер,
заместитель председателя Координационного
совета Партнерства «Остановить туберкулез»
и исполнительный директор RESULTS и
образовательного фонда RESULTS



Доктор Лучика Дициу,
исполнительный директор
секретариата Партнерства «Остановить
туберкулез»



КРАТКИЙ ОБЗОР

«Глобальный план по ликвидации ТБ на 2018–2022 годы: смена парадигмы» — это план со сметой расходов и дорожная карта согласованных действий по борьбе с туберкулезом (ТБ), приведенная в соответствие с Политической декларацией Организации Объединенных Наций (ООН) по ТБ. В этом документе приводится оценка ресурсов, необходимых для достижения целей и выполнения обязательств, установленных на Заседании высокого уровня ООН (ЗВУООН) по туберкулезу в сентябре 2018 года.

После решения ЗВУООН по ТБ Координационный совет Партнерства «Остановить туберкулез» выдвинул предложение по разработке обновленной версии «Глобального плана по ликвидации ТБ на 2016–2020 годы» (выполнение которого началось в декабре 2015 года) под руководством Рабочей группы Глобального плана. «Глобальный план по ликвидации ТБ на 2016–2020 годы» представляет собой кардинально новый подход к борьбе с ТБ, то есть полностью меняет парадигму. Это амбициозное обновление требует еще более решительных усилий по расширению масштабов лечения и профилактики ТБ и увеличению инвестиций в научные исследования и разработки (НИР) новых инструментов, имеющих своей целью не оставлять никого без внимания.

Главным приоритетом Глобального плана является эффективное политическое руководство, нацеленное на достижение долевого показателя страны в глобальных целях по борьбе с ТБ, согласованных в Политической декларации ООН по туберкулезу. В плане подчеркивается необходимость разработки подходов, основанных на правах человека, ускорения инноваций в сфере оказания медицинской помощи, внедрения новых инструментов, значительных инвестиций в НИР и активных действий на национальном уровне.

ТБ является самым смертоносным инфекционным заболеванием на планете. В 2018 году около 10 миллионов человек заболели ТБ и

примерно 1,5 миллиона из них скончались.¹ В том же году носителями лекарственно-устойчивого ТБ (ЛУ-ТБ) стало около полумиллиона человек, что для многих стран означает кризис систем здравоохранения и угрозу безопасности для общественного здоровья. Однако, по оценкам, сегодня только один из трех больных ЛУ-ТБ получает лечение. Еще одной проблемой является то, что более 3 миллионов человек с ТБ не диагностируются. Как следствие, они остаются без эффективного лечения и ухода, а значит, без внимания.

Мировые темпы сокращения количества людей, ежегодно болеющих ТБ, — на 2% в 2018 году по сравнению с 2017 годом — далеко не соответствуют темпам прогресса, необходимого для прекращения эпидемии ТБ к 2030 году, как это предусмотрено Стратегией по ликвидации туберкулеза, принятой Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Без четкого инвестиционного плана и изменения парадигмы в отношении способов борьбы с туберкулезом мир не достигнет целей ЗВУООН и Цели в области устойчивого развития (ЦУР) по ликвидации ТБ к 2030 году.

Окно возможностей, предоставленное миру для достижения этой глобальной цели, закрывается. Поэтому нам необходимо объединиться и активизировать усилия по искоренению ТБ.

¹ Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом, 2019 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 г. https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

ПОЛИТИЧЕСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ ООН ПО ТБ НЕ ТОЛЬКО ФОРМУЛИРУЕТ КРИТИЧЕСКИ ВАЖНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ПО ГЛОБАЛЬНОМУ ПРИНЯТИЮ ОСНОВАННЫХ НА ПРАВАХ МЕР, КАСАЮЩИХСЯ БОРЬБЫ С ТБ, НО ТАКЖЕ УСТАНОВЛИВАЕТ КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ ДЛЯ ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ ООН, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ К 2022 ГОДУ:

1 ЛЕЧЕНИЕ 40 МИЛЛИОНОВ ЧЕЛОВЕК С ТБ, в том числе 3,5 миллиона детей (в возрасте до 15 лет).

2 ЛЕЧЕНИЕ 1,5 МИЛЛИОНА ЧЕЛОВЕК С ЛУ-ТБ, включая 115 000 детей.

3 ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТБ МИНИМУМ 30 МИЛЛИОНАМ ЧЕЛОВЕК, включая 4 миллиона детей в возрасте до 5 лет, 20 миллионов контактов и 6 миллионов человек, живущих с ВИЧ.

4 УВЕЛИЧЕНИЕ ГЛОБАЛЬНЫХ ИНВЕСТИЦИЙ в профилактику, диагностику, лечение ТБ и уход за больными до 13 миллиардов долларов США в год.

5 УВЕЛИЧЕНИЕ ГЛОБАЛЬНЫХ ИНВЕСТИЦИЙ В НИР, СВЯЗАННЫЕ С ТБ, до 2 миллиардов долларов США в год.

6 ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ ООН ТАКЖЕ ОБЯЗАЛИСЬ ПРЕДПРИНЯТЬ КОНКРЕТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ, необходимые для достижения этих целей, в том числе меры по ликвидации связанной с ТБ стигматизации и всех форм дискриминации, а также внедрить комплексные, ориентированные на пациентов, осуществляемые на уровне сообществ и учитывающие гендерные аспекты медицинские услуги, основанные на правах человека.

По оценкам Глобального плана, в период с 2018 по 2022 годы потребуется в общей сложности 77,8 миллиарда долларов США, которые распределяются следующим образом:

⊕ Общая сумма в 65 миллиардов долларов США для профилактики и лечения ТБ.

⊕ 12,8 миллиарда долларов США для разработки новых инструментов и проведения фундаментальных научных исследований, причем эта сумма, в свою очередь, подразумевает следующее:

- минимум 10,8 миллиарда для исследований и разработок новых способов диагностики, лекарств и минимум одной вакцины от ТБ, т. е. в среднем 2,16 миллиарда долларов США в год;

- в общей сложности 2 миллиарда требуется на фундаментальные научные исследования, связанные с ТБ, или в среднем 400 миллионов долларов США в год.

Каждая глава Глобального плана по ликвидации ТБ на 2018–2022 годы начинается с краткого описания проблем и приоритетных действий национальных правительств и других ключевых заинтересованных сторон.



В ГЛАВЕ 1 описываются пять фундаментальных изменений, которые необходимы для смены парадигмы в глобальном подходе к борьбе с ТБ. Хотя требуемые действия в значительной степени соответствуют предыдущей версии Глобального плана, их формулировки были перефразированы в соответствии с новыми обязательствами, установленными в ходе ЗВУООН по борьбе с ТБ. В этой главе описываются ориентированные на интересы людей цели Глобального плана, получившие название «90-(90)-90». Также сюда включены новые рекомендации по обеспечению отчетности о принятых мерах. В частности, в главе 1 содержится призыв к правительствам и заинтересованным сторонам, участвующим в борьбе с ТБ, по внедрению элементов Многосекторального механизма обеспечения подотчетности для ускорения реализации программы по ликвидации туберкулеза к 2030 году (ММОП-ТБ).



ГЛАВА 2 содержит обновленные результаты моделирования и оценок воздействия на ТБ (модель TIME), показывающие, что страны могут сделать для достижения установленных ЗВУООН целей по лечению и профилактике ТБ. В ней также предлагаются «инвестиционные пакеты», то есть список приоритетных действий, в которые странам необходимо инвестировать для успешного движения к цели в области лечения и профилактики ТБ. Обновленная модель показывает, что достижение целевых показателей по лечению ТБ у 40 миллионов человек и предоставлению профилактического лечения 30 миллионам человек позволит встать на путь ликвидации ТБ к 2030 году, хотя основные целевые показатели заболеваемости и смертности 2020 года

будут достигнуты только к 2021 году — на год позже первоначально установленного срока. Это обновление Глобального плана включает в себя схемы лечения и цели профилактики для девяти различных сценариев, выстроенных по прототипам ситуаций, сложившихся в разных странах. Ориентировочные целевые показатели для отдельных стран приведены на сайте Партнерства «Остановить туберкулез»: <http://www.stoptb.org/resources/countrytargets>



В ГЛАВЕ 3 содержится детальный план мероприятий по предоставлению лечения ТБ и необходимых социальных услуг ключевым группам населения: уязвимым, маргинализированным, социально ущемленным лицам или тем, кто подвержен особому риску заражения и заболевания ТБ. Обновленная версия плана описывает, как активно вовлекать такие ключевые группы в процессы поиска и принятия решений, связанных с ТБ. В документе содержится призыв к выполнению обязательств ЗВУООН по борьбе с туберкулезом в целях преодоления стигматизации и любых форм дискриминации, а также к внедрению правил и практических методик, способных улучшить охват ключевых групп населения, включая отмену любых законов и правил и пересмотр программ, дискриминирующих людей с ТБ. В этой главе также приводятся рекомендации, касающиеся конкретных действий, направленных на привлечение и поддержку определенных ключевых групп населения.



В ГЛАВЕ 4 описываются подходы и лучшие методики привлечения партнеров, таких как представители сообществ, затронутых ТБ, общественных организаций, академий и

частного сектора. Общественные организации должны играть ключевую роль в планировании и предоставлении противотуберкулезной помощи на местном уровне, поскольку они идеально позиционированы для повышения осведомленности о заболевании и выявления лиц, которые могут быть не охвачены программами общественного здравоохранения. В частности, общественные организации должны быть вовлечены в предоставление социальной поддержки, работу по снижению стигматизации, мониторинг и оценку программ, а также в выполнение других критически важных функций. В данной главе изложены подходы по реализации мероприятий как на уровне сообществ, так и под их руководством. Здесь также описаны способы установления партнерских отношений с частным сектором, включая производителей медицинской продукции, частных медицинских учреждений, партнеров в отраслях за пределами сектора здравоохранения и академических и профсоюзных объединений.



ГЛАВА 5 посвящена подходам к решению проблемы ТБ в контексте всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) и применения обновленных стратегий, включающих социально-экономические меры. В главе содержится призыв к выполнению обязательств, которые государства-члены ООН взяли на себя в рамках ЗВУООН 2019 года по ВОУЗ, обещая решить проблему ТБ посредством внедрения комплексных подходов и интегрированного предоставления услуг, не оставляя никого без внимания. Социально-экономические подходы выходят за рамки биомедицинских вмешательств и должны предусматривать сотрудничество с организациями и учреждениями, которые занимаются вопросами социального обеспечения, труда, жилья, развития городов, сельского хозяйства и правосудия, а также ведущими деятелями культуры и народными целителями.



ГЛАВА 6 определяет приоритеты развития НИР и обеспечения доступа к новым противотуберкулезным инструментам с акцентом на новые средства диагностики, лекарства и вакцины. В Глобальном плане признается тот факт, что, когда речь заходит о НИР, связанных с ТБ, мы не можем позволить себе придерживаться старых подходов. Новые модели, описанные в этой главе, демонстрирует, какую цену придется заплатить, если инвестиции в научные исследования и разработку новых инструментов будут недостаточными.

В этой главе содержится призыв к выполнению обязательства государств-членов ООН, касающегося ликвидации дефицита финансирования НИР в сфере ТБ путем мобилизации средств и увеличения финансирования с примерно 700 миллионов долларов США в 2017 году до более чем 2 миллиардов к 2022 году. Здесь также представлена обновленная программа с указанием затрат для направления новых инвестиций в НИР в области ТБ в соответствии с Глобальной стратегией ВОЗ по исследованиям и разработкам в области ТБ, которую планируется принять в будущем. В дополнение к этой финансовой поддержке, глобальные инвестиции в фундаментальные научные исследования также должны возрасти примерно до 400 миллионов долларов США в год. Кроме того, в главе 6 описывается новая структура справедливого распределения средств, с помощью которой страны могут восполнить пробел в финансировании НИР в области ТБ. В нее впервые были включены готовые к реализации исследовательские проекты. Такие проекты, благодаря возможности быстрого внедрения, могут внести существенный вклад в разработку новых средств диагностики, лекарств и вакцин.

Глава также включает в себя обоснование и приоритетные направления дальнейших фундаментальных научных исследований,

оптимизации предоставления новых инструментов посредством операционных исследований, использования новых цифровых средств и создания общей благоприятной среды для НИР. В завершении приведен обновленный обзор приоритетов адвокационной деятельности, передовых практик для вовлечения сообщества и основанных на правах человека принципов обеспечения доступа к новым инструментам.



В ГЛАВЕ 7 представлен обновленный план, который должен помочь государствам-членам ООН выполнить свои обязательства по увеличению финансирования в профилактику и лечение ТБ до 13 миллиардов долларов США в год и НИР в области ТБ до более чем 2 миллиардов долларов США в год. В этой главе

представлены новые прогнозы по ежегодному объему ресурсов, необходимых для достижения глобальных целей ЗВУООН в области лечения и профилактики ТБ. Потребности в ресурсах для профилактики и лечения ТБ представлены по группам доходов стран, региону ВОЗ, страновому кластеру, согласно Глобальному плану, праву участия в заявках Глобального фонда и членству в БРИКС. Потребности отдельных стран в ресурсах для профилактики и лечения ТБ приводятся по адресу: <http://www.stoptb.org/resources/countrytargets>. Обновленные инвестиционные сценарии призваны помочь странам достичь поставленных целей в области лечения и профилактики ТБ и развивать НИР, чтобы положить конец эпидемии ТБ к 2030 году. Согласно расчетам, страны сэкономят 44 доллара США на каждый доллар, вложенный в мероприятия Глобального плана, а чистый мировой экономический эффект реализации всего плана составит 711 миллиардов долларов США.

ПОСРЕДСТВОМ ФИНАНСИРОВАНИЯ ИНВЕСТИЦИОННОГО СЦЕНАРИЯ ГЛОБАЛЬНОГО ПЛАНА (2018–2022 ГГ.):

- 1** страны достигнут целевых показателей ЗВУООН по лечению до 2022 года;
- 2** контрольные показатели Стратегии по ликвидации ТБ на 2020 год будут достигнуты на год позже, в 2021 году;
- 3** мир встанет на путь достижения целевых показателей 2025 года и ЦУР по ликвидации ТБ к 2030 году;
- 4** 40 миллионов человек, в том числе 3,5 миллиона детей и 1,5 миллиона человек с ЛУ-ТБ, будут вылечены от ТБ, а еще 30 миллионов получают профилактическое лечение, что приведет к сокращению смертности из-за ТБ на 1,5 миллиона случаев и предотвращению утраты 48 миллионов лет жизни в результате инвалидности (DALY);
- 5** новые НИР приблизят глобальное сообщество к победе в заключительной битве с ТБ и будут способствовать искоренению заболевания к 2030 году. Пятилетняя задержка в увеличении финансирования НИР в области ТБ приведет к гибели примерно еще 2 миллионов человек и развитию туберкулеза у других 13,9 миллиона — такой будет цена бездействия.

ВВЕДЕНИЕ

Туберкулез (ТБ) — это передающееся воздушно-капельным путем инфекционное заболевание, вызываемое бактерией *Mycobacterium tuberculosis* и являющееся самым смертоносным инфекционным заболеванием в мире.

В 2018 году около 10 миллионов человек заболели ТБ и примерно 1,5 миллиона из них скончались.¹ В 2018 году носителями лекарственно-устойчивого ТБ (ЛУ-ТБ) стали около полумиллиона человек, что для многих стран означает кризис систем здравоохранения и угрозу безопасности для общественного здоровья. Однако, по оценкам, сегодня только один из трех больных ЛУ-ТБ получает лечение. Еще одной проблемой является то, что более 3 миллионов человек с ТБ не диагностируются. Как следствие, они остаются без эффективного лечения и ухода, а значит, без внимания.

Мировые темпы сокращения количества людей, ежегодно заболевающих ТБ, — на 2% в 2018 году по сравнению с 2017 годом — далеко не соответствуют темпам прогресса, необходимого для прекращения эпидемии ТБ к 2030 году, как это предусмотрено Стратегией по ликвидации туберкулеза, принятой Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) (Вставка 0.1). Несмотря на некоторые успехи и достижения, сохраняется необходимость в значительно большем количестве ресурсов для обеспечения доступа к качественной профилактике и лечению ТБ с использованием лучших имеющихся в нашем распоряжении средств, а также инвестиции в инновации для разработки современных диагностических инструментов, вакцин и схем лечения. При нынешних темпах прогресса мир не покончит с ТБ до конца столетия.

Мы должны поставить меры по глобальному противодействию ТБ в запланированные рамки.

В сентябре 2018 года Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций созвала первое в истории Заседание высокого уровня ООН по ТБ (ЗВУООН). В этом переломном событии приняли участие более 1000 человек, в том числе 16 глав государств и более 100 министров и руководителей стран.² В результате была разработана Политическая декларация по борьбе с ТБ³, которая затем была принята Генеральной Ассамблеей ООН. Политическая декларация установила цели и обязательства, которые должны быть выполнены к 2022 году для достижения ЦУР по прекращению эпидемии ТБ к 2030 году. Документ является жизненно важным и беспрецедентным обязательством по принятию мер, основанных на правах человека и сконцентрированных на искоренении ТБ во всем мире, и побуждает страны к действиям на самом высоком уровне.

ЗВУООН и соответствующая Политическая декларация стали результатом скоординированной адвокационной деятельности и политических мер на высоком уровне. В сентябре 2016 года Координационный совет

2 Ключевые цели и обязательства ЗВУООН по ТБ. Женева: Партнерство «Остановить туберкулез»; 2019 г. http://www.stoptb.org/global/advocacy/unhlm_targets.asp

3 Политическая декларация Заседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по борьбе с туберкулезом «Единство в борьбе с туберкулезом: неотложные меры реагирования мирового сообщества на глобальную эпидемию». Резолюция A/RES/73/3, принятая Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций 10 октября 2018 года. Нью-Йорк: Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций, 2018 г. https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/3

1 Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом, 2019 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 г. https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

Партнерства «Остановить туберкулез» по инициативе его тогдашнего председателя доктора Аарона Мотсоаледи (на тот момент являвшегося министром здравоохранения ЮАР) создал ЗВУООН по ТБ, указав на чрезвычайную необходимость действий со стороны глав государств. В ноябре следующего года ВОЗ организовала Всемирную министерскую конференцию по ликвидации ТБ, которая проходила в Российской Федерации. В рамках мероприятия выступил президент Владимир Путин и была подготовлена Московская декларация по ликвидации ТБ.⁴ На конференции, проходившей перед заседанием Координационного совета Партнерства «Остановить туберкулез» в Дели (Индия), состоявшемся в марте 2018 года, премьер-министр Нарендра Моди выступил с речью, в которой призвал активизировать усилия по ликвидации ТБ. Он также обязался покончить с болезнью в Индии к 2025 году, не дожидаясь достижения этой цели на глобальном уровне. В июне 2018 года было проведено интерактивное слушание с участием гражданского общества, целью которого стало изучение ожиданий и проблем сообществ, и результаты были включены в окончательную версию Политической декларации. В месяцы, предшествовавшие ЗВУООН по ТБ, гражданское общество и затронутые ТБ сообщества со всего мира выдвигали аргументированные предложения о включении в декларацию конкретных целей, касающихся лечения и профилактики, а также других политических обязательств, которые были отражены в одобренном варианте декларации по ТБ.

Несмотря на проблемы, требующие немедленного решения, надежда на ликвидацию ТБ сохраняется. В последние годы научные исследования и разработки (НИР) привели к появлению нового диагностического теста, который сократил время, необходимое для проверки устойчивости к ключевому антибиотику. Кроме того, впер-

вые за поколение были разработаны новые лекарства от ЛУ-ТБ, а новые исследования вакцин достигли своей самой многообещающей стадии за последние десятилетия. Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией привлек 14 миллиардов долларов США в виде финансовых обязательств доноров на 2020–2022 годы. Со времени предыдущего издания Глобального плана мы стали свидетелями возобновле-

ВСТАВКА 0.1. СТРАТЕГИЯ ВОЗ ПО ЛИКВИДАЦИИ ТБ

Стратегия¹, по ликвидации ТБ, принятая Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2014 году, представляет собой 20-летнюю стратегию по прекращению глобальной эпидемии туберкулеза. Стратегия использует возможности, предоставляемые ЦУР, и в особенности те из них, которые направлены на достижение ВОУЗ и обеспечение социальной защиты. В стратегии по ликвидации ТБ установлены цели по снижению смертности от ТБ на 95%, сокращению числа людей, болеющих ТБ, на 20% к 2035 году (по сравнению с уровнями 2015 года) и созданию таких условий, при которых ни одна семья не несла бы катастрофических расходов в связи с ТБ. Для достижения целей стратегии были установлены промежуточные целевые показатели на 2020, 2025 и 2030 годы. Глобальный план дополняет Стратегию ВОЗ по ликвидации ТБ и согласуется с ЦУР, предоставляя рекомендации в отношении того, как национальные правительства и другие заинтересованные стороны могут определить приоритетные действия для прекращения эпидемии, как это предусмотрено Стратегией по ликвидации ТБ.

Заинтересованные стороны во всех странах должны играть более важную роль в ликвидации ТБ. Поскольку более половины людей с ТБ и две трети людей с ЛУ-ТБ в мире проживают в Бразилии, Российской Федерации, Индии, Китае и Южной Африке (БРИКС), а также в других странах с развивающейся экономикой, взятие на себя повышенных обязательств и их соблюдение особенно странами БРИКС будет иметь решающее значение для достижения глобальных целевых показателей, установленных Стратегией по ликвидации ТБ.

4 Московская декларация по ликвидации ТБ. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017 г. https://www.who.int/tb/features_archive/Online_Consultation_MinisterialConferenceDeclaration/en/

1 Стратегия по ликвидации ТБ. Всемирная организация здравоохранения; 2015 г. https://www.who.int/tb/strategy/End_TB_Strategy.pdf?ua=1

ния усилий по достижению общего прогресса в выполнении глобальных целей в области здравоохранения. Например, это проявилось в активизации глобальных мероприятий по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) и сотрудничестве ведущих медицинских учреждений в рамках Глобального плана действий по обеспечению здорового образа жизни и благополучия для всех. Мы также стали свидетелями того, как пережившие и затронутые ТБ сообщества становились все более организованными, устанавливая новые глобальные правила

и цели посредством Декларации о правах людей, пострадавших от туберкулеза, 2019 года⁵, а также заявления лиц, переживших ТБ⁶, в котором содержится призыв ко всем заинтересованным сторонам, прозвучавший

5 Декларация о правах людей, затронутых туберкулезом. Женева: Партнерство «Остановить туберкулез»; 2019 г. <http://www.stoptb.org/assets/documents/communities/FINAL%20Declaration%20on%20the%20Right%20of%20People%20Affected%20by%20TB%2013.05.2019.pdf>

6 Заявление переживших ТБ, сделанное Нандитой Венкатесан на церемонии открытия 50-й Всемирной конференции по здоровью легких. Париж: Международный союз против туберкулеза и легочных заболеваний, 2019 г. <https://hyderabad.worldlunghealth.org/2019/11/survivors-statement/>

РИСУНОК 0.1: КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ОСНОВНЫХ ЗАДАЧ И ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ЗВУООН ПО ТБ

ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ ООН ВЗЯЛИ НА СЕБЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ПО ДОСТИЖЕНИЮ СЛЕДУЮЩИХ ОСНОВНЫХ ЦЕЛЕЙ К 2022 ГОДУ:

- 1 Лечение 40 миллионов человек с ТБ, в том числе 3,5 миллиона детей (в возрасте до 15 лет).
- 2 Лечение 1,5 миллиона человек с ЛУ-ТБ, включая 115 000 детей.
- 3 Обеспечение профилактического лечения ТБ минимум 30 миллионов человек, включая 4 миллиона детей в возрасте до 5 лет, 20 миллионов контактов и 6 миллионов человек, живущих с ВИЧ.
- 4 Увеличение глобальных инвестиций в профилактику, диагностику, лечение ТБ и уход за больными с ТБ до 13 миллиардов долларов США в год.
- 5 Увеличение глобальных инвестиций в НИР, связанные с ТБ, до 2 миллиардов долларов США в год.
- 6 Содействовать искоренению стигматизации и любых форм дискриминации и поддерживать данный процесс.
- 7 Разработать комплексные, ориентированные на пациентов, осуществляемые на уровне сообществ и учитывающие гендерные аспекты медицинские услуги, основанные на правах человека.
- 8 Как можно скорее предоставить новые, безопасные, эффективные, справедливо распределяемые, недорогие и доступные вакцины.
- 9 Продолжить разработку и внедрение элементов новой многосекторальной структуры подотчетности.
- 10 Предоставить отчет о ходе работы в 2020 году и обеспечить его всесторонний обзор со стороны глав государств и правительств на Заседании высокого уровня в 2023 году.

ДЛЯ ЭТОЙ ЦЕЛИ СТРАНЫ ДОЛЖНЫ ВЫПОЛНИТЬ ОБЯЗАТЕЛЬСТВО ЗВУООН, КАСАЮЩЕЕСЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СО ВСЕМИ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫМИ СТОРОНАМИ, И НЕ ОСТАВЛЯТЬ НИКОГО БЕЗ ВНИМАНИЯ, ОСОБЕННО В СЕКТОРАХ, ЯВНО УКАЗАННЫХ В ПОЛИТИЧЕСКОЙ ДЕКЛАРАЦИИ:

здравоохранение и питание	финансы	труд
социальная защита	образование	наука и технологии
правосудие	сельское хозяйство	окружающая среда
обеспечение жильем	торговля	развитие

ВСТАВКА 0.2.

ТБ И ЦЕЛИ В ОБЛАСТИ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ

17 ЦУР представляют собой совокупность глобальных приоритетов, касающихся сотрудничества в целях развития, и должны определять первостепенные национальные задачи в большинстве стран в течение следующего десятилетия. Ликвидация эпидемии ТБ к 2030 году является одной из задач в рамках цели №3, которая сформулирована следующим образом: «Обеспечить здоровье и благополучие для всех».

ЦУР будут достигнуты только в том случае, если будут рассматриваться с учетом четких связей между ними и тем, как успехи в достижении одной цели будут способствовать успеху в достижении других. Хотя ликвидация эпидемии ТБ тесно связана с достижением ряда ЦУР, включение надлежащих мероприятий по борьбе с ТБ в программы по достижению некоторых других ЦУР будет способствовать искоренению этого заболевания.

Между туберкулезом, бедностью и продовольственной безопасностью существует множество связей (Цели №1 и №2). Предотвращение потери рабочего времени в связи с ТБ в глобальном масштабе принесет 12 миллиардов долларов США для достижения устойчивого экономического роста, а также полной и продуктивной занятости (Цель №8). Достижение Цели №17 предусма-

тривает мобилизацию внутренних ресурсов и поиск дополнительных финансовых средств из нескольких источников. Также она призывает развитые страны в полной мере выполнить свои обязательства по предоставлению официальной помощи в целях развития, включая обязательство выделить 0,7% валового национального дохода (ВНД) на эти цели. По мере роста экономики связанное с ним улучшение условий жизни (Цель №11) и равные права на получение услуг здравоохранения (Цель №16) будут способствовать замедлению распространения ТБ. Когда для поддержки гендерного равенства (Цель №5) и сокращения неравенства путем устранения дискриминации (Цель №10) по всему миру будет скорректировано действующее законодательство, людям станет проще получать доступ к диагностике и лечению ТБ особенно там, где ранее финансовое неравенство, семейные обязанности и культурные барьеры мешали им получить необходимую медицинскую помощь. Борьба с изменением климата (Цель №13) может сократить массовую миграцию населения, связанную с такими изменениями (то есть миграцию в многолюдную городскую среду, благоприятствующую передаче инфекции ТБ), предотвращая негативные изменения в питании и другие потенциальные последствия на уровне населения.¹

1 The Lancet Infectious Diseases. Climate change: the role of the infectious disease community. Lancet Infect Dis. 2017;17(12):1219. [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(17\)30645-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(17)30645-X/fulltext)

РИСУНОК 0.2: ГРАФИК МЕРОПРИЯТИЙ



как: «Ничего про нас без нас». Это значит, что необходимо поддерживать нынешнюю динамику, чтобы положить конец ТБ.

Этот обновленный Глобальный план по ликвидации ТБ на 2018–2022 годы отражает прогресс, достигнутый за последние пять лет, и призван содействовать выполнению обязательств на 2022 год, принятых в рамках ЗВУООН. В процессе реализации приоритетных действий Глобального плана и мобилизации необходимого финансирования национальные правительства и программы по борьбе с ТБ с опорой на усиленную адвокационную деятельность во всем мире могут направить нас на путь к ликвидации ТБ к 2030 году в соответствии с ЦУ.



1. СМЕНА ПАРАДИГМЫ В БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ



РЕЗЮМЕ

Цель Глобального плана — предоставить примерную программу действий со сметой расходов, которую страны должны реализовать для выполнения целей и обязательств, изложенных в Политической декларации ЗВУООН по ТБ, и движения к цели ликвидации ТБ, закрепленной в Стратегии ВОЗ по ликвидации ТБ и ЦУР.

Для достижения указанных целей необходимо значительно активизировать борьбу с ТБ. В сентябре 2018 года ЗВУООН по ТБ приняло первую в истории Политическую декларацию ООН по ТБ, которая определяет политическую программу и курс действий по достижению целей Стратегии по ликвидации ТБ и ЦУР. Политическая декларация как часть возобновленных усилий по прекращению эпидемии содержит многочисленные конкретные цели и действия, которые правительства обязались осуществить к 2022

году. В течение следующих нескольких лет нам необходимы всеобщие, многосекторальные усилия и полномасштабные инвестиции для выполнения обязательств Политической декларации, ориентированных на интересы людей, и достижения конечной цели по ликвидации ТБ. Обновленная модель реализации Глобального плана показывает, что, если к 2022 году обязательства ЗВУООН по профилактике и лечению будут выполнены, миру удастся побороть туберкулез.

ГЛОБАЛЬНЫЙ ПЛАН ФОКУСИРУЕТСЯ НА СЛЕДУЮЩИХ ТРЕХ ЦЕЛЯХ, ОРИЕНТИРОВАННЫХ НА НУЖДЫ ЛЮДЕЙ И ПОЛУЧИВШИХ НАЗВАНИЕ «90-(90)-90»:

- 1** Охватить по крайней мере 90% всех людей, которые нуждаются в лечении и профилактике ТБ.
- 2** Охватить по крайней мере 90% людей в ключевых группах населения.

- 3** Добиться как минимум 90% успешных результатов лечения больных с диагностированным ТБ или людей, нуждающихся в профилактическом лечении.¹

¹ Основой этих задач послужили одновременно цели лечения «90-90-90» ЮНЭЙДС и коммюнике 4-й Встречи министров здравоохранения стран БРИКС от 5 декабря 2014 года, в котором содержится призыв к государствам БРИКС сделать все возможное для достижения этих трех целей по борьбе с ТБ на национальном уровне к 2020 году. Коммюнике 4-й Встречи министров здравоохранения стран БРИКС, Бразилия, 5 декабря 2014 г. Бразилия: Министерство иностранных дел Бразилии; 2014 г. <http://www.brics.utoronto.ca/docs/141205-health.html>

ПРИОРИТЕТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Чтобы положить конец ТБ при активном участии людей, переживших ТБ, затронутых сообществ, более широком участии представителей гражданского общества, частного сектора и международных партнеров, национальные правительства должны:

- ⊕ Публично поддерживать усилия страны по ликвидации ТБ и мобилизовать все необходимые ресурсы для достижения целевых ориентиров «90–(90)–90» и выполнения обязательств ЗВУООН, в том числе касающихся национальных вкладов в достижение глобальных целей по лечению и профилактике с охватом как взрослых, так и детей с лекарственно-чувствительным (ЛЧ-ТБ) и лекарственно-устойчивым (ЛУ-ТБ) туберкулезом.
- ⊕ Осуществить пять фундаментальных изменений, определенных в Глобальном плане, для смены парадигмы, которая имеет решающее значение для ликвидации ТБ:
 1. Проявить инклюзивное, многосекторальное и подотчетное лидерство, которое включает твердую приверженность обеспечению регулярной отчетности и оценки достигнутого прогресса;
 2. Осуществлять действия по борьбе с ТБ с опорой на равенство, права человека и ориентацию на нужды людей в сочетании с активными усилиями по охвату ключевых групп населения;
 3. Ускорить НИР и содействовать внедрению инноваций в противотуберкулезные программы и мероприятия;
 4. Обеспечить поддержку противотуберкулезных программ и мероприятий сильными системами здравоохранения, которые не оставляют никого без внимания;
 5. Инвестировать необходимые финансовые средства для ликвидации ТБ, используя все имеющиеся и инновационные источники.
- ⊕ Осуществлять разбивку данных по ТБ, чтобы обеспечить мониторинг прогресса среди взрослых, детей, мужчин, женщин и ключевых групп населения.
- ⊕ Создать и поддерживать глобальный многосекторальный механизм для обеспечения подотчетности за выполнение обязательств ЗВУООН.

Глобальные цели, ориентированные на интересы людей: «90-(90)-90»

Мы должны активизировать борьбу и встать на путь ликвидации ТБ. Сегодня излечиваются только 50% больных ТБ, и достижение целей Глобального плана позволит устранить этот недопустимый пробел в оказании противотуберкулезной помощи.

Политическая декларация ЗВУООН по ВИЧ от 2016 года² подтверждает цели «90-(90)-90» в отношении ТБ, а Политическая декларация ЗВУООН по борьбе с ТБ³ развивает эти цели, в частности, за счет включения обязательств по выявлению и лечению ТБ у взрослых и детей. Моделирование воздействия показывает, что

достижение целей «90-(90)-90» и выполнение обязательств, взятых в рамках ЗВУООН, к 2022 году позволит миру достичь контрольных показателей заболеваемости и смертности на 2025 год, предусмотренных в Стратегии по ликвидации ТБ. Цели «90-(90)-90» проиллюстрированы ниже (см. рисунок 1.1).

2 Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей 8 июня 2016 года. A/Res/70/266. Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу: ускоренными темпами к активизации борьбы с ВИЧ и прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году. Нью-Йорк: Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций; 2016 г. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_en.pdf

3 Политическая декларация Заседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по борьбе с туберкулезом «Единство в борьбе с туберкулезом: неотложные меры реагирования мирового сообщества на глобальную эпидемию». Резолюция A/RES/73/3, принятая Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций 10 октября 2018 года. Нью-Йорк: Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций; 2018 г. <https://www.who.int/tb/unhlmontbDeclaration.pdf>

РИСУНОК 1.1: ЦЕЛЕВЫЕ ОРИЕНТИРЫ «90-(90)-90» В ГЛОБАЛЬНОМ ПЛАНЕ СФОРМУЛИРОВАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЦЕЛЕВЫЕ ОРИЕНТИРЫ «90-(90)-90»:



ЦЕЛЬ 1: охватить 90% людей, нуждающихся в лечении и профилактике ТБ

Увеличивая количество людей, проходящих диагностику и получающих лечение, страны могут уменьшить распространение болезни и снизить заболеваемость. Для этого необходимо раннее выявление и своевременное лечение 90% больных ТБ (как ЛЧ-ТБ, так и ЛУ-ТБ) и 90% людей, которым требуется профилактическое лечение.⁴

Заблаговременный поиск людей, подверженных риску заболевания ТБ, и проведение систематического скрининга, диагностики и надлежащего лечения — подход, который называют активным выявлением случаев — необходимы для охвата миллионов людей, не имеющих доступа к противотуберкулезным услугам. Хотя наилучшие подходы к активному выявлению случаев будут определяться с учетом местных условий, существуют и новые передовые методы, такие как поддержка усилий сообщества по информированию населения; укрепление систем здравоохранения для улучшения предоставляемых ими противотуберкулезных услуг; интеграция скрининга на ТБ в другие мероприятия здравоохранения (например, в отношении ВИЧ и диабета, улучшения питания); оптимизация использования существующих инструментов и ресурсов; расширение успешных пилотных проектов по активному выявлению случаев и обеспечение государственного финансирования и поддержки активного выявления.⁵

Гораздо более сильный акцент на профилактику также очень важен для ликвидации ТБ. Люди, подверженные риску заболевания ТБ, имеют право на профилактическое лечение, и тестирование на латентный ТБ и его лечение должны осуществляться с неукоснительным

соблюдением прав человека и самых строгих этических принципов. В 2018 году ВОЗ обновила руководство по профилактике ТБ и рекомендовала в целом предпринимать более активные усилия по профилактическому лечению от ТБ людей, которым такое лечение необходимо.⁶ К категориям лиц, наиболее остро нуждающихся в профилактике, относятся группы с латентным ТБ, который с наибольшей вероятностью может перейти в активную форму, например, люди, живущие с ВИЧ, младенцы, дети и взрослые, которые дома контактируют с больными ТБ, а также пациенты с силикозом или другими заболеваниями, подвергающими их высокому риску. Такие группы должны проходить систематический скрининг на ТБ и получать профилактическое лечение.

ЦЕЛЬ 2: охватить 90% людей, нуждающихся в лечении и профилактике, в уязвимых, недостаточно охваченных группах населения и группах риска

Цель 2 логически связана с целью 1 (поэтому при ее обозначении используются скобки). Для соблюдения равенства и прав человека требуются особые усилия по охвату этих групп населения. (Ключевые группы населения описываются в главе 3). Ориентация на наиболее уязвимые группы — это признак правильной политики в области здравоохранения и экономики. Цель 2 также включает обеспечение лечения и ухода с помощью доступных программ, которые защищают пациентов и их семьи от часто катастрофических расходов, связанных с заболеванием ТБ. Глобальный план рекомендует всем национальным программам по борьбе с туберкулезом (НТП) работать совместно с сообществами, затронутыми ТБ, для выявления ключевых групп населения, планирования и внедрения соответствующих услуг, а также измерения прогресса при выявлении таких групп, предоставления отчетности и последующего анализа.

⁴ Профилактическое лечение позволяет излечить латентный ТБ до его перехода в активную форму.

⁵ Best practices on TB case finding and treatment: reflections and lessons from West and Central Africa and beyond. Женева: Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией; 2018 г. https://www.theglobalfund.org/media/8273/core_wca-tb-best-practices_technicalbrief_en.pdf?u=637066545900000000

⁶ Обновленное сводное руководство по программному ведению случаев латентной туберкулезной инфекции. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 г. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260233/9789241550239-eng.pdf?sequence=1>

ЦЕЛЬ 3: добиться минимум 90% успешности лечения среди всех больных ТБ и людей, нуждающихся в профилактическом лечении ТБ

К этой категории относятся пациенты с диагнозом ЛЧ-ТБ или ЛУ-ТБ и люди, которым необходимо профилактическое лечение. В настоящее время во многих регионах большое количество лиц с диагнозом ТБ не начинают лечение и, возможно, даже не проинформированы о заболевании. Глобальный план призывает программы по борьбе с ТБ внедрить новый подход, касающийся уведомления всех людей с диагностированным латентным или активным ТБ; обеспечения полного и надлежащего лечения всем нуждающимся, включая контакты людей с активным ТБ, которым показано профилактическое лечение; ведения отчетности о результатах лечения; и предоставления отчетности по результатам лечения на национальном уровне с разбивкой по возрасту и ключевым группам. Для достижения этой цели странам необходимо оказывать людям с ТБ всестороннюю поддержку, которая обеспечит непрерывность помощи и поможет им завершать полный курс лечения гарантированного качества.

ВСТАВКА 1.1.

FIND. TREAT. ALL. #ENDTB

В целях наращивания масштаба мер реагирования для достижения показателей «90-(90)-90» и обеспечения всеобщего охвата профилактикой и лечением ТБ, ВОЗ, Партнерство «Остановить туберкулез» и Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией создали совместную инициативу FIND. TREAT. ALL. #ENDTB. В инициативе принимают участие гражданское общество, затронутые сообщества и партнеры по финансированию развития, которых призывают объединить усилия и взять на себя конкретные обязательства по охвату всех взрослых, детей и подростков, которые живут с ТБ (ЛЧ- и ЛУ-ТБ) и ТБ инфицированы. Краткосрочным приоритетом этой инициативы является обеспечение охвата медицинскими услугами миллионов людей, которые каждый год не получают качественное лечение от ТБ.¹

¹ Совместная инициатива FIND. TREAT. ALL.#ENDTB [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 г. <https://www.who.int/tb/joint-initiative/en/>

Смена парадигмы

В соответствии с Политической декларацией ЗВУООН по борьбе с ТБ, Глобальный план определяет пять фундаментальных изменений, которые следует осуществить в рамках смены парадигмы, необходимой для ликвидации ТБ. Эти изменения помогут ускорить прогресс стран в достижении целей «90–(90)–90».⁷

7. Предыдущее издание Глобального плана определило восемь фундаментальных изменений, которые необходимо ввести для смены парадигмы, необходимой для ликвидации ТБ. Хотя цели остались прежними, изменения были пересмотрены в настоящем издании в соответствии с ключевыми обязательствами, предусмотренными Политической декларацией ЗВУООН по борьбе с ТБ.

1. Проявить инклюзивное, многосекторальное и подотчетное лидерство, которое включает твердую приверженность обеспечению регулярной отчетности и оценки достигнутого прогресса;

Все заинтересованные стороны должны осознать, что наша цель — ликвидация ТБ. Значительный прогресс, предусмотренный в Стратегии по ликвидации ТБ, может быть достигнут, только если руководство страны объявит населению и службам общественного здравоохранения, что борьба с ТБ будет вестись на долгосрочной основе, подобно борьбе с ВИЧ или даже с полиомиелитом, и что правительство

выделит ресурсы, необходимые для ликвидации ТБ в стране. Правительства должны также создать системы подотчетности по ликвидации ТБ в соответствии со своими обязательствами (более подробно вопрос подотчетности по ликвидации ТБ рассмотрен ниже).

В рамках Политической декларации ЗВУООН по борьбе с ТБ правительства обязались сообщать следующее:

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО 1

В период до 2022 года: диагностику и лечение ТБ с целью успешного лечения 40 миллионов человек, в том числе 3,5 миллиона детей.

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО 2

В период до 2022 года: диагностику и лечение ЛУ-ТБ с целью успешного лечения 1,5 миллиона человек, в том числе 115 тысяч детей.

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО 3

В период до 2022 года: профилактическое лечение как минимум 30 миллионов человек, включая 4 миллиона детей в возрасте до 5 лет, 20 миллионов лиц, находящихся в контакте с больными ТБ, и 6 миллионов человек, живущих с ВИЧ.

Выполнение этих обязательств имеет решающее значение для ликвидации ТБ и потребует усилий со стороны различных государственных должностных лиц — глав государств и правительств, членов парламента, мэров и руководителей сообществ — для работы с организациями гражданского общества (ОГО) и отдельными гражданами в рамках долгосрочных мероприятий по диагностике, лечению и профилактике ТБ. Эти усилия потребуют политической приверженности и координации на самых высоких уровнях, в частности, объединения усилий различных министерств, осо-

бенно министерств финансов и труда. Для этого также необходимо эффективное взаимодействие правительства, гражданского общества, сообществ и частного сектора в целях борьбы с бедностью, социальной защиты, обеспечения справедливости и трудовой реформы. Кроме того, потребуется более активное сотрудничество по линии «Юг–Юг» в вопросах наращивания потенциала в странах, привлечения человеческих ресурсов с необходимым набором навыков и технических возможностей, а также специалистов по разработке и реализации региональных стратегических инициатив.

2. Осуществлять действия по противостоянию ТБ с опорой на равенство, права человека и ориентацию на нужды людей в сочетании с активными усилиями по охвату ключевых групп населения;

Подход к ТБ, основанный на соблюдении прав человека, базируется на международных, региональных и национальных правовых актах. Эти законы закрепляют, помимо прочего, права всех людей во всем мире на достижение наивысшего уровня здоровья, свободу от дискриминации и право на

неприкосновенность частной жизни, свободу передвижения и на получение выгод от научного прогресса. Законодательство о правах человека также определяет обязательства правительств и частных лиц.

В целях внедрения подхода к ТБ, основанного на правах человека, страны должны:

- 1 Искоренить дискриминацию в отношении людей с ТБ;
- 2 Предоставить людям возможность узнать о своем статусе ТБ и реализовать законные права на доступ к тестированию и лечению ТБ, в том числе посредством устранения финансовых и физических барьеров к получению помощи;
- 3 Обеспечить участие людей, затронутых ТБ, в процессах принятия решений в области политики здравоохранения;
- 4 Создать механизмы для соблюдения прав людей с ТБ и обеспечить их применение;
- 5 Защищать конфиденциальность и частную жизнь людей с ТБ.

Гендерный подход к ТБ направлен на решение социальных, правовых, культурных и биологических проблем, лежащих в основе гендерного неравенства и вызывающих негативные последствия для здоровья. Он предполагает инвестиции, учитывающие гендерные аспекты, для предотвращения новых случаев ТБ и усиления мер реагирования в целях реализации права на здоровье для женщин и девочек, мужчин и мальчиков, а также людей любого пола.

Там, где возможно, такие меры защиты должны быть включены в конституционное право или законодательство. В противном случае их следует включить в национальные и местные стратегии по борьбе с ТБ в качестве законных прав.

Люди с ТБ и представляющие их группы должны играть ключевую роль при смене парадигмы в направлении справедливого, основанного на правах и ориентированного на человека подхода. Затронутых лиц следует вовлекать в процесс принятия решений во

всех соответствующих областях, связанных с деятельностью руководящих органов лечебных организаций и учреждений, учитывать их знания и опыт и рассматривать в качестве равноправных и значимых партнеров во всех обсуждениях, посвященных ТБ. Сообщество также должно быть обеспечено ресурсами и уполномочено формировать рабочие группы, выбирать своих представителей и взаимодействовать со средствами массовой информации.

Люди с ТБ и сообщества, в которых они живут, должны быть партнерами в разработке и планировании стратегий по ликвидации ТБ, а также играть ключевую роль в мониторинге и оценке, особенно в самые нужные моменты. Новые инструменты, включая социальные сети, общественный контроль и наблюдательные советы, которые имеют ключевое значение для обмена знаниями на уровне сообществ, потенциально могут быть использованы наряду с традиционными формами эпидемиологического надзора.

3. Ускорить НИР и содействовать внедрению инноваций в противотуберкулезные программы и мероприятия.

Для смены парадигмы необходима разработка новых лекарств, средств диагностики, вакцин, а также модернизация программ для ликвидации эпидемии ТБ. Национальные правительства и финансирующие структуры должны уделять приоритетное внимание НИР в области ТБ и предпринимать шаги для создания благоприятных условий для дальнейшего прогресса. Программы должны быть обеспечены необходимыми средствами для быстрого и эффективного внедрения любых новых лекарств, средств диагностики и вакцин, которые поступают на рынок, для обеспечения равного доступа к новым противотуберкулезным средствам.

Национальные органы, ответственные за борьбу с ТБ, должны обладать необходимыми полномочиями для внесения изменений в политику, выделения ресурсов и осуществления эффективных мероприятий. Программы должны соответствовать местным условиям, определять горячие точки и зоны, затронутые ТБ, которые требуют более интенсивных усилий, например, регионы с высоким уровнем бедности.

Такие программы должны быть нацелены не только на спасение жизней, но и на прекращение передачи инфекции посредством раннего выявления случаев заболевания и более активной профилактики с помощью целевого подхода к обслуживанию сообществ с высоким риском. Программы по борьбе с ТБ призваны заменить старый подход, заключающийся в постепенном наращивании масштабов пилотных проектов, на более быстрое расширение масштабов лечения и ухода при ЛЧ-ТБ и ЛУ-ТБ. Для этого необходимо изыскать инновационные подходы к предоставлению услуг, включающие использование социальных сетей и мобильное здравоохранение. На местном уровне программы должны предусматривать более активный поиск инновационных решений для выявления и лечения уязвимых групп населения. Эти усилия потребуют качественного сбора данных, мониторинга в режиме реального времени и использования опыта и знаний частного сектора.

4. Обеспечить поддержку противотуберкулезных программ и мероприятий сильными системами здравоохранения, которые не оставляют никого без внимания.

Для устранения пробелов в диагностике, лечении и профилактике ТБ необходимы эффективные системы здравоохранения. Нужно положить конец фрагментации противотуберкулезных мероприятий и низкому политическому приоритету, который часто отводится программам по борьбе с ТБ в рамках национальных систем здравоохранения, равно как и разделению программ по борьбе с различными формами ТБ и коинфекциями с конкретными заболеваниями. Вместо этого необходимо обеспечить согласованность программ по борьбе с ТБ с программами по борьбе с ВИЧ/СПИДом и охране здоровья матери и ребенка, а лечение ТБ должно осуществляться на уровне

первичной медико-санитарной помощи в контексте ВОУЗ и новых моделей финансирования здравоохранения. Правительствам следует инвестировать в системы на базе сообществ, предусматривающие участие лиц, переживших ТБ, затронутых сообществ и их лидеров в разработке ориентированных на людей программ, которые обеспечивают доступ к лечению ТБ и связанным с ТБ услугам для всех на местном уровне.

Усилия по борьбе с ТБ должны также включать меры по предоставлению услуг, связанных с внелегочным и зоонозным ТБ, в соответствии с подходом «Единое здравоохранение». Данный подход учитывает тот

факт, что здоровье человека связано со здоровьем животных и состоянием окружающей среды. Существует срочная необходимость в привлечении дополнительных человеческих ресурсов, способных справиться с ТБ, а также в повышении качества сбора и анализа данных для улучшения информированности и планирования.

Одних только медицинских мероприятий недостаточно для ликвидации ТБ. Немедицинские мероприятия и инвестиции, такие как меры по улучшению жилищных

условий и санитарии, сокращению бедности и укреплению сетей социальной защиты (например, ВОУЗ, страхование по инвалидности и защита людей с ТБ на рабочих местах) и программы по предотвращению катастрофических затрат для отдельных лиц и семей, затронутых ТБ, способны сократить количество людей, болеющих ТБ и умирающих от него. Планирование таких немедицинских мероприятий и инвестирование в них не терпит отлагательств, поскольку для их реализации и положительного воздействия обычно нужно несколько лет.

5. Инвестировать необходимые финансовые средства для ликвидации ТБ, используя все имеющиеся и инновационные источники.

Ликвидация ТБ требует постоянного увеличения внутреннего, донорского и инновационного финансирования программ по борьбе с ТБ и НИР по ТБ, а также значительных инвестиций на начальном этапе осуществления Глобального плана (см. главу 7 о потребностях в ресурсах). В Политической декларации ЗВУООН по борьбе с ТБ национальные правительства обязались ежегодно инвестировать не менее 13 миллиардов долларов США для поддержки лечения ТБ. Нужно существенно изменить порядок сбора и использования средств для включения дополнительных инвестиций в системы на базе сообществ.

Программы по борьбе с ТБ должны предоставить убедительное экономическое обоснование увеличения авансовых финансовых поступлений в бюджеты, а также эффективно использовать ресурсы, определяя приоритеты инвестирования и объединяя такие ресурсы с другими программами. Инновационные подходы к финансированию, в том числе более эффективное использование стимуляционных выплат, предоставляют возможности для увеличения ресурсов для

борьбы с ТБ. Финансовые подходы, основанные на результатах, в настоящее время применяются во многих странах и начинают приносить положительные эффекты в виде предоставления финансовых стимулов поставщикам и организациям за достижение конкретных результатов. Программы по борьбе с ТБ должны стать частью таких инициатив.

Помимо дальнейшего усиления мер реагирования со стороны государственного сектора, программы по борьбе с ТБ должны привлекать в качестве партнеров поставщиков услуг из предпринимательского и частного сектора, используя подходы компаний, ориентированные на потребителей, и их способность удовлетворять потребности в ключевых услугах с помощью социальных бизнес-моделей. В ходе дальнейшего внедрения стратегий социального медицинского страхования и инновационных смешанных механизмов финансирования программы по борьбе с ТБ должны активно координировать свою деятельность с такими стратегиями и интегрироваться в них.

Экономическое обоснование необходимости ликвидации ТБ

Экономическая составляющая ликвидации ТБ является неоспоримой. Анализ, проведенный КРМГ, показал, что в случае сохранения существующего положения смертность от ТБ обойдется мировой экономике в 983 миллиарда долларов США в период с 2015 по 2030 годы.⁸ Между тем, лечение ТБ не является высокочрезвычайно затратным и приносит положительные результаты. В целом эффективное лечение может дать человеку среднего возраста около 20 дополнительных лет, что в результате приносит существенную выгоду с точки зрения экономики и здоровья.⁹

Комитет высокого уровня по реализации ЦУР ООН подсчитал, что инвестиции в размере 1 доллара США в противотуберкулезные мероприятия приносят 30 долларов прибыли.¹⁰ Согласно другим исследованиям, прибыль может составлять не менее 115 дол-

ларов США на каждый вложенный доллар.¹¹ Экономические выгоды от ликвидации ТБ перевешивают затраты, что делает усилия по борьбе с ТБ важной частью программы в области устойчивого развития.

В инвестиционных пакетах Глобального плана предлагаются специальные мероприятия, которые позволяют получить наибольший результат и обеспечить максимальную рентабельность инвестиций (ROI) в конкретных условиях. Инвестиционные пакеты, разработанные для различных кластеров стран, подробно описаны в главе 2.

8 Global economic impact of tuberculosis: a report for the Global TB Caucus. Цюрих: КРМГ; 2017 г. https://docs.wixstatic.com/ugd/309c93_bf9baa1398334a8aa1ff19cb083b129e.pdf?index=true

9 Vassal A. Tuberculosis perspective paper: benefits and costs of the education targets for the post-2015 development agenda. Тьюксбери: Центр Копенгагенского консенсуса; 2014 г. <http://www.copenhagenconsensus.com/publication/post-2015-consensus-health-perspective-tuberculosis-vassall>

10 Доклад Группы видных деятелей высокого уровня Генерального секретаря по вопросам разработки Повестки дня в области развития на период после 2015 года. Нью-Йорк: Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций; 2015 г. <https://www.un.org/sg/en/management/beyond2015.shtml>

11 Goodchild M, Sahu S, Wares F, et al. A cost-benefit analysis of scaling up tuberculosis control in India. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2011;15:358–62.

Оценка прогресса

Партнерство «Остановить туберкулез» будет оценивать прогресс в достижении целей «90–(90)–90» наряду с контрольными показателями по НИР и целевыми объемами финансирования, предусмотренными Глобальным планом. Отправной точкой является первый отчет, опубликованный в 2017 году и основанный на последних доступных данных (за 2015 год).¹²

По данным 2018 года, предоставленным правительствами в ВОЗ, только 68% прогно-

зируемого числа людей с ТБ и 30% людей с ЛУ-ТБ во всем мире были диагностированы и начали лечение. Охват детей был еще ниже. Подавляющее большинство людей, имеющих право на профилактическое лечение от ТБ, не имели к нему доступа; только 27% детей в возрасте до 5 лет получили такое лечение. Число лиц старше 5 лет, контактирующих в семье с больными ТБ и получающих профилактическое лечение, с 2017 по 2018 год фактически сократилось на 30%. По-прежнему существуют огромные пробелы в данных, которые необходимо заполнить для понимания доступности, результатов лечения и оказания услуг, связанных с ТБ, в ключевых

12 Доклад о туберкулезе для глав государств и правительств. Женева: Партнерство «Остановить туберкулез»; 2017 г. http://www.stop.tb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/909090_PDF_LR.pdf

группах населения. В целом глобальный показатель успешности лечения ЛЧ-ТБ составил 80%, а для ЛУ-ТБ — 55%.¹³

В будущем правительствам необходимо предоставлять разбивку данных для обеспечения мониторинга прогресса среди взрослых, детей, мужчин, женщин и ключевых групп населения. Глобальный план рекомендует национальным правительствам в сотрудничестве с гражданским обществом по мере необходимости ставить дополнительные, ориентированные на процессы

задачи для отслеживания и публичного оглашения результатов по элементам, связанным со сменой парадигмы, как описано в следующем разделе. Такие элементы включают в себя количество людей, прошедших тестирование на ТБ, системы сообществ, ключевые группы населения и помощь частного сектора.

¹³ Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом, 2019 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 г. https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

ВСТАВКА 1.2. ЮЖНАЯ АФРИКА: ПРОГРЕСС В СМЕНЕ ПАРАДИГМЫ

Некоторые страны уже демонстрируют, что кардинальная смена парадигмы возможна. Южная Африка, страна с одним из самых высоких в мире показателей заболеваемости ТБ, начала широкомасштабную многолетнюю кампанию для существенного снижения этого показателя.

В последние несколько лет страна предприняла немало смелых шагов, в том числе следующие:

- Южная Африка стала первой страной, которая полностью заменила микроскопию быстрым молекулярным тестированием GeneXpert в качестве первоначального инструмента диагностики ТБ. Благодаря этому изменению статус лекарственной устойчивости каждого человека определяется во время постановки диагноза, что позволяет немедленно начать подходящий курс лечения.
- Эта страна первой расширила масштабы применения беквакина, нового лекарственного средства от ТБ. Теперь его получают большинство людей с диагнозом ТБ с устойчивостью к рифампицину (РУ-ТБ). Это позволит резко сократить использование инъекционных препаратов, что отвечает лучшей международной практике.
- Страна быстрее всего наращивает масштабы профилактики ТБ. Хотя охват населения еще нельзя назвать достаточным, Южная Африка внесла примерно 40-процентный вклад в мировой показатель профилактического лечения в 2017 году.

- Государство уже повсеместно внедряет программы лечения ТБ и ВИЧ, стараясь обеспечить тестирование на ТБ для каждого человека с диагнозом ВИЧ и, при необходимости, лечение активного ТБ или профилактическое лечение с использованием современных методов. Южная Африка является лидером в области проверки ключевых групп населения и предпринимает смелые шаги для извлечения уроков из собственного опыта и внедрения системы повышения качества для создания эффективных и целевых программ информирования и скрининга.
- Обладая необходимой инфраструктурой и научно-исследовательским потенциалом, страна также играет важную роль в исследованиях и разработках новых, более эффективных инструментов для профилактики, диагностики и лечения ТБ. Южноафриканские исследователи вносят существенный вклад в глобальные усилия по разработке новых инструментов: от ранних стадий исследований до широкомасштабных клинических испытаний.

Государству удалось предпринять такие оперативные шаги по ряду причин, однако одной из важнейших стало наличие приверженности делу борьбы с ТБ на самом высоком политическом уровне. Инициатором проводимой работы является министр здравоохранения, а его усилия поддерживаются президентом, вице-президентом и парламентом.

Подотчетность, связанная с выполнением обязательств по борьбе с ТБ

Обязательства ЗВУООН по подотчетности

Подкрепляя свои оперативные обязательства по организации неотложных мероприятий по борьбе с ТБ, государства-члены ООН пообещали предпринять шаги для повышения ответственности за выполнение этих обязательств. Глобальный план призывает государства-члены выполнить все обязательства по подотчетности, которые они одобрили в Политической декларации ООН по борьбе с ТБ.

К ним относятся обязательства по принятию мер на высоком уровне, созданию систем и процедур мониторинга и отчетности, а также анализу прогресса в отношении глобальных, региональных и национальных усилий по борьбе с ТБ.

В Политической декларации также содержится призыв к Генеральному секретарю ООН в тесном сотрудничестве с Генеральным директором ВОЗ содействовать развитию взаимодействия между всеми заинтересованными сторонами в целях прекращения эпидемии ТБ и реализации Политической декларации вместе с государствами-членами и соответствующими организациями, включая фонды, программы, специализированные учреждения ООН, региональные комиссии ООН, Партнерство «Остановить туберкулез», Unitaид и Глобальный фонд.

Многосекторальный механизм обеспечения подотчетности в области ТБ — важнейший компонент системы

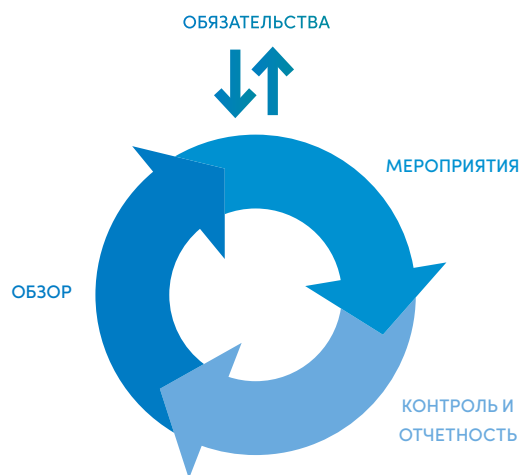
Обеспечение подотчетности — непростая задача. Для создания общей основы для обсуждения подотчетности и определения сфер, на которые нужно обратить особое внимание, ВОЗ и ее партнерам было предложено разработать структуру подотчетности. Одобренный по всему миру на самом высоком политическом уровне,

Многосекторальный механизм обеспечения подотчетности ВОЗ для ускорения реализации программы по ликвидации туберкулеза к 2030 году (ММОП-ТБ)¹⁴ является важной рамочной основой, призванной обеспечить оценку прогресса на пути к ликвидации ТБ. Национальные делегации, участвовавшие в Глобальной министерской конференции по борьбе с ТБ в эпоху ЦУР, призвали к разработке ММОП-ТБ, который после консультаций с государствами-членами ООН и другими сторонами, заинтересованными в ликвидации ТБ, был подготовлен Секретариатом ВОЗ.¹⁵ Генеральная Ассамблея ООН одобрила план ММОП-ТБ в 2018 году, а в апреле 2019 года Секретариат ВОЗ уже завершил работу над проектом.

14 Многосекторальный механизм обеспечения подотчетности для ускорения реализации программы по ликвидации туберкулеза к 2030 году. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 г. <https://www.who.int/tb/publications/MultisectoralAccountability/en/>

15 Московская декларация по ликвидации ТБ. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017 г. https://www.who.int/tb/features_archive/Online_Consultation_MinisterialConferenceDeclaration/en/

РИСУНОК 1.2: ВАЖНЕЙШИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ММОП-ТБ



ММОП-ТБ предоставляет обзор и структуру компонентов и механизмов, которые образуют основу комплексного и эффективного подхода к подотчетности, а также отношения между ними. Структура может и должна быть адаптирована к потребностям различных контекстов, в которых она реализуется. Кроме того, она является многоотраслевой и включает сектора экономики и правительства, которые связаны с более широкими усилиями по выполнению обязательств по борьбе с ТБ: здравоохранение и питание, финансы, труд, социальная защита, образование, наука и техника, юстиция, сельское хозяйство, окружающая среда, жилье, торговля и развитие.

Основными компонентами ММОП-ТБ являются обязательства, действия, мониторинг и отчетность, а также оценка. При этом мониторинг и отчетность используются для отслеживания прогресса и результатов выполнения обязательств, а оценка применяется для анализа результатов и выработки рекомендации по будущим действиям (рисунок 1.2). Эти компоненты подробно описаны в документе ММОП-ТБ.¹⁶

16 Многосекторальный механизм обеспечения подотчетности для ускорения реализации программы по ликвидации туберкулеза к 2030 году. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 г. <https://www.who.int/tb/publications/MultisectoralAccountability/en/>

ВСТАВКА 1.3.

ИНДИЯ: АМБИЦИОЗНЫЕ ПОЛИТИЧЕСКИЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ПО ЛИКВИДАЦИИ ТБ¹

Индия, в которой проживает каждый четвертый человек с ТБ в мире, недавно сменила приоритеты в сфере борьбы с этим заболеванием. В исторической речи от 13 марта 2018 года премьер-министр Нарендра Моди сформулировал концепцию ликвидации ТБ в Индии к 2025 году с опережением сроков, предусмотренных ЦУР. С тех пор для реализации этой концепции были предпринято несколько беспрецедентных шагов:

- Был разработан амбициозный Национальный стратегический план, и правительство обязалось полностью профинансировать его выполнение.
- Расходы национального бюджета на борьбу с ТБ были увеличены в три–четыре раза.
- Был предпринят ряд шагов для улучшения лечения и регистрации случаев ТБ, диагностированного в частном секторе. За последние несколько лет частный сектор зарегистрировал сотни тысяч больных ТБ, которые получили диагноз и лечение, что привело к значительному увеличению показателей выявления и регистрации случаев ТБ в стране. В 2018 году было зарегистрировано на 300 000 больше случаев ТБ, чем в 2017 году.

- На сегодняшний день Индия является единственной страной, которая внедрила информационную веб-систему, работающую в режиме реального времени и предоставляющую в открытом доступе актуальную информацию о туберкулезе по штатам и районам. Эта система под названием Nikshay², представляет собой механизм управления пациентами и их отслеживания, объединяющий в себе лаборатории, лечебные учреждения, поставщиков услуг из частного сектора и выполняющий такие функции общественного здравоохранения, как регистрация случаев заболеваний и выявление контактов больных.

- Люди, проходящие лечение от ТБ, имеют право на непосредственное получение на свои счета ежемесячных денежных переводов, которые можно использовать для нутритивной и социальной поддержки.
- Аппарат премьер-министра, министр здравоохранения, главные министры штатов и члены парламента были привлечены к мониторингу борьбы с ТБ с помощью простых, ориентированных на человека целей, установленных для каждого штата и района.

Амбициозные шаги, предпринимаемые Индией в целях ликвидации ТБ, являются практической моделью, которой могут воспользоваться другие страны, адаптировав ее в соответствии с местными условиями.

1 Nadda JP. India's leadership to end tuberculosis. Lancet. 2019;393(10178):P1270–2. doi:10.1016/S0140-6736(19)30487-8

Реализация подотчетности на практике

Различные заинтересованные стороны должны принять срочные меры для обеспечения подотчетности за выполнение обязательств по борьбе с ТБ. Эти шаги необходимо предпринять как на глобальном, так и национальном и региональном уровнях.

Существует критически важная потребность в создании глобального многоотраслевого механизма для оценки международного прогресса в выполнении обязательств. Правительства, затронутые ТБ сообщества,

гражданское общество в целом, доноры и партнеры заинтересованы в подотчетности, которая обеспечивает выполнение обязательств и достижение целей.

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА ПРИ АКТИВНОМ УЧАСТИИ ЗАТРОНУТЫХ ТБ СООБЩЕСТВ И ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА В ЦЕЛОМ ДОЛЖНЫ ПРЕДПРИНЯТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ШАГИ:

ШАГ 1

Обновить, профинансировать и ввести в действие национальные стратегические планы, политики и законодательство в области ТБ, необходимые для выполнения обязательств по борьбе с ТБ, в том числе касающихся справедливых национальных вкладов по лечению и профилактике ТБ, а также обязательств по финансированию.

ШАГ 2

Создать национальные многосекторальные механизмы обеспечения подотчетности для управления мероприятиями, мониторинга и отчетности, а также оценки национального прогресса в выполнении обязательств по борьбе с ТБ на высоком уровне.

Региональным органам и группам стран необходимо создать механизмы оценки высокого уровня для периодической проверки прогресса выполнения обязательств по борьбе с ТБ на региональном уровне и группах стран.

Многосторонним агентствам по здравоохранению, развитию и финансированию следует обновить стратегические и оперативные планы, чтобы учесть новые виды деятельности, которые требуется осуществить для оказания поддержки наци-

ШАГ 3

Ежегодно публиковать отчеты о мониторинге национальных мероприятий по борьбе с ТБ, включающие актуальную информацию по эпидемиологии ТБ и эффективности НТП, а также всесторонний анализ тенденций финансирования борьбы с ТБ.

ШАГ 4

Использовать эти отчеты о мониторинге в качестве основы для проведения анализа национального прогресса с привлечением ключевых заинтересованных сторон в механизмы оценки на высоком уровне.

ональным правительствам и ключевым заинтересованным сторонам в выполнении обязательств по борьбе с ТБ как в странах с высоким бременем заболевания, так и в странах-донорах.

Доноры должны поддерживать национальные организации гражданского общества в их усилиях по обеспечению подотчетности национальных правительств за выполнение обязательств по борьбе с ТБ. Они также должны поддерживать гражданское общество в процессе создания и обеспече-

ния деятельности региональных коалиций неправительственных организаций (НПО), групп лиц, переживших ТБ, и общественных групп в целях обмена знаниями и адвокации, направленных на повышение ответственности правительства за выполнение обязательств по борьбе с ТБ.

ВСТАВКА 1.4.

ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ПО ПОДОТЧЕТНОСТИ, ОДОБРЕННЫЕ ГОСУДАРСТВАМИ-ЧЛЕНАМИ ООН В ПОЛИТИЧЕСКОЙ ДЕКЛАРАЦИИ ПО ТБ

МЕРОПРИЯТИЯ ВЫСОКОГО УРОВНЯ:

- Разработать или усилить, в зависимости от обстоятельств, национальные стратегические планы по борьбе с ТБ, включив в них все необходимые меры для выполнения обязательств, содержащихся в Политической декларации.
- Повысить роль борьбы с ТБ в рамках национального стратегического планирования и в процессе составления бюджета здравоохранения.
- Активизировать и поощрять региональные усилия и сотрудничество для установления смелых целей и мобилизации ресурсов.

КОНТРОЛЬ И ОТЧЕТНОСТЬ:

- Укрепить национальный потенциал в области сбора, анализа и использования данных для целей контроля и анализа.
- Обратиться к Генеральному секретарю с просьбой о подготовке при поддержке ВОЗ в 2020 году доклада о глобальном и национальном прогрессе в различных отраслях для активизации мер по достижению согласованных целей в области ТБ в контексте выполнения ЦУР, при этом данный доклад должен включать отчетность о выполнении Политической декларации по ТБ на национальном, региональном и глобальном уровнях.

АНАЛИЗ:

- Провести национальный анализ прогресса на высоком уровне, предпочтительно под руководством главы государства или правительства, при активном участии гражданского общества и затронутых сообществ, парламентариев, местных органов власти, научных кругов, частного сектора и других заинтересованных сторон как из сектора здравоохранения, так и из-за его пределов.
- Использовать существующие региональные межправительственные учреждения для анализа прогресса, обмена полученным опытом и укрепления коллективного потенциала в сфере борьбы с ТБ.
- Укрепить связи между ликвидацией ТБ и соответствующими целями ЦУР, в том числе на пути к достижению ВОУЗ, посредством установленных процессов анализа прогресса по достижению ЦУР, включая политический форум высокого уровня по устойчивому развитию.
- Использовать доклад Генерального секретаря о прогрессе за 2020 год в качестве информационной основы при подготовке к всеобъемлющему обзору со стороны глав государств и правительств в рамках последующего ЗВУООН в 2023 году.^{1,2}

1 Политическая декларация Заседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по борьбе с туберкулезом. «Единство в борьбе с туберкулезом: неотложные меры реагирования мирового сообщества на глобальную эпидемию». Резолюция A/RES/73/3, принятая Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций 10 октября 2018 года. Нью-Йорк: Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций; 2018 г. <https://www.who.int/tb/unhlmontBDeclaration.pdf>

2 Полная трактовка подотчетности приводится в Политической декларации ООН, пункты 4, 22, 23, 48, 49, 50, 51, 52 и 53.



2.МОДЕЛИРОВАНИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ МЕРЫ РЕАГИРОВАНИЯ



РЕЗЮМЕ

Обновленная версия Глобального плана продолжает использование подхода TIME («Моделирование и оценки воздействия на ТБ») из плана на 2016–2020 гг. Этот инструмент моделирования предлагает реалистичные сценарии, с помощью которых страны должны ежегодно наращивать мероприятия по лечению и профилактике ТБ (с 2018 по 2022 гг.), чтобы достичь целей лечения и профилактики ТБ, установленных в Политической декларации ООН по борьбе с ТБ.

Результаты моделирования представлены по странам в разрезе статуса дохода, критериев доступа к финансированию со стороны Глобального фонда, страновых кластеров Глобального плана, регионов ВОЗ и отдельно для стран БРИКС, чтобы страны могли опре-

делять приоритеты различных пакетов инвестиций в борьбу с ТБ в зависимости от конкретных условий. В этой обновленной версии Глобального плана представлены инвестиционные пакеты для девяти различных страновых кластеров.

ПРИОРИТЕТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Эпидемиологическое моделирование показывает, что достижение целей ЗВУООН по лечению и профилактике ТБ позволит миру продолжить движение к общей цели ликвидации заболевания к 2030 году после достижения контрольных показателей Стратегии по ликвидации ТБ 2020 года к 2021 году. Поэтому все странам необходимо запланировать свой вклад в достижение глобальных целей ЗВУООН. Ориентировочные цели ЗВУООН для отдельных стран представлены на сайте Партнерства «Остановить туберкулез»: <http://www.stoptb.org/resources/countrytargets/>.

1 Глобальный план — это призыв к действию по достижению целей ЗВУООН к 2022 году или раньше, что позволит предотвратить как минимум 1,5 миллиона смертей. Чтобы обеспечить наращивание масштаба и максимальное воздействие, странам нужно инвестировать в пакеты мероприятий, адаптированных к потребностям их кластеров, изложенным в Глобальном плане.

2 Правительствам необходимо рассматривать инвестиционные пакеты Глобального плана как отправную точку для разработки подробных национальных стратегических планов по ликвидации ТБ. Эти национальные планы должны быть многоотраслевыми и включать в себя меры по усилению роли частного сектора в ликвидации ТБ, особенно в тех странах, где значительное число людей обращаются за медицинской помощью к частным поставщикам услуг.

Моделирование целей ЗВУООН по лечению и профилактике ТБ

В Глобальном плане на 2016–2020 годы смоделировано воздействие достижения целей «90–(90)–90» в рамках ускоренного глобального ответа на эпидемию ТБ. Однако фактический прогресс глобальных действий по борьбе с ТБ отстает от намеченного Глобальным планом графика. В результате мир не достигает контрольных показателей 2020 года, определенных в Стратегии по ликвидации ТБ.

С учетом медленного прогресса и необходимости политической приверженности на высоком уровне к выполнению обязательств ЗВУООН по ТБ поставило амбициозные цели в области профилактики и лечения, которые должны быть достигнуты к 2022 году, чтобы

мир смог наверстать упущенное и встать на путь достижения основных контрольных показателей Стратегии по ликвидации ТБ. (См. полное описание ключевых целей ЗВУООН в разделе «Введение»).

РЕЧЬ ИДЕТ О СЛЕДУЮЩИХ ЦЕЛЯХ:

- 1 лечение 40 миллионов человек с ТБ, в том числе 3,5 миллиона детей;
- 2 лечение 1,5 миллиона человек с ЛУ-ТБ, включая 115 000 детей;

- 3 Обеспечения профилактического лечения ТБ минимум 30 миллионам человек, включая 4 миллиона детей в возрасте до 5 лет, 20 миллионов человек, находящихся в контакте с больными ТБ, и не менее 6 миллионов человек, живущих с ВИЧ.

Модель Глобального плана на 2018–2022 годы была обновлена для определения предполагаемого эпидемиологического эффекта от достижения этих целей.

Подход TIME («Моделирование и оценки воздействия на ТБ»)¹ использовался для прогнозирования воздействия от наращивания действий по достижению целей по профилактике и лечению ТБ, установленных в Политической декларации ООН по борьбе с ТБ. Модели для конкретных стран были откалиброваны на основе оценок ВОЗ по заболеваемости и смертности в 29 странах. В этих странах с различными условиями

проживают 80% от общего числа людей с ТБ в мире. Предполагаемое влияние мероприятий Глобального плана на 2018–2022 гг. в этих странах было затем перенесено на эпидемиологические тенденции ВОЗ для 142 других стран² путем закрепления за каждой из них смоделированной с помощью TIME страны с теми же условиями или из той же группы.

Методы и основы моделирования описаны в [Приложении 1](#).

1 Houben R, Lalli M, Sumner T, et al. TIME Impact: a new user-friendly tuberculosis (TB) model to inform TB policy decisions. BMC Med. 2016;14(56). doi:10.1186/s12916-016-0608-4

2 Набор результатов Глобального плана, определяемый посредством сопоставления данных по странам Глобальной программы ВОЗ по борьбе с ТБ и страновых файлов системы AIM/EPP Spectrum ЮНЭЙДС, охватывает 142 страны. Spectrum AIM/EPP – это программное обеспечение, используемое ЮНЭЙДС для составления прогнозов бремени ВИЧ и потребностей в ресурсах на уровне стран.

Результаты моделирования

Моделирование Глобального плана показывает, что при прежнем подходе контрольный показатель 2020 года достигнут не будет и ликвидировать ТБ не удастся, но реализация Глобального плана приведет к более значительному снижению заболеваемости, что позволит миру ускорить движение по пути к ликвидации ТБ (рисунок 2.1).

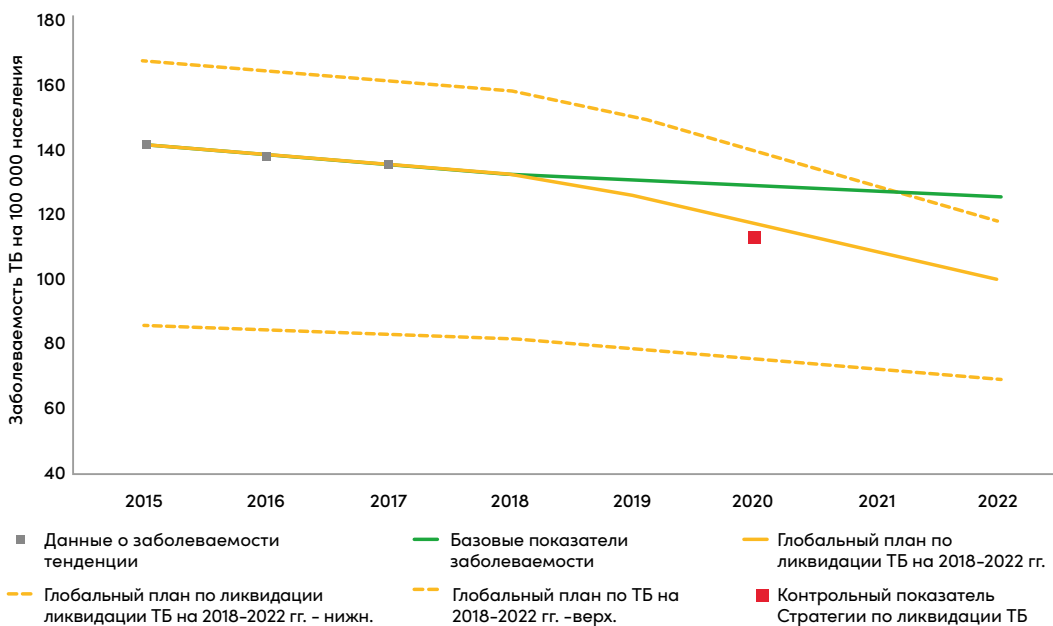
На рисунках 2.2 и 2.3 показаны совокупные показатели ЗВУООН по борьбе с ТБ по годам и девяти страновым кластерам. Рисунки 2.4 и 2.5 демонстрируют, что достижение этих целевых показателей лечения позволит ускорить движение к ликвидации ТБ к 2030 году, хотя контрольные показатели заболеваемости и смертности 2020 года будут достигнуты годом позже, в 2021 году. Достижение целей позволит спасти приблизительно 1,5 миллиона жизней в период с 2018 по 2022 годы.

Цели ЗВУООН по регионам ВОЗ, уровню дохода и группе стран

В таблицах 2.1a – 2.1d показаны прогнозы по количеству людей, которым необходимо

лечение от ТБ, включая детей (0–14 лет) и тех, кто нуждается в лечении туберкулеза со множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) и профилактического лечения ТБ. В этих прогнозах выполнена разбивка по группам стран. Следует отметить, что увеличение регистрации случаев ТБ происходит на фоне снижения заболеваемости; в результате в некоторых странах может наблюдаться сглаживание кривой и даже ее понижение к 2022 году. Кроме того, руководствуясь принципами ЗВУООН, цели профилактического лечения ТБ следует интерпретировать как минимальный уровень, а не верхний предел, поэтому страны должны приложить усилия для перевыполнения этих показателей.

РИСУНОК 2.1: ВЛИЯНИЕ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТБ



■ Контрольный показатель регистрации случаев
■ Зарегистрировано случаев (1–14 лет)
■ Зарегистрировано случаев МЛУ-ТБ

РИСУНОК 2.2: СОВОКУПНЫЕ ЦЕЛИ ЗВУООН ПО ТБ ПО ГОДАМ

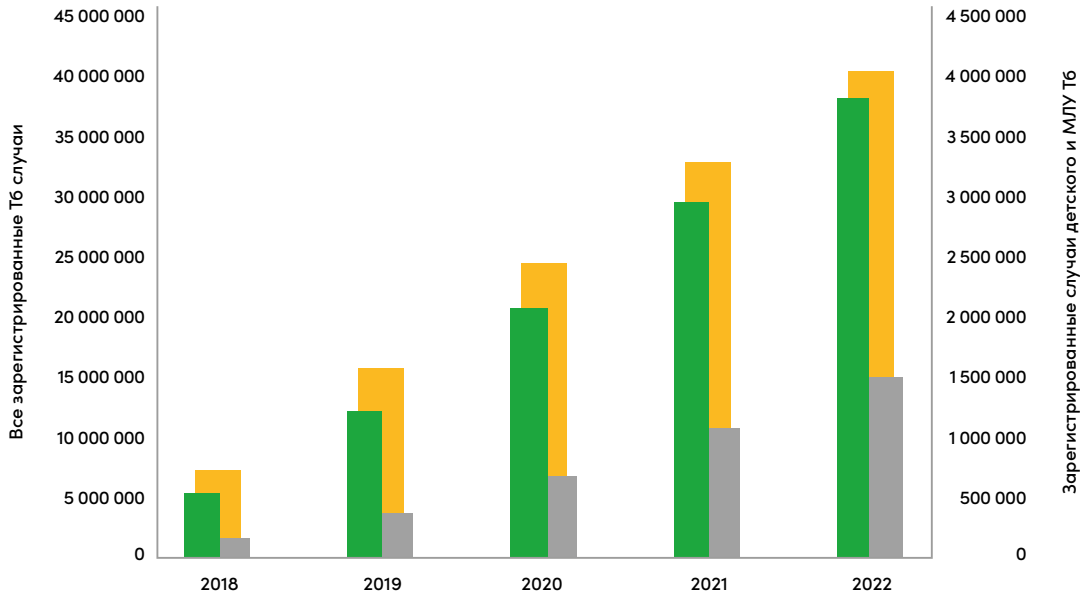


РИСУНОК 2.3: СОВОКУПНЫЕ ЦЕЛИ ЗВУООН ПО ТБ ПО СТРАНОВЫМ КЛАСТЕРАМ

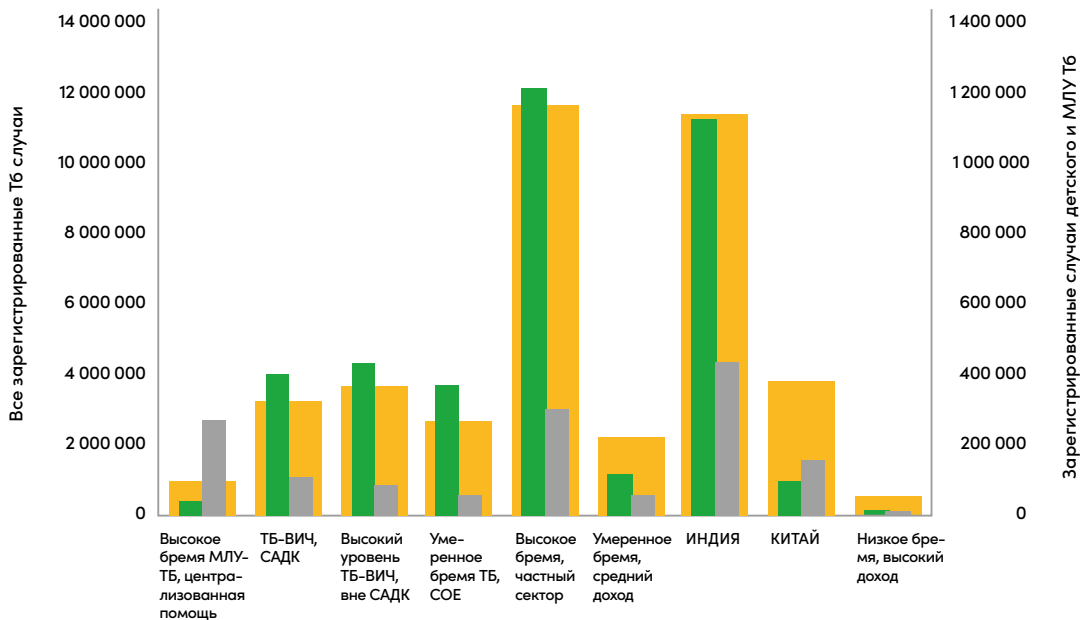


РИСУНОК 2.4: ВЛИЯНИЕ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕЙ ЗВУООН ПО ЛЕЧЕНИЮ ТБ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ

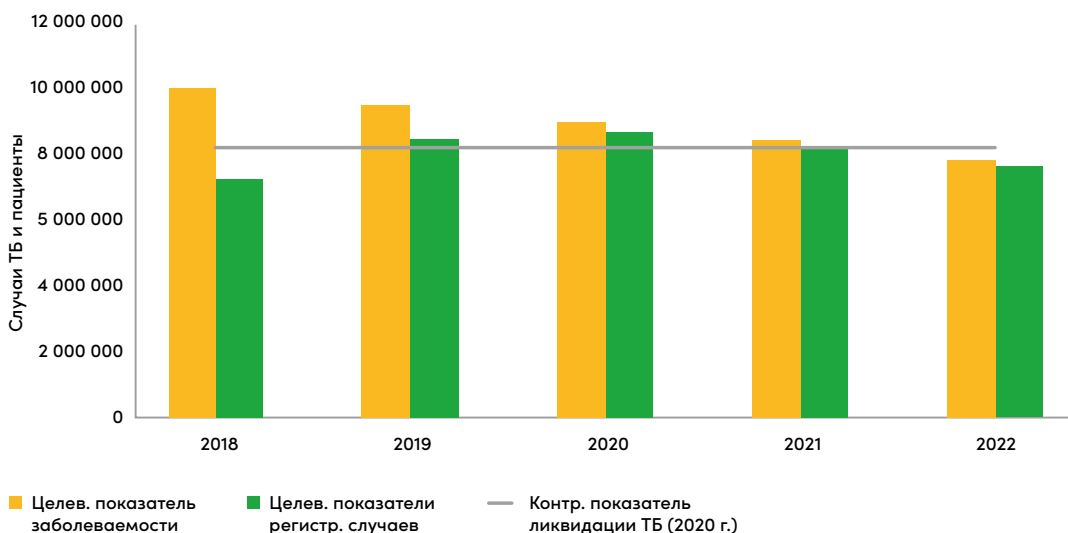


РИСУНОК 2.5: ВЛИЯНИЕ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕЙ ЗВУООН ПО ТБ НА СМЕРТНОСТЬ ОТ ТБ (У ВИЧ-ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ ЛИЦ)

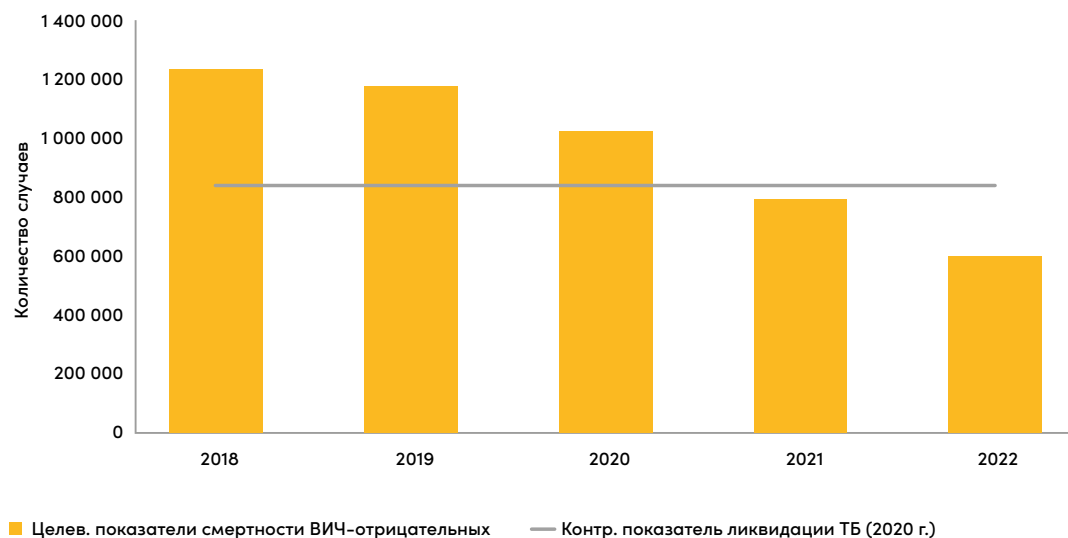


ТАБЛИЦА 2.1.A: ПРОГНОЗ ЧИСЛА ЛЮДЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ, ПО УРОВНЮ ДОХОДА, ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ ОТ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА, СТРАНОВОМУ КЛАСТЕРУ ГЛОБАЛЬНОГО ПЛАНА, РЕГИОНУ ВОЗ И ЧЛЕНСТВУ В БРИКС

	2018	2019	2020	2021	2022	Итого
ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕГИСТРАЦИИ СЛУЧАЕВ ТБ – ИТОГО						
ИТОГО ПО ВСЕМУ МИРУ						
Итого (по всему миру, включая страны ОЭСР)	7 266 564	8 471 030	8 700 110	8 257 682	7 733 123	40 428 508
Итого (по всему миру, исключая страны ОЭСР)	7 125 765	8 332 480	8 570 469	8 137 500	7 622 250	39 788 464
ПО УРОВНЮ ДОХОДА						
Низкий доход	918 600	1 080 100	1 266 000	1 216 400	1 146 800	5 627 900
Доход ниже среднего	4 638 545	5 617 524	5 738 920	5 454 794	5 103 074	26 552 857
Доход выше среднего	1 588 340	1 655 907	1 585 828	1 485 833	1 390 746	7 706 655
Высокий доход	121 020	117 436	109 304	100 608	92 466	540 835
СТРАНЫ, ИМЕЮЩИЕ ПРАВО НА ПОМОЩЬ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА, ПО УРОВНЮ ДОХОДА						
Низкий доход	918 600	1 080 100	1 266 000	1 216 400	1 146 800	5 627 900
Доход ниже среднего	4 635 345	5 614 024	5 735 720	5 451 894	5 100 374	26 537 357
Доход выше среднего	475 907	514 157	503 441	465 237	430 518	2 389 261
Итого	6 029 872	7 208 302	7 505 181	7 133 549	6 677 709	34 554 613
СТРАНОВОЙ КЛАСТЕР ГЛОБАЛЬНОГО ПЛАНА						
Высокое бремя МЛУ-ТБ	214 450	205 850	195 050	185 450	179 050	979 850
Высокое бремя ТБ/ВИЧ, САДК	575 100	650 400	725 300	688 800	638 300	3 277 900
Высокое бремя ТБ/ВИЧ, не САДК	531 550	666 000	850 400	848 000	799 700	3 695 650
Умеренное бремя, СОЕ	431 500	513 580	599 450	579 200	554 300	2 678 030
Высокое бремя, частный сектор	1 988 400	2 445 200	2 563 000	2 430 000	2 270 900	11 697 500
Умеренное бремя, средний доход	428 740	460 050	464 241	441 033	415 825	2 209 889
Индия	2 155 900	2 572 200	2 404 900	2 245 600	2 092 600	11 471 200
Китай	806 000	827 150	776 850	728 000	679 900	3 817 900
Низкое бремя, высокий доход	126 095	121 453	112 147	103 673	95 403	558 771
РЕГИОН ВОЗ						
Восточное Средиземноморье (EMR)	538 620	618 011	706 007	668 964	631 021	3 162 624
Африка (AFR)	1 403 366	1 672 617	1 999 215	1 945 311	1 827 209	8 847 718
Северная и Южная Америка (AMR)	249 900	268 379	266 646	253 408	237 985	1 276 317
Европа (EUR)	270 377	260 230	245 506	232 097	222 312	1 230 522
Западная часть Тихого Океана (WPR)	1 441 561	1 514 543	1 514 286	1 446 252	1 352 945	7 269 588
Юго-Восточная Азия (SEAR)	3 362 740	4 137 250	3 968 450	3 711 650	3 461 650	18 641 740
БРИКС						
Итого	3 390 500	3 841 900	3 602 300	3 362 300	3 134 600	17 331 600

ТАБЛИЦА 2.1.В: ПРОГНОЗ ЧИСЛА ДЕТЕЙ (ОТ 0 ДО 14 ЛЕТ), ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ, ПО УРОВНЮ ДОХОДА, ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ ОТ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА, СТРАНОВОМУ КЛАСТЕРУ ГЛОБАЛЬНОГО ПЛАНА, РЕГИОНУ ВОЗ И ЧЛЕНСТВУ В БРИКС

	2018	2019	2020	2021	2022	Итого
ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕГИСТРАЦИИ СЛУЧАЕВ ТБ – ИТОГО						
ИТОГО ПО ВСЕМУ МИРУ						
Итого (по всему миру, включая страны ОЭСР)	538 433	680 890	853 199	894 549	868 829	3 835 901
Итого (по всему миру, исключая страны ОЭСР)	534 796	676 933	849 312	890 922	865 475	3 817 438
ПО УРОВНЮ ДОХОДА						
Низкий доход	101 786	127 897	166 450	171 550	164 000	731 683
Доход ниже среднего	392 142	497 169	617 703	650 277	633 856	2 791 148
Доход выше среднего	41 894	53 066	66 348	70 410	68 867	300 584
Высокий доход	2 606	2 754	2 692	2 306	2 101	12 459
СТРАНЫ, ИМЕЮЩИЕ ПРАВО НА ПОМОЩЬ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА, ПО УРОВНЮ ДОХОДА						
Низкий доход	101 786	127 897	166 450	171 550	164 000	731 683
Доход ниже среднего	391 942	496 969	617 503	650 077	633 656	2 790 148
Доход выше среднего	26 127	30 045	33 212	32 686	31 221	153 292
Итого	519 986	655 062	817 336	854 483	829 027	3 675 894
СТРАНОВОЙ КЛАСТЕР ГЛОБАЛЬНОГО ПЛАНА						
Высокое бремя МЛУ-ТБ	7 587	7 688	7 870	7 646	7 390	38 180
Высокое бремя ТБ/ВИЧ, САДК	51 700	66 400	92 600	98 700	95 600	405 000
Высокое бремя ТБ/ВИЧ, не САДК	46 988	65 608	99 812	112 810	110 009	435 227
Умеренное бремя, СОЕ	57 260	69 176	84 648	83 980	79 218	374 282
Высокое бремя, частный сектор	206 227	230 928	264 627	263 525	254 623	1 219 929
Умеренное бремя, средний доход	18 630	21 900	25 429	26 166	25 161	117 286
Индия	140 000	202 700	251 900	271 000	265 800	1 131 400
Китай	6 522	12 823	22 824	27 622	28 120	97 911
Низкое бремя, высокий доход	3 123	3 242	3 061	2 690	2 512	14 629
РЕГИОН ВОЗ						
Восточное Средиземноморье (EMR)	71 073	81 690	94 959	90 278	84 614	422 614
Африка (AFR)	128 800	170 222	243 127	263 025	254 523	1 059 695
Северная и Южная Америка (AMR)	10 967	12 534	13 458	13 497	12 793	63 249
Европа (EUR)	9 738	9 972	10 009	9 543	9 126	48 388
Западная часть Тихого Океана (WPR)	69 023	82 238	99 614	104 178	100 346	455 399
Юго-Восточная Азия (SEAR)	248 833	324 235	392 032	414 029	407 427	1 786 556
БРИКС						
Итого	169 650	240 780	300 180	322 400	316 000	1 349 010

ТАБЛИЦА 2.1.С: ПРОГНОЗ ЧИСЛА ЛЮДЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ОТ МЛУ-ТБ, ПО УРОВНЮ ДОХОДА, ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ ОТ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА, СТРАНОВОМУ КЛАСТЕРУ ГЛОБАЛЬНОГО ПЛАНА, РЕГИОНУ ВОЗ И ЧЛЕНСТВУ В БРИКС

	2018	2019	2020	2021	2022	Итого
ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕГИСТРАЦИИ СЛУЧАЕВ МЛУ-ТБ						
ИТОГО ПО ВСЕМУ МИРУ						
Итого (по всему миру, включая страны ОЭСР)	171 305	209 009	302 554	392 538	429 483	1 504 889
Итого (по всему миру, исключая страны ОЭСР)	168 797	206 329	299 147	388 439	425 453	1 488 165
ПО УРОВНЮ ДОХОДА						
Низкий доход	8 690	12 331	24 025	34 392	37 324	116 762
Доход ниже среднего	97 468	121 637	183 089	243 068	269 173	914 436
Доход выше среднего	62 906	72 704	92 714	111 921	119 911	460 155
Высокий доход	2 239	2 334	2 723	3 154	3 073	13 523
СТРАНЫ, ИМЕЮЩИЕ ПРАВО НА ПОМОЩЬ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА, ПО УРОВНЮ ДОХОДА						
Низкий доход	8 690	12 331	24 025	34 392	37 324	116 762
Доход ниже среднего	97 449	121 615	183 052	243 024	269 131	914 271
Доход выше среднего	23 432	24 200	27 612	30 435	30 358	136 038
Итого	129 619	158 196	234 753	307 919	336 878	1 167 300
СТРАНОВОЙ КЛАСТЕР ГЛОБАЛЬНОГО ПЛАНА						
Высокое бремя МЛУ-ТБ	49 520	50 984	54 432	58 567	59 969	273 471
Высокое бремя ТБ/ВИЧ, САДК	14 284	16 664	23 079	27 754	28 924	110 705
Высокое бремя ТБ/ВИЧ, не САДК	4 821	7 752	18 320	27 012	28 880	86 786
Умеренное бремя, СОЕ	2 926	4 905	12 252	18 192	19 438	57 713
Высокое бремя, частный сектор	25 655	33 883	60 749	85 972	95 959	302 218
Умеренное бремя, средний доход	6 693	7 825	12 311	15 783	15 969	58 582
Индия	53 940	65 390	86 070	110 210	124 050	439 660
Китай	10 593	18 585	31 788	44 989	52 346	158 301
Низкое бремя, высокий доход	2 034	2 164	2 663	3 160	3 063	13 084
РЕГИОН ВОЗ						
Восточное Средиземноморье (EMR)	6 702	10 959	20 283	29 836	35 471	103 250
Африка (AFR)	20 564	26 798	47 405	63 781	67 364	225 913
Северная и Южная Америка (AMR)	4 686	5 248	7 624	9 354	9 523	36 435
Европа (EUR)	51 117	52 612	56 276	60 500	61 845	282 350
Западная часть Тихого Океана (WPR)	23 276	32 808	53 836	73 937	83 600	267 456
Юго-Восточная Азия (SEAR)	64 960	80 584	117 130	155 130	171 681	589 485
БРИКС						
Итого	101 994	122 491	159 377	198 690	219 666	802 218

ТАБЛИЦА 2.1.D: ПРОГНОЗ ЧИСЛА ЛЮДЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОТ ТБ, ПО УРОВНЮ ДОХОДА, ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ ОТ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА, СТРАНОВОМУ КЛАСТЕРУ ГЛОБАЛЬНОГО ПЛАНА, РЕГИОНУ ВОЗ И ЧЛЕНСТВУ В БРИКС

	2018	2019	2020	2021	2022	Итого
ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТБ						
ИТОГО ПО ВСЕМУ МИРУ						
Итого (по всему миру, включая страны ОЭСР)	3 641 200	4 143 200	6 541 400	9 048 600	10 481 500	33 855 900
Итого (по всему миру, исключая страны ОЭСР)	3 545 000	4 143 200	6 541 300	9 048 500	10 481 400	33 759 400
ПО УРОВНЮ ДОХОДА						
Низкий доход	952 700	777 100	1 210 800	1 613 900	1 817 700	6 372 200
Доход ниже среднего	1 676 700	2 158 300	3 666 900	5 305 800	6 286 800	19 094 500
Доход выше среднего	928 200	1 093 100	1 520 000	1 926 700	2 164 000	7 632 000
Высокий доход	83 500	114 700	143 700	202 200	213 000	757 100
СТРАНЫ, ИМЕЮЩИЕ ПРАВО НА ПОМОЩЬ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА, ПО УРОВНЮ ДОХОДА						
Низкий доход	952 700	777 100	1 210 800	1 613 900	1 817 700	6 372 200
Доход ниже среднего	1 676 200	2 157 400	3 665 500	5 304 000	6 284 700	19 087 800
Доход выше среднего	612 000	601 700	774 000	869 100	902 000	3 758 800
Итого	3 240 900	3 536 200	5 650 300	7 787 000	9 004 300	29 218 700
СТРАНОВОЙ КЛАСТЕР ГЛОБАЛЬНОГО ПЛАНА						
Высокое бремя МЛУ-ТБ	201 000	274 200	364 200	473 500	558 700	1 871 600
Высокое бремя ТБ/ВИЧ, САДК	1 229 900	968 600	1 241 000	1 480 600	1 526 600	6 446 700
Высокое бремя ТБ/ВИЧ, не САДК	479 500	752 500	1 170 900	1 447 300	1 620 200	5 470 400
Умеренное бремя, СОЕ	242 300	257 800	472 500	653 500	777 900	2 404 000
Высокое бремя, частный сектор	346 600	643 500	1 249 600	1 928 300	2 347 900	6 515 900
Умеренное бремя, средний доход	132 400	199 900	314 300	443 100	514 900	1 604 600
Индия	801 100	719 600	1 225 400	1 867 000	2 252 900	6 866 000
Китай	111 100	192 000	328 000	503 300	611 500	1 745 900
Низкое бремя, высокий доход	97 300	135 200	175 400	252 100	270 800	930 800
РЕГИОН ВОЗ						
Восточное Средиземноморье (EMR)	120 100	217 000	437 700	662 200	805 400	2 242 400
Африка (AFR)	1 916 300	1 926 300	2 799 100	3 461 900	3 785 500	13 889 100
Северная и Южная Америка (AMR)	140 200	199 500	276 700	382 700	421 700	1 420 800
Европа (EUR)	234 500	320 300	423 400	560 900	653 700	2 192 800
Западная часть Тихого Океана (WPR)	212 500	362 500	656 500	1 024 400	1 243 000	3 498 900
Юго-Восточная Азия (SEAR)	1 017 500	1 117 700	1 947 900	2 956 600	3 572 200	10 611 900
БРИКС						
Итого	1 568 000	1 577 400	2 407 500	3 334 600	3 899 500	12 787 000

Страновые кластеры

Глобальный план включает в себя алгоритмы рекомендуемых действий, или «инвестиционные пакеты», которые предназначены для достижения целей «90-(90)-90». Эти инвестиционные пакеты разработаны с учетом местных характеристик эпидемии ТБ, а также специфики систем здравоохранения и социально-экономических условий в разных страновых кластерах.

Существует сходство между странами в определенном регионе или с аналогичными историческими и социально-экономическими условиями или особенностями систем здравоохранения. В связи с этим их можно группировать в различные «кластеры».³

Страны могут обладать характеристиками нескольких групп одновременно, также как и отдельные регионы могут соответствовать различным кластерам. Метод классификации объясняется в [Приложении 2](#).

³ Разделение на страновые кластеры не означает создания альтернативы существующим формальным классификациям в области общественного здравоохранения, таким как регионы ВОЗ и т.д. Оно также не подразумевает формирование классификаций для распределения финансирования или принятия каких-либо других решений по оперативной деятельности.

РИСУНОК 2.6: ДЕВЯТЬ СТРАНОВЫХ КЛАСТЕРОВ

- 1 КЛАСТЕР СТРАН ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЫ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ** с высокой долей лекарственно-устойчивого ТБ
- 2 КЛАСТЕР СТРАН ЮЖНОЙ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АФРИКИ**, в которых ключевыми факторами распространения эпидемии являются ВИЧ и горнодобывающая промышленность
- 3 КЛАСТЕР СТРАН АФРИКИ**, в которых уровень ВИЧ-инфицированных варьируется от умеренного до высокого, а горнодобывающая промышленность не является важным фактором
- 4 КЛАСТЕР СТРАН С СИСТЕМАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ЯВНО НЕДОСТАТОЧНЫМИ РЕСУРСАМИ** или со сложной сложной операционной средой (СОЕ)
- 5 КЛАСТЕР СТРАН С БРЕМЕНЕМ ТБ ОТ ВЫСОКОГО ДО УМЕРЕННОГО** и большой долей лечения, выполняемого в частных медицинских учреждениях
- 6 КЛАСТЕР СТРАН СО СРЕДНИМ УРОВНЕМ ДОХОДОВ** и умеренным бременем ТБ
- 7 КЛАСТЕР ИНДИЯ**
- 8 КЛАСТЕР КИТАЙ**
- 9 КЛАСТЕР СТРАН С НИЗКИМ БРЕМЕНЕМ ТБ** или близких к ликвидации ТБ

Кластер 1:

СТРАНЫ ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЫ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ С ВЫСОКОЙ ДОЛЕЙ ЛУ-ТБ

Несмотря на то что заболеваемость и количество зарегистрированных случаев ТБ в этих странах значительно снизились за последнее десятилетие, доля ЛУ-ТБ среди них остается очень высокой, включая также устойчивость к препаратам второго ряда. Традиционно большинство пациентов с ТБ госпитализируются, и, как правило, длительное пребывание в стационаре и недостаточный инфекционный контроль в больницах создают условия, способствующие дальнейшему распространению и амплификации лекарственной устойчивости. Эта модель оказания противотуберкулезной помощи также является дорогостоящей и приводит к неэффективным результатам лечения. Ключевые группы населения, такие как сезонные трудовые мигранты и заключенные, сталкиваются с наиболее значительными препятствиями при доступе к услугам, включая профилактическое лечение.

Укрепление систем здравоохранения в отношении ТБ будет способствовать развитию услуг, ориентированных на нужды людей, и улучшит результаты лечения ТБ. Странам этого кластера следует обеспечить всеобщий охват современной быстрой диагностикой на всех уровнях, внедрить новые лекарства и схемы лечения ЛУ-ТБ, а также усилить поддержку во время лечения, включая лечение сопутствующих заболеваний, Активный мониторинг безопасности лекарственных средств (аМБЛ), снижение побочных эффектов

и необходимую поддержку приверженности лечению. Следует увеличить масштабы профилактики ТБ, включая профилактическое лечение для взрослых контактов с лицами с ЛЧ-ТБ и всех контактов с лицами с ЛУ-ТБ. Необходимы системные меры для продвижения эффективных и действенных механизмов распределения ресурсов и оплаты услуг поставщиков для обеспечения потребностей ключевых групп населения и модернизации информационных систем в области ТБ.

ПРЕДЛАГАЕМЫЙ ИНВЕСТИЦИОННЫЙ ПАКЕТ:

- 1 Внедрить быструю молекулярную диагностику в качестве начального теста на ЛЧ-ТБ и ЛУ-ТБ на всех уровнях оказания помощи.
- 2 Расширить охват и улучшить качество ускоренных культуральных методов и тестирования на лекарственную чувствительность (ТЛЧ) в референтных лабораториях.
- 3 Обеспечить всеобщий доступ к качественному лечению ЛУ-ТБ, уделяя особое внимание детям и подросткам.
- 4 Обеспечить соответствующую поддержку приверженности лечению, в том числе с использованием цифровых средств.
- 5 Усилить мониторинг лечения людей с ТБ, сопутствующих заболеваний, управление побочными эффектами и фармаконадзор.
- 6 Модернизировать и улучшить информационные системы по ТБ.
- 7 Обеспечить эффективный инфекционный контроль на всех уровнях противотуберкулезной помощи.

8 Внедрить эффективные и экономичные механизмы финансирования и распределения ресурсов и системы предоставления противотуберкулезной помощи, ориентированные на нужды людей.

9 Удовлетворять особые потребности ключевых групп населения, уделяя особое внимание заключенным и мигрантам.

10 Расширить охват и улучшить качество исследования для контактов, тестирования на латентную ТБ инфекцию и профилактического лечения с особым акцентом на взрослых семейных и других тесных контактов и предоставление профилактического лечения людям, контактировавшим с лицами с ЛУ-ТБ

Кластер 2:

СТРАНЫ ЮЖНОЙ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АФРИКИ, В КОТОРЫХ КЛЮЧЕВЫМИ ФАКТОРАМИ ВЛИЯНИЯ НА ЭПИДЕМИЮ ТБ ЯВЛЯЮТСЯ ВИЧ И ГОРНОДОБЫВАЮЩАЯ ПРОМЫШЛЕННОСТЬ

Эпидемия ТБ в этих странах подпитывается эпидемией ВИЧ, причем 50–80% людей с ТБ также инфицированы ВИЧ. В последние несколько лет масштабы профилактики и лечения ВИЧ быстро росли, в связи с чем заболеваемость ТБ в этом страновом кластере уменьшалась быстрее, чем в остальном мире. Однако горнодобывающая промышленность, включая как крупномасштабные предприятия, так и мелкие «кустарные» рудники, создает значительные проблемы.

Силикоз, связанный с работой на рудниках, является фактором риска для ТБ, и трудовая миграция через границы государств усложняет предоставление надлежащего лечения и помощи при ТБ. На самом высоком уровне Сообщества по развитию стран юга Африки существует сильная политическая приверженность делу борьбы с ТБ, связанным с горнодобывающей промышленностью, и

в последние несколько лет был реализован региональный проект в этой сфере. Все это следует рассматривать как начальные шаги в направлении более решительных усилий по защите шахтеров от ТБ при одновременном предоставлении качественного лечения и соответствующей поддержки отдельным лицам и сообществам шахтеров, затронутым ТБ.

ПРЕДЛАГАЕМЫЙ ИНВЕСТИЦИОННЫЙ ПАКЕТ:

- 1 Быстро расширить применение молекулярной диагностики в качестве начального теста на ЛЧ-ТБ и ЛУ-ТБ.
- 2 Улучшить культуральные исследования и ТЛЧ в референтных лабораториях, контроль качества лабораторий и транспортировку материала.
- 3 Улучшить лечение ВИЧ-ассоциированного ТБ и других сопутствующих заболеваний.
- 4 Расширить активное выявление случаев ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, и лиц, контактировавших с людьми с ТБ.
- 5 Обеспечить тестирование на инфекцию ТБ и профилактическое лечение для людей, живущих с ВИЧ, а также детей и взрослых, контактировавших с людьми с ТБ.
- 6 Удовлетворять особые потребности ключевых групп населения (заключенных, мобильных групп населения, шахтеров и других).
- 7 Продолжить укрепление информационных систем и превратить их в работающие в режиме реального времени веб-системы для улучшения качества данных по ТБ и программного планирования.
- 8 Увеличить доступ взрослых, детей и подростков к лечению ЛУ-ТБ.
- 9 Усилить мероприятия на уровне сообществ и активнее привлекать к ним гражданское общество, в том числе с помощью стимулирующих и поддерживающих мер во время лечения.
- 10 Улучшить мониторинг лечения, управление побочными эффектами и фармаконадзор/ аМБЛ.
- 11 Инвестировать в повышение квалификации кадров, задействованных в оказании противотуберкулезной помощи.
- 12 Устранить барьеры, связанные с правами человека и гендерными аспектами и затрудняющие доступ к услугам в области ТБ.

Кластер 3:

СТРАНЫ АФРИКИ С УМЕРЕННЫМ ИЛИ ВЫСОКИМ БРЕМЕНЕМ ВИЧ, В КОТОРЫХ ГОРНОДОБЫВАЮЩАЯ ПРОМЫШЛЕННОСТЬ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ

Как и в странах кластера 2, ВИЧ способствует развитию эпидемии ТБ в странах данного кластера, но горнодобывающая промышленность оказывает сравнительно меньшее влияние на ситуацию с ТБ.

ПРЕДЛАГАЕМЫЙ ИНВЕСТИЦИОННЫЙ ПАКЕТ:

- 1 Расширить применение молекулярной диагностики в качестве начального теста на ЛЧ-ТБ и ЛУ-ТБ и улучшить систему транспортировки материалов.
- 2 Расширить активное выявление случаев ТБ и исследования контактных лиц.
- 3 Увеличить доступ взрослых, детей и подростков к лечению ЛЧ-ТБ и ЛУ-ТБ, улучшить мониторинг лечения, управление побочными эффектами и фармаконадзор/ аМБЛ.
- 4 Обеспечить тестирование на инфекцию ТБ и профилактическое лечение взрослых семейных и других близких контактов с людьми с ТБ, в том числе детей и людей, живущих с ВИЧ.
- 5 улучшить выявление и диагностику случаев ТБ/ВИЧ, лечение ВИЧ-ассоциированного ТБ и других сопутствующих заболеваний.
- 6 Усилить мероприятия на уровне сообществ и активнее привлекать к ним гражданское общество, устранить барьеры, связанные с правами человека и гендерными аспектами и затрудняющие доступ к услугам в области ТБ.
- 7 Укрепить информационные системы для улучшения качества данных по ТБ и программного планирования и сделать эти системы электронными и доступными через Интернет.
- 8 Ускорить привлечение частных поставщиков услуг к устранению пробелов в оказании противотуберкулезной помощи.
- 9 Улучшить культуральные исследования и ТЛЧ в референтных лабораториях с обеспечением контроля качества лабораторий.
- 10 Удовлетворять особые потребности ключевых групп населения (заключенных, мобильных групп населения и др.), в том числе с помощью стимулирующих и вспомогательных мер поддержки лечения.
- 11 Укрепить системы закупок и управления снабжением (ЗУС).

Кластер 4:

СТРАНЫ С СИСТЕМАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМИСЯ ЯВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РЕСУРСОВ ИЛИ СЛОЖНОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ СРЕДОЙ

В этих странах не прекращаются конфликты, которые серьезно ослабили систему здравоохранения и заставили группы населения покинуть места проживания, что существенно мешает предоставлению услуг по ТБ в связи с проблемами безопасности. Несмотря на то что ожидать быстрого наращивания мероприятий в этих странах в течение следующих нескольких лет не следует, можно создать основу для этого процесса с помощью целенаправленных действий и инновационных решений при одновременном достижении краткосрочных результатов.

ПРЕДЛАГАЕМЫЙ ИНВЕСТИЦИОННЫЙ ПАКЕТ :

- 1 Улучшить системы транспортировки лабораторного материала с помощью инновационных технологий и подходов.
 - 2 Удовлетворять особые потребности ключевых групп населения, таких как заключенные, внутренне перемещенные лица и беженцы, и улучшить выявление случаев активного ТБ в этих группах.
 - 3 Расширить применение молекулярной диагностики в качестве начального теста на ЛЧ-ТБ и ЛУ-ТБ и улучшить систему транспортировки материала.
 - 4 Усилить мероприятия на уровне сообществ и активнее привлекать к ним гражданское общество, в том числе с помощью стимулирующих и вспомогательных мер поддержки лечения.
 - 5 Устранить барьеры, связанные с правами человека и гендерными аспектами и затрудняющие доступ к услугам в области ТБ.
 - 6 Расширить применение молекулярной диагностики ЛЧ-ТБ и ЛУ-ТБ.
 - 7 Укрепить информационные системы по ТБ с помощью инновационных технологий и подходов.
 - 8 Создать модели проведения профилактического лечения для взрослых семейных и других контактных лиц с людьми с ТБ.
 - 9 Улучшить информирование, коммуникации и социальную мобилизацию.
-

Кластер 5:

СТРАНЫ С ВЫСОКИМ ИЛИ УМЕРЕННЫМ БРЕМЕНЕМ ТБ И ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ДОЛЕЙ НАСЕЛЕНИЯ, ПОЛУЧАЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В ЧАСТНОМ СЕКТОРЕ

Речь идет прежде всего о странах Азии с высоким уровнем заболеваемости, в которых люди с ТБ, как правило, получают помощь в частных учреждениях. В некоторых ситуациях в этих странах также имеются государственные больницы, не связанные с НТП или системой регистрации случаев заболевания. В результате многие люди, обращающиеся за медицинской помощью, получают диагностику и лечение в частных медицинских учреждениях с различным уровнем обслуживания и практически без систем поддержки лечения. Большинство лиц, обращающихся за помощью в частный сектор, несут значительные личные расходы на медицинские услуги.

В связи с этим требуются инновационные модели взаимодействия с частным сектором. Большого прогресса можно достичь путем создания бизнес-моделей, которые улучшают качество помощи в частном секторе здравоохранения, обеспечивают

использование удобных универсальных систем регистрации случаев ТБ, а также создают и укрепляют партнерские отношения в целях оказания поддержки людям с ТБ, включая устранение катастрофических личных расходов на лечение.

ПРЕДЛАГАЕМЫЙ ИНВЕСТИЦИОННЫЙ ПАКЕТ:

- 1 Усилить взаимодействие с частными поставщиками медицинских услуг, чтобы обеспечить предоставление качественного лечения и поддержки всем людям с ТБ, которые обращаются за помощью в частный сектор.
- 2 Расширить активное выявление случаев ТБ и исследование контактных лиц.
- 3 Расширить применение молекулярной диагностики в качестве начального теста на ЛЧ-ТБ и ЛУ-ТБ и улучшить систему транспортировки материала.
- 4 Улучшить культуральные методы и ТЛЧ в референтных лабораториях и контроль качества лабораторий.
- 5 Расширить масштабы лечения людей с ЛУ-ТБ, включая детей и подростков.
- 6 Укрепить информационные системы по ТБ, включая цифровые решения для онлайн-уведомлений.
- 7 Обеспечить завершение лечения путем оказания финансовой и психосоциальной поддержки людям с ТБ.
- 8 Обеспечить тестирование на инфекцию ТБ и профилактическое лечение для людей, проживающих или близко контактирующих с лицами с ТБ.
- 9 Вовлекать все заинтересованные стороны в адвокацию на высоком уровне и стратегическое планирование, нацеленное на инновационные решения в области инвестиций в здравоохранение для устранения пробелов в финансировании.
- 10 Укрепить кадровые ресурсы для борьбы с ТБ с использованием инновационных стратегий и инструментов.
- 11 Усилить мероприятия на уровне сообществ и вовлечение гражданского общества с целью улучшения противотуберкулезной помощи, включая мобилизацию сообществ и искоренение стигмы и дискриминации.

Кластер 6:

СТРАНЫ СО СРЕДНИМ УРОВНЕМ ДОХОДА И УМЕРЕННЫМ БРЕМЕНЕМ ТБ

Эти преимущественно азиатские и латиноамериканские страны с умеренным бременем ТБ обладают ресурсами для удовлетворения большинства потребностей в инвестициях. Хотя в этих странах существуют схемы социальной поддержки, ориентированные на бедные и маргинализированные группы, такие ключевые группы населения по-прежнему сталкиваются с препятствиями, связанными с доступом к медицинской помощи, что приводит к задержке в постановке диагноза и катастрофическим расходам для отдельных лиц и семей.

ПРЕДЛАГАЕМЫЙ ИНВЕСТИЦИОННЫЙ ПАКЕТ:

- 1 Улучшить диагностику ТБ с помощью быстрого внедрения молекулярной диагностики в качестве начального теста на ЛЧ-ТБ и ЛУ-ТБ, а также улучшить культуральные исследования и ТЛЧ в референтных лабораториях с контролем качества лабораторий.
- 2 Улучшить активное выявление случаев ТБ и исследование контактных лиц.
- 3 Обеспечить профилактическое лечение ТБ для детей, подростков и взрослых контактов с людьми с ТБ, а также для людей, живущих с ВИЧ, и других групп риска.
- 4 Удовлетворять особые потребности ключевых групп населения (заключенных, мобильных групп населения, шахтеров и других).
- 5 Улучшить лечение ЛУ-ТБ у взрослых и детей.
- 6 Усовершенствовать информационные системы по ТБ.
- 7 Расширять мероприятия на уровне сообществ, вовлечение гражданского общества и адвокацию на высоком уровне.
- 8 Привлекать частный сектор к оказанию противотуберкулезной помощи гарантированного качества.

Кластер 7:

ИНДИЯ

Каждый четвертый человек с ТБ проживает в Индии, и НТП данной страны является крупнейшей в мире. В связи с этим страну необходимо рассматривать как отдельный кластер. Прогресс в борьбе с ТБ, достигнутый в Индии, в значительной степени будет определять глобальный прогресс.

Несмотря на то что частный сектор Индии, как правило, является первой точкой контакта для людей с ТБ, они вынуждены обращаться за услугами то в государственный, то в частный сектор. Соответственно, Индии необходимо направить дополнительные инвестиции в инфраструктуру общественного здравоохранения и улучшать качество противотуберкулезных услуг, которые предоставляются как в государственном, так и в частном секторе.

Несколько революционных инноваций и научных исследований, проведенных в Индии, стали основой для глобальных мер по борьбе с ТБ. Однако, учитывая значительный экономический рост, стране следует направлять больше ресурсов в государственный сектор здравоохранения.

Влияние ТБ в значительной степени варьируется в пределах страны, и это

заболевание серьезно и непропорционально влияет на городскую бедноту и такие группы населения, как племенные и коренные народности. В связи с этим необходимо использовать дифференцированный подход для различных штатов страны, проблемных городских и сельских районов и ключевых групп населения.

Индия демонстрирует очень высокий уровень политической приверженности в отношении своих обязательств по борьбе с ТБ. Премьер-министр Нарендра Моди выступил с официальным призывом ликвидировать ТБ в стране к 2025 году, что на пять лет раньше срока достижения глобальной цели. Эта политическая воля должна трансформироваться в устойчивое и ускоренное внедрение комплексных услуг, направленных на ликвидацию ТБ.

ПРЕДЛАГАЕМЫЙ ИНВЕСТИЦИОННЫЙ ПАКЕТ:

- 1 Расширить взаимодействие с частными поставщиками медицинских услуг для обеспечения качественной помощи всем людям с ТБ.
- 2 Расширить внедрение молекулярной диагностики в качестве начального теста на ЛЧ-ТБ и ЛУ-ТБ, а также улучшить культуральные исследования и ТЛЧ в референтных лабораториях с контролем качества лабораторий.
- 3 Расширить активное выявление случаев ТБ и исследование контактных лиц.
- 4 Улучшить цифровые информационные системы по ТБ, функционирующие в режиме реального времени, для обеспечения эффективного эпиднадзора за ТБ.
- 5 Улучшить лечение ЛУ-ТБ, предоставляемое взрослым, детям и подросткам, с расширением доступа к новым лекарствам.
- 6 Обеспечить тестирование на инфекцию ТБ и профилактическое лечение для контактных лиц в домохозяйствах, включая взрослых, детей и людей из групп высокого риска.

7 Укрепить кадровые ресурсы для лечения ТБ с помощью инновационных стратегических подходов, включая модели по закупке услуг и государственно-частному партнерству.

8 Расширить доступ взрослых, детей и подростков к лечению ЛЧ-ТБ.

9 Расширять и обеспечивать работу систем поддержки лечения, т.е. стимулов и вспомогательных средств, включая финансовую помощь и питание, а также цифровые технологии поддержки лечения.

10 Инвестировать в исследования и инновации для разработки новых инструментов, вакцин, методов диагностики и схем лечения.

Кластер 8:

КИТАЙ

Китай также следует рассматривать отдельно как страну с высоким уровнем заболеваемости ТБ, обладающую внутренними ресурсами и возможностями для борьбы с эпидемией. Почти все финансирование борьбы с ТБ в Китае поступает из внутренних источников. Страна провела несколько исследований распространенности ТБ, которые продемонстрировали снижение уровня заболеваемости.

Это снижение в основном связано с высоким уровнем выявления случаев и успешным лечением, а также с быстрыми темпами социально-экономического развития. Обеспечение связи больниц с государственной системой здравоохранения с помощью электронных систем регистрации случаев наряду с хорошим менеджментом позволили значительно увеличить показатель выявления случаев ТБ.

Несмотря на то что Китай демонстрирует высокий уровень охвата населения услугами здравоохранения, диагностика и качественное лечение ТБ не всегда доступны бедным и другим маргинализированным группам населения в связи с необходимостью напрямую оплачивать медицинские услуги и покрывать другие затраты. Охват лечением ЛУ-ТБ в Китае также намного ниже среднего мирового уровня.

ПРЕДЛАГАЕМЫЙ ИНВЕСТИЦИОННЫЙ ПАКЕТ:

- 1 Быстро расширить внедрение молекулярной диагностики в качестве начального теста на ЛЧ-ТБ и ЛУ-ТБ.
- 2 Расширить ТЛЧ и лечение ЛЧ-ТБ и ЛУ-ТБ среди взрослых, детей и подростков.
- 3 Улучшить раннюю диагностику среди ключевых групп населения путем регулярного исследования контактных лиц и активного выявления случаев.
- 4 Обеспечить тестирование на инфекцию ТБ и профилактическое лечение для взрослых и детских контактов в домохозяйствах и других ключевых групп населения (пожилых людей, заключенных, мобильных групп населения и других).
- 5 Удовлетворять особые потребности ключевых групп населения с помощью активного выявления случаев и поддержки лечения, включая стимулы и вспомогательные средства, а также психологическую поддержку.
- 6 Инвестировать в исследования и инновации в области ТБ для разработки новых средств диагностики, лечения и профилактики.
- 7 Внедрить стратегии финансовой поддержки для снижения финансовых убытков, которые несут бедные слои населения.

Кластер 9:

СТРАНЫ С НИЗКИМ БРЕМЕНЕМ ТБ И БЛИЗКИЕ К ЛИКВИДАЦИИ ТБ

Речь идет о странах с низким бременем ТБ и высоким уровнем дохода, которые уже достигли целевых показателей ликвидации ТБ или близки к их достижению. Целью таких стран на данном этапе является искоренение ТБ, то есть снижение заболеваемости до 1 случая на миллион населения. В этих странах заболеваемость ТБ сконцентрирована среди наиболее уязвимых групп, таких как мигранты, бедные слои населения и другие маргинализованные группы. Хотя затраты на лечение одного случая ТБ в этих странах являются достаточно высокими,

там сохраняется возможность выделения дополнительных финансовых ресурсов.

В данный кластер включены участники Комитета содействия развитию (КСР) Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), которые могут внести

большой вклад в глобальные усилия по борьбе с ТБ. Им следует увеличить объем ресурсов, направляемых в многосторонние механизмы (такие как Глобальный фонд, Глобальный механизм по обеспечению лекарственными средствами (GDF), Unitaid) и агентства НИР.

ПРЕДЛАГАЕМЫЙ ИНВЕСТИЦИОННЫЙ ПАКЕТ:

- 1 Поддерживать активное выявление случаев и оказывать комплексную помощь ключевым группам населения.
- 2 Проводить регулярные исследования по выявлению контактных лиц.
- 3 Обеспечить тестирование на инфекцию ТБ и профилактическое лечение для всех контактных лиц в домохозяйствах и других условиях.
- 4 Удовлетворять особые потребности ключевых групп (мигрантов, бедных слоев населения и других маргинализованных групп).
- 5 Усилить адвокацию на высоком уровне и национальное стратегическое планирование с привлечением всех заинтересованных сторон.
- 6 Увеличить вклад в глобальные усилия по борьбе с ТБ, в том числе с помощью многосторонних финансовых механизмов.
- 7 Инвестировать в исследования и инновации в области ТБ для разработки новых средств диагностики, лечения и профилактики.



3. ОХВАТ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ



РЕЗЮМЕ

Охват ключевых групп населения: уязвимых, маргинализированных, социально ущемленных или подверженных риску заражения и заболевания ТБ — будет иметь существенное значение для ликвидации ТБ. С эпидемиологической точки зрения, как и с позиции равенства и прав человека, крайне важно, чтобы мы стремились защищать людей в ключевых группах населения; предоставлять им поддержку; понимать социальные, политические, правовые и экономические барьеры, с которыми они сталкиваются при доступе к необходимым им услугам, связанным с профилактикой, диагностикой, лечением, уходом и поддержкой; и привлекать их в качестве приоритетных заинтересованных сторон и равных партнеров в борьбе с этой болезнью.

Чтобы охватить ключевые группы населения, затронутые ТБ, их следует активно вовлекать в процессы управления и принятия решений, связанные с борьбой с ТБ. Чтобы программы по борьбе с ТБ учитывали их жизненный опыт, необходимо способствовать более значительному участию представителей ключевых групп, выступающих от имени сообществ, во всех дискуссиях и принятии решений по вопросам политики, программ и управления, связанных с ТБ. Важным аспектом охвата этих групп населения является инвестирование в наращивание потенциала и координацию действий ключевых групп, затронутых ТБ, в таких областях, как адвокаты, грамотность в вопросах лечения, поддержка со стороны

других лиц, переживших ТБ, мониторинг и оценка, разработка программ, системы закупок и права человека, что в совокупности может способствовать созданию благоприятной среды для наиболее уязвимых людей. Поэтому такие усилия следует рассматривать как высокоприоритетные. Подобные мероприятия помогут найти и вылечить 3,3 миллиона невыявленных людей с ТБ, которые ежегодно не получают диагноз или не регистрируются в системах общественного здравоохранения. При этом, такой поиск и лечение будут выполняться не только более эффективно, но также с соблюдением прав человека, учетом гендерных аспектов и ориентацией на интересы людей.

ПРИОРИТЕТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Правительства:

✦ Установить тактическую задачу по охвату по крайней мере 90% людей с ТБ в ключевых группах посредством улучшения доступа к услугам, систематического скрининга там, где он необходим, и новых

методов выявления случаев заболевания, обеспечив таким образом всех нуждающихся людей эффективным и недорогим лечением.

- ✦ Выполнить обязательства Заседания высокого уровня ГА ООН (ЗВУООН) по отмене любых законов, политик и программ, дискриминирующих людей с ТБ.
 - ✦ Содействовать искоренению стигматизации и всех форм дискриминации и поддерживать подобные усилия, а также внедрить политики и методики улучшения охвата, образования и лечения. Правительства могут использовать инструменты оценки стигматизации, разработанные Партнерством «Остановить туберкулез» и другими партнерами.
 - ✦ Расширить поддержку ключевых групп населения, повысить их информированность и обеспечить лечение и поддержку пациентов с ТБ в безопасных условиях, свободных от стигматизации и дискриминации.
 - ✦ Интегрировать обязательства ЗВУООН по ТБ, касающиеся ключевых групп населения, в национальные стратегии и руководства по борьбе с ТБ, разработать и реализовать многосекторальные планы по охвату и предоставлению услуг конкретным ключевым группам населения.
 - ✦ С помощью инструментов оценки сообщества, прав и гендерных аспектов (СПГ) определить уязвимые группы населения, а также провести оценку барьеров, препятствующих доступу к медицинской помощи, и выполнить соответствующие целенаправленные действия по расширению охвата этих групп. Сообщать о прогрессе в борьбе с ТБ, используя данные с разбивкой по ключевым группам, с учетом четких правил, которые обеспечивают конфиденциальность и защиту прав человека.
 - ✦ Внедрять политики и проекты, учитывающие гендерные вопросы, во все аспекты программ по борьбе с ТБ, уделяя при этом особое внимание распространенности заболевания и доступу к услугам.
 - ✦ Содействовать вовлечению лиц, переживших ТБ, и ключевых групп населения во все уровни разработки политик и программ в целях обеспечения ориентации услуг по борьбе с ТБ на интересы людей и соответствия этих услуг выраженным потребностям затронутых сообществ; и инвестировать в сети и организации, состоящие из лиц, переживших ТБ, с целью создания необходимого потенциала для их эффективного участия в организационных вопросах, касающихся ТБ.
- Технические партнеры:**
- ✦ Предоставить странам общие принципы для определения приоритетов, действий и мониторинга прогресса в вопросах улучшения доступа к услугам по борьбе с ТБ для ключевых групп населения и способствовать активному вовлечению этих групп посредством мониторинга инвестиций и наращивания потенциала и адвокации, особенно в отношении грамотности в вопросах ТБ и его лечения, мониторинга и оценки, а также прав человека.
- Горнодобывающие компании:**
- ✦ Внедрить строгие меры инфекционного контроля и создать программы охраны здоровья и техники безопасности на рабочем месте, которые значительно снижают воздействие кремниевой пыли, а также обеспечить проведение регулярного скрининга и профилактику ТБ и создать систему, гарантирующую получение шахтерами с ТБ и их семьями надлежащих качественных услуг по лечению и поддержке.
- Тюрьмы и места содержания под стражей:**
- ✦ Обеспечить регулярный скрининг, диагностику и доступ к надлежащему каче-

ственному лечению ТБ для заключенных, других лиц, содержащихся под стражей, и персонала таких учреждений.

- ✦ Обеспечить непрерывное лечение заключенных, возвращенных в общество, на протяжении всего курса лечения или профилактического лечения ТБ.
- ✦ Сократить переполненность и недоедание, а также улучшить вентиляцию в тюрьмах и местах содержания под стражей.

Активисты:

- ✦ Работать над обеспечением соблюдения прав людей, затронутых ТБ, в вопросах профилактики, лечения и ухода.
- ✦ Поддерживать рост и развитие глобальных, региональных и национальных сетей, состоящих из людей, переживших ТБ, и членов затронутых сообществ, и при любой возможности сотрудничать с ними в сфере адвокации.

✦ Уделять особое внимание инвестициям в сети людей, переживших ТБ, и затронутых сообществ, чтобы они смогли эффективно и скоординированно вносить свой вклад в борьбу с ТБ в качестве лиц, принимающих решения, поставщиков услуг, наблюдателей за программами и активистов.

✦ Участвовать во всех соответствующих элементах системы ММОП-ТБ, включая обеспечение подотчетности правительств за принятие мер по выполнению обязательств ЗВУООН по ТБ, сообщение о достигнутом прогрессе и проведение обзора результатов.

✦ Отстаивать право сообществ, затронутых ТБ, в том числе представителей ключевых групп, на участие в работе органов, принимающих решения, и в процессах принятия решений, как установлено в Политической декларации ООН по ТБ.

Охват ключевых групп населения как обязательное условие для обеспечения равенства и защиты прав человека

Факт, что почти половина населения планеты по-прежнему не может позволить себе качественное медицинское обслуживание или получить к нему доступ, проживает в антисанитарных условиях или недоедает, является неприемлемым. Мы несем коллективную ответственность за поддержку ключевых групп населения, которые сталкиваются с более высокими рисками, связанными с ТБ, предоставление им лечения и возможности руководить и на равных условиях участвовать в борьбе с этой болезнью. Охват ключевых групп населения имеет решающее значение для выполнения содержащегося в ЦУР призыва — не оставить никого без внимания.

Политическая декларация ООН по ТБ также обязывает государства-члены ООН не оставлять никого без внимания в процессе принятия мер по ликвидации ТБ. Однако, как

признал Комитет ООН по политике в области развития, данный принцип «в целом редко оспаривается, но сложность его практической реализации часто осознается в

недостаточной степени».¹ Именно этот факт обуславливает критическую важность проактивных, конкретных действий по охвату ключевых групп населения, подверженных повышенному риску заболевания ТБ.

Ключевые группы населения — это лица, которые сталкиваются с повышенным воздействием ТБ и ограниченным доступом к услугам. Стигматизация, дискриминация, насилие и притеснение, ограничительные законы и правила, а также криминализация поведения или действий, подвергают ключевые группы населения большому риску заболевания ТБ и затрудняют им доступ к услугам.² Ключевые группы населения различаются в зависимости от конкретных условий. Для охвата таких групп их необходимо наделять полномочиями в принятии решений в отношении мер противодействия ТБ. Признание уникальной роли этих групп в связи с наличием у них опыта жизни с ТБ может способствовать устранению социальных, политических, правовых, гендерных, экономических или культурных барьеров для доступа; расширению поддержки людей с ТБ, в том числе через сети поддержки, включающие других лиц, затронутых ТБ; повышению их информированности и обеспечению лечения от ТБ в безопасной и конфиденциальной среде, свободной от стигматизации и дискриминации.

Как описано в главе 4, ключевые группы населения и сами затронутые сообщества могут взять на себя руководящую роль в предоставлении многих из этих услуг. Чтобы это произошло, правительства должны оценить, какие группы населения уязвимы перед ТБ, где они сконцентрированы географически и какие препятствия мешают им получить доступ к медицинской помощи. Затем правительствам следует провести целевую работу

по расширению охвата с использованием имеющихся инструментов СПГ (сообщество, права и гендер), разработанных для борьбы с ТБ в ключевых группах населения. Также необходима основанная на правах политика и законодательные рамки при поддержке соответствующего финансирования.

Политическая декларация ООН по ТБ согласуется с многочисленными международными правовыми системами в вопросах принятия обязательств по защите и отстаиванию права на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. В частности, правительства обязались устранить дискриминационные законы, политику и программы, направленные против людей с ТБ; поддерживать искоренение стигматизации и всех форм дискриминации; а также принять политики и методики по улучшению охвата, образования и лечения.

Эти действия имеют решающее значение для выполнения еще одного обязательства, закрепленного в Политической декларации, по выявлению 3,3 миллиона невыявленных больных ТБ, которые ежегодно не диагностируются или не регистрируются в системах общественного здравоохранения.³ Это и является целью инициативы **FIND. TREAT. ALL. #ENDTB**, осуществляемой ВОЗ, Партнерством «Остановить туберкулез» и Глобальным фондом и направленной на вовлечение затронутых ТБ сообществ, гражданского общества и партнеров по финансированию развития в процесс устранения барьеров, не позволяющих миллионам людей ежегодно получать доступ к качественному лечению от ТБ и поддержке.⁴

Глобальный план рекомендует странам установить отдельную тактическую задачу по охвату не менее 90% населения, кото-

1 Никого не оставить без внимания. Комитет ООН по политике в области развития. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2018. https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/2754713_July_PM_2_Leaving_no_one_behind_Summary_from_UN_Committee_for_Development_Policy.pdf

2 Ключевые группы населения [веб-сайт]. Женева: Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией; 2019 г. <https://www.theglobalfund.org/en/key-populations/>

3 Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом, 2019 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 г. https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

4 Совместная инициатива FIND. TREAT. ALL. #ENDTB [сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 г. <https://www.who.int/tb/joint-initiative/en/>

рое они относят к ключевым группам, путем улучшения доступа к услугам, проведения систематического скрининга⁵ там, где это необходимо, внедрения активных, новых и инновационных методов выявления случаев заболевания и обеспечения эффективным и доступным лечением всех людей, которые в нем нуждаются.

Странам рекомендуется сообщать о своем прогрессе в борьбе с ТБ, предоставляя данные с разбивкой по ключевым группам населения. Технические партнеры призваны предоставлять странам стандарты для определения приоритетов, действий и мониторинга прогресса по улучшению доступности медицинских услуг для лечения ТБ у ключевых групп населения.

Примеры успешных мероприятий, которые были осуществлены для охвата ключевых групп населения, можно найти в сборнике тематических исследований программы TB REACH, разработанной Партнерством «Остановить туберкулез».⁶ TB REACH также включает в себя убедительные примеры поддержки ключевых групп населения, которые описываются в справочнике, предоставляемых Стратегической инициативой по поиску невыявленных людей с ТБ, осуществляемой Глобальным фондом.⁷

ТБ и гендерные вопросы

Гендерные различия в борьбе с ТБ создают огромные проблемы для обеспечения доступа к услугам. Во всем мире мужчины гораздо чаще, чем женщины, заболевают и

умирают от ТБ. Например, в 2017 году примерно 6 миллионов взрослых мужчин заболели ТБ, 840 000 из которых скончались, по сравнению с 3,2 миллиона заболевших взрослых женщин, из которых скончались 500 тысяч.⁸ В то же время ТБ оказывает серьезное негативное влияние на женщин в репродуктивном возрасте и в период беременности. ТБ по-прежнему является ведущей инфекцией, приводящей к гибели женщин по всему миру. Женщины также чаще ухаживают за больными ТБ, что подвергает их риску заражения в процессе такого ухода.

Улучшение всеобщего доступа к противотуберкулезным услугам требует подхода, учитывающего гендерные аспекты. Люди разных полов по-разному страдают от ТБ, подвергаются стигматизации и сталкиваются с различными препятствиями при доступе к услугам в результате неравенства в сфере возможностей и доходов. Гендер влияет на уровень стигматизации и повышает риск инфицирования и заболеваний во многих условиях. Социально-экономические барьеры и препятствия, связанные со стигматизацией, можно устранить с помощью качественных программ, учитывающих гендерные аспекты, в рамках последовательной схемы лечения и стимулирования гендерного равенства с помощью программ по борьбе с ТБ, которые расширяют возможности женщин и девочек. В некоторых ситуациях для обеспечения доступа к лечению и профилактике для людей из ключевых групп населения и их освобождения от несправедливых политик и практик, таких как недобровольная изоляция и дискриминация, необходима юридическая поддержка.⁹

5 См. рекомендации в руководствах ВОЗ по систематическому скринингу для выявления активной формы туберкулеза по адресу: <http://www.who.int/tb/tbscreening/en/>

6 Improving tuberculosis case detection: a compendium of TB REACH case studies, lessons learnt and a monitoring and evaluation framework. Женева, Партнерство «Остановить туберкулез»; 2014 г. http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/technical/TB_Case_Studies.pdf

7 The Strategic Initiative to Find the Missing People with TB [сайт]. Женева: Партнерство «Остановить туберкулез», 2018 г. <https://stoptb-strategicinitiative.org/>

8 Tuberculosis in women. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 г. <https://www.who.int/tb/areas-of-work/population-groups/gender/en/>

9 Туберкулез, гендерные факторы и права человека. Женева: Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией; 2017 г. https://www.theglobalfund.org/media/6349/force_tubhumanrightsgenderequality_technicalbrief_en.pdf

СМЕНА ПАРАДИГМЫ ДЛЯ ВЫРАБОТКИ ПОДХОДА К ТБ, ОСНОВАННОГО НА ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА

Политическая декларация ООН по ТБ призывает учитывать права человека при проведении мероприятий по борьбе с ТБ. Поддержка и защита прав людей, затронутых ТБ, является юридическим, этическим и моральным императивом и имеет решающее значение для эффективного реагирования на эпидемию и оказания помощи пострадавшим людям и сообществам.

Роль мероприятий по борьбе с ТБ, основанных на правах человека, огромна, поскольку такие меры могут способствовать преодолению препятствий, связанных с доступом к услугам по информированию о ТБ, профилактике, диагностике, лечению, уходу за пациентами и их поддержке. Меры борьбы с ТБ связаны с целым рядом аспектов прав человека. К ним относятся обеспечение доступа к безопасным, качественным, недорогим лекарствам и средствам диагностики; недопущение стигматизации и дискриминации; конфиденциальность; свобода; участие лиц, переживших ТБ; достоинство; гендерное равенство; право на собрания; доступ к достижениям научного прогресса (см. главу 6 с описанием стратегий доступа к новым средствам борьбы с ТБ) и достижение наивысшего уровня здоровья.

Речь идет о правах всех людей, но особое внимание необходимо уделять реализации прав тех, кто наиболее уязвим и маргинализован, в том числе городской и сельской бедноты, людей, живущих с ВИЧ, наркоманов, детей, мигрантов, беженцев, коренных народов, шахтеров и заключенных. Посредством основанных на правах, учитывающих гендерные аспекты и ориентированных на человека вмешательств в сфере борьбы с ТБ можно преодолеть социальные, политические, культурные, правовые и экономические барьеры, связанные с доступом к противотуберкулезным услугам, и значительно повысить эффективность упомянутых мер.

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ И ПРЕЦЕДЕНТЫ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРАВ ЛЮДЕЙ С ТБ

В Декларации прав людей, пострадавших от туберкулеза¹, основанной на Всеобщей декларации прав человека², говорится, что люди с ТБ имеют право на жизнь, право на достоинство, право на достижение наивысшего уровня физического и психического здоровья и право на свободу от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения, помимо прочих прав. В соответствии с международным и национальным законодательством о правах человека государства

несут юридические обязательства, связанные с уважением, защитой и возможностью осуществления этих прав. Негосударственные организации также обязаны соблюдать права затронутых ТБ людей. Существуют правовые прецеденты, согласно которым государства обязаны предоставлять помощь и поддержку людям, затронутым ТБ. Например, в соответствии с решениями Европейского суда по правам человека правительства должны обеспечивать противотуберкулезным лечением детей, находящихся под опекой государства. А в 2007 году Верховный суд Аргентины постановил, что в соответствии с договорами о правах человека и национальными и региональными конституциями государство обязано предоставить лечение от ТБ представителям общины коренных жителей Тоба.³ Ключевые группы населения нуждаются в содействии для доступа к юридическим услугам в тех случаях, когда для получения лечения от ТБ необходимо задействовать систему правосудия.

ПРАВА ЧЕЛОВЕКА И ПРОФИЛАКТИКА ТБ

Политическая декларация ООН по борьбе с ТБ также содержит обязательство о предотвращении ТБ посредством предоставления профилактического лечения 30 миллионам человек, в том числе 4 миллионам детей в возрасте до 5 лет, 20 миллионам людей, проживающих с больными ТБ, и 6 миллионам людей, живущих с ВИЧ. Охват 30 миллионов человек профилактическим лечением потребует смены парадигмы, связанной с пересмотром отношения системы здравоохранения к правам людей, подверженных риску инфицирования ТБ. Системы здравоохранения должны признавать и уважать право людей на осведомленность о своем статусе (т.е. они должны знать, являются ли они носителями туберкулезной инфекции). Это станет основой для стимулирующих мероприятий, обеспечивающих проактивный охват людей, подверженных риску ТБ, для предоставления им доступа к тестированию и качественному профилактическому лечению. Например, в Уганде в рамках пилотного проекта под названием «ОБНАРУЖЕНИЕ ТБ у детей» дети, контактирующие в семье со взрослыми с диагностированным ТБ, регулярно проверялись на ТБ с помощью децентрализованных услуг, предоставляемых медицинскими работниками в пределах сообщества. В результате этого подхода 74% детей в возрасте до 5 лет получили профилактическое лечение от ТБ по сравнению с общемировым показателем в 27%, зарегистрированным в 2017 году. Для тестирования на туберкулезную инфекцию необходимы улучшенные методы, особенно когда речь идет о ключевых группах населения, подверженных постоянному риску инфицирования ТБ (например, медицинские работники).

1 Декларация о правах людей, затронутых туберкулезом. Женева: Партнерство «Остановить туберкулез»; 2019 г. <http://www.stoptb.org/assets/documents/communities/FINAL%20Declaration%20on%20the%20Right%20of%20People%20Affected%20by%20TB%2013.05.2019.pdf>

2 Всеобщая декларация прав человека. Париж: Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций; 1948 г. <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

3 Silent epidemic: a call to action against child tuberculosis. Париж: Международный союз против туберкулеза и болезней легких; 2017 г. <https://childtb.theunion.org/wp-content/uploads/2018/08/Silent-Epidemic.pdf>

Стигма ТБ

Искоренение стигмы играет ключевую роль в охвате миллионов невыявленных людей с ТБ, которые остаются без лечения и поддержки. Такие мероприятия идут рука об руку с более целенаправленными усилиями по охвату услугами ключевых групп населения. Больные ТБ сообщают, что сталкиваются со стигматизацией даже со стороны членов своей семьи, друзей и коллег, в связи с чем им часто приходится принимать меры для сокрытия своего диагноза от других людей. Люди с ТБ в связи со своим заболеванием также могут испытывать по отношению к себе чувство стыда, отвращения или даже вины. Стигматизация, связанная с ТБ, создает значительный социальный и культурный барьер, который мешает людям с ТБ открыто обращаться за медицинской помощью и поддержкой, в которой они нуждаются, и завершать лечение от ТБ.¹⁰ В связи с этим важно, чтобы затронутые сообщества оценивали степень стигматизации, принимали активное участие в обсуждениях стигмы ТБ и руководили усилиями по информированию общественности о том, что действительно ощущают люди с ТБ. Этот акт осознания собственной истории и ее передачи другим людям может улучшить понимание ситуации и уменьшить стигму ТБ.

Чтобы помочь правительствам принять меры по борьбе со стигмой ТБ, Партнерство «Остановить туберкулез» при поддержке Агентства США по международному развитию (USAID) и в сотрудничестве с глобальными и региональными сетями сообществ, работниками здравоохранения из Глобальной коалиции активистов в сфере ТБ, экспертов по правам человека из Северо-западной Притцкерской школы права и технических партнеров, таких как ВОЗ и KNCV, разработали инструменты оценки стигмы ТБ¹¹, кото-

рые страны могут использовать для анализа типов, уровней, причин и воздействия такой стигмы, а также для разработки рекомендаций по борьбе с ней.¹²

Ключевые группы населения

Подтверждая более высокую распространенность ТБ среди мужчин, Политическая декларация ООН по ТБ признает существование конкретных ключевых групп населения, которые уязвимы или находятся в ситуациях, обуславливающих их уязвимость перед ТБ. В частности, к таким группам относятся женщины и дети, коренные народы, медицинские работники, мигранты, беженцы, заключенные, шахтеры и другие лица, подверженные воздействию силикатов, городская и сельская беднота, малообеспеченное население, недоедающие люди, лица, страдающие от отсутствия продовольственной безопасности, этнические меньшинства, люди и общины, подверженные риску заражения ТБ от крупного рогатого скота, больные диабетом, люди с психическими и физическими недостатками или расстройствами, связанными с употреблением алкоголя и табака. Люди в ключевых группах населения подвержены большему риску заболевания ТБ из-за большего числа потенциальных контактов с носителями ТБ, ограниченного доступа к качественным противотуберкулезным услугам, биологических или поведенческих факторов (таблица 3.1). Люди из одной категории также могут входить и в другие ключевые группы. Например, шахтер может проживать в сообществе с ограниченным доступом к медицинскому обслуживанию или являться лицом, живущим с ВИЧ. Он также может быть курильщиком и/или страдать от диабета. Кроме того, он может передать ТБ другим членам семьи.

10 Women & stigma: conversations of resilience in the war against TB; 2018 г. <http://www.tbonline.info/media/uploads/documents/women-and-stigma-full-book.pdf>

11 TB stigma assessment: implementation handbook. Женева: Партнерство «Остановить туберкулез», 2019 г. <http://www.stoptb.org/assets/documents/communities/STP%20TB%20Stigma%20Assessment%20Implementation%20Handbook.pdf>

12 TB stigma measurement guidance. faara: Challenge TB; 2018 г. https://www.challengefb.org/publications/tools/ug/TB_Stigma_Measurement_Guidance.pdf

ТАБЛИЦА 3.1: КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ, ЗАТРОНУТЫЕ ТБ

<p>Люди, подверженные ПОВЫШЕННОМУ РИСКУ заражения ТБ в связи с местом проживания или работы</p>	<p>Заклученные, работники секс-индустрии, шахтеры, посетители больниц, медицинские работники и работники общественного здравоохранения</p> <p>ЛЮДИ, КОТОРЫЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ живут в городских трущобах; ✦ живут в плохо проветриваемых или запыленных помещениях; ✦ контактируют с больными ТБ, в том числе детьми; ✦ работают в условиях большого скопления людей; ✦ работают в больницах или являются медицинскими работниками; ✦ контактируют или живут с домашним скотом.
<p>Люди с ОГРАНИЧЕННЫМ ДОСТУПОМ К КАЧЕСТВЕННЫМ ПРОТИВО-ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ УСЛУГАМ</p>	<p>Трудящиеся-мигранты, женщины, проживающие в условиях гендерного неравенства, дети, беженцы или вынужденные переселенцы, нелегальные шахтеры и мигранты без документов</p> <p>ЛЮДИ, КОТОРЫЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ относятся к племенам и коренным народностям; ✦ являются бездомными; ✦ живут в труднодоступных районах; ✦ живут в домах для престарелых; ✦ имеют психические или физические недостатки; ✦ сталкиваются с юридическими барьерами при получении доступа к лечению; ✦ являются лесбиянками, гомосексуалистами, бисексуалами и транссексуалами.
<p>Люди, подвергающиеся ПОВЫШЕННОМУ РИСКУ заражения ТБ в связи с биологическими или поведенческими факторами, подрывающими иммунную систему</p>	<p>ЛЮДИ, КОТОРЫЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ живут с ВИЧ; ✦ больны диабетом или силикозом; ✦ проходят иммуносупрессивную терапию; ✦ недоедают; ✦ употребляют табак; ✦ страдают от заболеваний, вызванных употреблением алкоголя; ✦ внутривенно употребляют наркотики.

Дети и подростки

По оценкам, в 2018 году более 1 миллиона детей в возрасте до 15 лет заболели ТБ, и 233 тысячи из них скончались.¹³ Примерно 80% этих смертей было зарегистрировано среди детей в возрасте до 5 лет. Дети с ТБ часто проживают в бедных семьях, которые не были проинформированы о болезни и не прошли соответствующее обучение, или в сообще-

ствах с ограниченным доступом к медицинским услугам. Даже при наличии доступа к медицинским услугам системы или учреждения здравоохранения часто не имеют необходимых средств и опыта для диагностики ТБ у детей. Широко используемые диагностические средства не подходят для педиатрического применения, поскольку требуют сбора мокроты, которую трудно получить у детей. Необходимо регулярно отслеживать контакты детей со взрослыми больными ТБ и по необходимости проводить профилактику или лечение. Однако такие услуги находятся в огромном дефиците, и в 2017 году более 75%

13 Dodd PJ, Yuen CW, Sismanidis C, et al. The global burden of tuberculosis mortality in children: a mathematical modelling study. *Lancet Glob Health*. 2017; 5 (9): e898–906. DOI:10.1016/S2214-109X(17)30289-9

детей, нуждающихся в профилактическом лечении ТБ по всему миру, не получили его.¹⁴

Дети из бедных сообществ также подвергаются гораздо более высокому риску истощения еще в утробе, когда их матери страдают от недоедания, и сразу после родов.¹⁵ Младенцы и дети в возрасте до 5 лет являются наиболее сложными пациентами для диагностики и чаще всего умирают от ТБ. Фактически, процент детей с невыявленным ТБ выше, чем соответствующая доля взрослых.

По этим причинам Политическая декларация ООН по ТБ имеет своей целью в период с 2018 по 2022 г. предоставить лечение от ТБ 3,5 миллиона детей и лечение от МЛУ-ТБ 115 000 детей. Учитывая тот факт, что в настоящее время во многих странах отсутствуют глобальные или национальные данные о количестве детей, обращающихся за лечением МЛУ-ТБ, необходимо срочно создать системы эпиднадзора для мониторинга распространения МЛУ-ТБ среди детей.

Борьба с ТБ у детей должна стать одним из основных общенациональных приоритетов здравоохранения, а не только обязательством НТП. Эту проблему следует решать в сотрудничестве со службами охраны здоровья детей, так как уход за больными детьми является прерогативой педиатрии и должен быть частью общих усилий по расширению доступа матери и ребенка к медицинским услугам. Медицинские работники и педиатры как из государственного, так и частного сектора должны сообщать обо всех детях с диагнозом ТБ в учреждения НТП, которые, в свою очередь, обязаны отчитываться о результатах такого лечения.

Подростки (10–19 лет) также сталкиваются с особыми проблемами. У подростков с ТБ

часто встречаются инфекционные заболевания, обычно наблюдаемые у взрослых, что приводит к высокому риску передачи инфекции в школах и других местах, где собираются подростки. Опасения из-за стигмы и проблемы, связанные с давлением со стороны сверстников, риском заражения ВИЧ и поведенческими рисками, возникающими в результате употребления алкоголя и табака, также создают проблемы для подростков. Подростки нуждаются в вызывающем доверие подходе к оказанию медицинских услуг, соответствующей психосоциальной поддержке, а также лечению и уходе, которые минимально препятствуют их образованию. Чтобы лучше понять, как эпидемия ТБ влияет на подростков в возрасте от 10 до 14 и от 15 до

ВСТАВКА 3.2.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ПЛАТФОРМЫ ПО СТИМУЛИРОВАНИЮ РАЗРАБОТОК НОВЫХ СРЕДСТВ БОРЬБЫ С ДЕТСКИМ ЛУ-ТБ, СОЗДАННОЙ ПАРТНЕРСТВОМ «ОСТАНОВИТЬ ТУБЕРКУЛЕЗ/GDF

В 2018 году Глобальный механизм по обеспечению лекарственными средствами (GDF), учрежденный Партнерством «Остановить туберкулез», запустил инициативу, связанную с детским ЛУ-ТБ, в целях поддержки внедрения и расширения масштабов применения подходящих ребенку схем лечения ЛУ-ТБ. В рамках данной инициативы, частично финансируемой правительством Японии, была предоставлена техническая помощь (от проекта «Сентинел», связанного с лекарственно-устойчивым ТБ у детей, и его исполнителей, таких как KNCV и Partners in Health) и поддержка в закупках шести разработанных для детей препаратов для их внедрения в 17 странах, которые начали первыми применять их. В 2019 году с помощью дополнительной поддержки со стороны Соединенных Штатов и Японии инициатива охватила более чем 50 стран и включила три дополнительных препарата, которые появились к тому моменту или недавно вошли в перечень рекомендованных. Разработка лекарств для детей — это один из шагов, необходимых для предоставления лечения большему числу детей с ЛУ-ТБ и достижения целей ЗВУООН по лечению 115 000 детей с ЛУ-ТБ к 2022 году.

<http://www.stoptb.org/gdf/pedsDRTInitiative.asp>

14 Дорожная карта по ликвидации ТБ среди детей и подростков. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 г. <https://www.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274374/9789241514668-eng.pdf>

15 Odone A, Houben RMG, White RG, et al. The effect of diabetes and undernutrition trends on reaching 2035 global tuberculosis targets. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014;2:754–64. doi:10.1016/S2213-8587(14)70164-0

19 лет, странам следует выполнить разбивку данных о ТБ по этим различным возрастным группам.¹⁶

Борьба с ТБ у детей и подростков также непосредственно связана с матерями. Женщины, живущие с ВИЧ, подвергаются более высокому риску заболевания ТБ и нуждаются в помощи и медицинском лечении, способствующим сокращению рисков передачи инфекции их детям.¹⁷ Поэтому борьба с ТБ должна быть интегрирована в программы первичной медицинской помощи матерям и детям в дородовых и послеродовых клиниках.

Целью Дорожной карты по ликвидации ТБ среди детей и подростков (рисунок 3.1) является достижение нулевой смертности от ТБ среди детей во всем мире. Документ описывает ключевые действия и срочную необходимость в наращивании инвестиций для достижения этой цели.¹⁸

Лица, живущие с ВИЧ

Туберкулез — наиболее распространенная причина смерти людей, живущих с ВИЧ.¹⁹ Высокие показатели коинфицирования ТБ и ВИЧ являются серьезной проблемой, препятствующей сокращению заболеваемости ТБ во многих странах. Согласно самым последним данным ВОЗ, около 880 000 человек во всем мире, живущих с ВИЧ, заболели ТБ в 2017 году.²⁰

Для людей с латентным ТБ,²¹ сопровождающимся ВИЧ, вероятность перехода ТБ в активную форму в 27 раз выше²². Однако этот риск существенно снижается у тех, кто проходит лечение от ВИЧ. Также людей с ВИЧ сложнее обследовать на ТБ на основе симптомов. Как и больные ТБ, люди, живущие с ВИЧ, часто подвергаются стигматизации и дискриминации, что не позволяет им получать доступ к медицинским услугам.

Проблема коинфицирования ТБ и ВИЧ особенно остро стоит в Африке, где в 2017 году 84% всех случаев смерти от ТБ были связаны с ВИЧ.²³ Существует также огромная необходимость решать проблемы обоих заболеваний на основе комплексного подхода в странах за пределами Африки. Данные показывают, что сейчас в Восточной Европе растут показатели случаев заболевания как ВИЧ, так и ЛУ-ТБ.

Политическая декларация ООН по борьбе с ТБ включает в себя цель по предоставлению к 2022 году профилактического лечения от ТБ более чем 6 миллионам человек, живущим с ВИЧ. Глобальный план также содержит призыв к странам по выявлению среди населения не менее 90% всех нуждающихся в лечении людей с ТБ (включая лиц, живущих с ВИЧ) и назначению им соответствующего лечения (в том числе лечения ТБ и профилактического лечения для людей, живущих с ВИЧ).

В Политической декларации ООН по борьбе с ВИЧ²⁴ определяется цель по сокращению смертности от ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, на 75% к 2020 году и выполнению целей

16 Дорожная карта по ликвидации ТБ среди детей и подростков. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2018 г.

17 Gupta, A, Bhosale, R, Kinikar, A, et al. Maternal tuberculosis: a risk factor for mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus. *J Infect Dis.* 2011;203:358–63. doi:10.1093/infdis/jiq064

18 Дорожная карта по ликвидации ТБ среди детей и подростков. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 г. <https://www.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274374/9789241514668-eng.pdf>

19 Pawlowski A, Jansson M, Skold M, et al. Tuberculosis and HIV co-infection. *PLoS Pathog.* 2012;8:e1002464. doi:10.1371/journal.ppat.1002464

20 Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом, 2019 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 г. https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

21 Обновленное сводное руководство по программному ведению случаев латентной туберкулезной инфекции. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 г. <https://www.who.int/tb/publications/2018/latent-tuberculosis-infection/en/>

22 ТБ и ВИЧ [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения. <https://www.who.int/tb/areas-of-work/tb-hiv/en/>

23 HIV-associated tuberculosis: achievements in 2017. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. https://www.who.int/tb/areas-of-work/tb-hiv/tb-hiv_factsheet.pdf?ua=1

24 Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей 8 июня 2016 года. A/Res/70/266. Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу: ускоренными темпами к активизации борьбы с ВИЧ и прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году. Нью-Йорк: Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций; 2016 г. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_en.pdf

РИСУНОК 3.1: ДОРОЖНАЯ КАРТА ПО ЛИКВИДАЦИИ ТБ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ



Источник: Дорожная карта по ликвидации ТБ среди детей и подростков. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2018 г.

«90–(90)–90» Глобального плана по ликвидации ТБ, разработанного Партнерством «Остановить туберкулез».

Достижение этих целей потребует ускоренной интеграции служб по борьбе с ТБ и ВИЧ, а также эффективного руководства и политической приверженности осуществлению мер, рекомендованных ВОЗ и ЮНЭЙДС для совместного решения проблем ВИЧ и ТБ.²⁵

Медицинские работники

В мире насчитывается около 59 миллионов медицинских работников.²⁶ Туберкулез по-прежнему является существенным профессиональным риском для работников здравоохранения в странах с низкими доходами и доходами ниже среднего уровня, а также в некоторых учреждениях в странах с высоким уровнем дохода. Это означает, что системы здравоохранения должны обеспечивать защиту медицинских работников от риска заражения. Этот риск особенно высок в ситуациях частых контактов с больными ТБ и недостаточных мер инфекционного контроля.²⁷ Медицинские работники учреждений первичной медико-санитарной помощи, которые преимущественно являются женщинами, подвергаются угрозе заражения ТБ от обслуживаемых пациентов и более высокому риску развития активной формы ТБ.²⁸ Сотрудники лабораторий также сталкиваются с угрозой заражения ТБ из-за контактов с инфицированными образцами.

25 Политика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ: руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2012 г. https://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/en/

26 Joseph B, Joseph M. The health of the healthcare workers. *Indian J Occup Environ Med.* 2016;20(2):71–2. doi:10.41003/0019-5278.197518

27 Menzies, D, Joshi, R, Pai, M. Risk of tuberculosis infection and disease associated with work in health care settings. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2007;11(6):593–605.

28 Claassens MM, van Schalkwyk C, du Toit E, et al. Tuberculosis in health care workers and infection control measures at primary health care facilities in South Africa. *PLoS One.* 2013;8(10):e76272. doi:10.1371/journal.pone.0076272

Усилия по профилактике ТБ, приобретенного в учреждениях здравоохранения (больницах, учреждениях первичной медико-санитарной помощи и других учреждениях на уровне сообществ), должны быть направлены в порядке приоритетности на первичную профилактику посредством административного и инженерного контроля, а также защиты органов дыхания медицинских работников.^{29,30} Эти усилия следует дополнить вторичными профилактическими мерами, включая периодический скрининг на ТБ, а также предоставление медицинским работникам услуг по лечению и уходу при наличии у них латентного или активного ТБ. Средства защиты на рабочем месте крайне важны для защиты сотрудников с диагностированным ТБ. Работникам здравоохранения также должны компенсироваться затраты, связанные с риском заражения ТБ в ходе их профессиональной деятельности. В регионах с низким уровнем дохода эти меры нередко осуществляются плохо, и ресурсы на них выделяются в недостаточном объеме или не выделяются вообще.

Шахтеры

Горнодобывающая промышленность сама по себе в значительной мере способствует росту заболеваемости ТБ в странах с недостаточно эффективными законами об охране труда и обеспечением применения таких законов. Рабочая среда в шахтах чрезвычайно благоприятствует распространению ТБ. К числу основных факторов риска относится высокая распространенность силикоза (тяжелая болезнь легких, вызванная воздействием кварцевой пыли), высокая температура и

29 Включая тщательный скрининг пациентов на наличие симптомов и отделение людей с предполагаемым диагнозом ТБ от других пациентов медицинских учреждений, быструю диагностику и лечение больных, а также периодический скрининг медицинских работников на ТБ.

30 Les mesures d'ingénierie réduisent la présence dans l'air de bТехнические средства контроля уменьшают присутствие туберкулезных бактерий в воздухе. Распространенными методами являются проветривание, открывание окон и, в умеренных условиях окружающей среды, размещение приемных под открытым небом.

влажность в шахтах, работа и проживание в условиях большого скопления людей, высокие темпы распространения ВИЧ-инфекции, употребление табака и алкоголя.³¹ Работники горнодобывающей отрасли в южной и центральной Африке часто являются мигрантами, которые сталкиваются с нетипичными проблемами в сфере доступа к медицинской помощи. Поскольку мигранты составляют значительную часть рабочей силы горнодобывающих компаний, это также приводит к тому, что, когда шахтеры заболевают ТБ и не получают доступа к качественному и постоянному лечению, болезнь распространяется в сообществах проживания рабочих в других частях страны или за ее пределами.

Только в 10 крупнейших мировых горнодобывающих компаниях в 2019 году было занято около 1 миллиона человек³², в то время как в мелкомасштабной и «кустарной» добыче полезных ископаемых участвуют 40 миллионов человек.³³ Горнодобывающая промышленность обязана принять жесткие политики и методики борьбы с ТБ и обеспечить их соблюдение. Национальные стратегии по борьбе с ТБ должны напрямую учитывать роль горнодобывающей промышленности в распространении эпидемии, а также ответственность горнодобывающих компаний за обеспечение безопасных и здоровых условий труда.³⁴ Южная Африка взяла на себя такую инициативу, введя обязательный скрининг на ТБ для работников шахт, и вместе с девятью другими странами юга Африки в настоящее время внедряет региональный грант Глобального фонда для борьбы с ТБ

среди шахтеров.³⁵ Пятнадцать южно-африканских стран дали обещание улучшить услуги по лечению и уходу для нынешних и бывших шахтеров с ТБ, а также членов их семей.³⁶ Подобные инициативы необходимы и в других регионах, особенно в Азии и Южной Америке.

Другие методы борьбы с ТБ среди шахтеров³⁷ должны включать в себя снижение уровня загрязнения кварцевой пылью, обеспечение лучших жилищных условий, улучшение лечения для мигрантов, отслеживание контактов и скрининг на ВИЧ. Необходимо увеличение инвестиций, в частности, в области регулирования и уменьшения воздействия силикатной пыли как на крупных, так и мелких рудниках в соответствии с содержащимся в Политической декларации ООН по борьбе с ТБ обязательством о сокращении «воздействия силикатной пыли в шахтах, на стройках и других пыльных рабочих местах».³⁸

Заклученные и другие люди с ограниченной свободой передвижения

Более 11 миллионов человек по всему миру содержатся в пенитенциарных учреждениях.³⁹ Условия во многих тюрьмах способствуют распространению ТБ. Например,

31 Stuckler D, Steele S, Lurie M, et al. Dying for gold: the effects of mineral mining on HIV, tuberculosis, silicosis, and occupational diseases in southern Africa. *Int J Health Serv.* 2013;43:639–49. doi:10.2190/HS.43.4.c

32 Leading mining companies worldwide based on number of employees in 2019. Гамбург: Statista; 2019. <https://www.statista.com/statistics/726584/largest-mining-companies-worldwide-by-employment/>

33 State of the artisanal and small-scale mining sector 2019. Вашингтон, округ Колумбия: Всемирный банк; 2019 г. <https://delvedatabase.org/uploads/resources/Delve-2019-State-of-the-Artisanal-and-Small-Scale-Mining-Sector.pdf>

34 Stuckler D, Basu S, McKee M, et al. Mining and risk of tuberculosis in sub-Saharan Africa. *Am J Public Health.* 2011;101(3):524–30. doi:10.2105/AJPH.2009.175646

35 Global Fund regional grant to support the southern Africa TB in the Mining Sector Initiative [новость]. Женева: Партнерство «Остановить туберкулез»; 2016 г. http://www.stoptb.org/news/stories/2016/ns16_003.asp

36 Балета А. Южно-африканская декларация направлена на борьбу с ТБ в горнодобывающей отрасли. *Lancet.* 2012;380(9849):1217–8. doi:10.1016/S0140-6736(12)61698-5

37 Baleta A. Southern African declaration targets TB in mining sector. Лондон: RESULTS UK; 2013. <https://www.results.org.uk/sites/default/files/files/TB%20in%20South%20Africa%27s%20Mines%20-%20A%20call%20to%20action.pdf>

38 Политическая декларация Заседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по борьбе с туберкулезом «Единство в борьбе с туберкулезом: неотложные меры реагирования мирового сообщества на глобальную эпидемию». Резолюция A/RES/73/3, принятая Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций 10 октября 2018 года. Нью-Йорк: Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций; 2018 г. <https://www.who.int/tb/unhlmonTBDDeclaration.pdf>

39 Walmsley R. World prison population list, 12th ed. London: Institute for Criminal Policy Research; 2018 г. <https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/wpp12.pdf>

в некоторых тюрьмах в странах Африки южнее Сахары уровень ТБ в 1000 раз выше, чем у населения в целом.⁴⁰ Согласно итогам проведенного в Бразилии популяционного исследования, более половины штаммов ТБ, циркулирующих среди людей, можно проследить до тюрем.⁴¹ Систематический обзор за 2017 год показал, что во всех исследованиях отмечается высокий уровень МЛУ-ТБ среди заключенных в постсоветских государствах.⁴² Тюрьмы в качестве общественного института также могут способствовать развитию и распространению ЛУ-ТБ, поскольку поступающие в них и покидающие их заключенные вряд ли завершат курс лечения без получения целенаправленной поддержки.

Решение проблем ТБ в тюрьмах требует достаточно активного сотрудничества между системой здравоохранения, судебными органами и научным сообществом для отображения уровней лекарственной устойчивости в тюрьмах и разработки инновационных способов предотвращения передачи инфекции. Жизненно необходимо связать воедино процессы лечения внутри и за пределами тюрем для обеспечения его непрерывности.

Особые подходы к лечению ТБ требуются также для групп, проживающих в лагерях беженцев и переселенцев. В таких ситуациях они должны основываться на лучших международных практиках и учитывать местные условия.⁴³

Мигранты

Мигранты составляют все большую долю населения мира — 258 миллионов в 2017 году по сравнению с 220 миллионами в 2010 году.⁴⁴ Некоторые мигранты особенно уязвимы перед ТБ.⁴⁵ В частности, речь идет о группах населения, которые зачастую имеют ограниченный доступ к медицинским услугам, часто связанный с нелегальным проживанием в конкретном регионе, различиями в языке или этнической принадлежности и/или отсутствием знаний о праве на получение медицинского обслуживания. Незарегистрированные мигранты сталкиваются с особыми проблемами при обращении за медицинской помощью. Даже в тех случаях, когда мигранты могут получить доступ к лечению, необходимость переезда для устройства на работу или угроза принудительного перемещения часто приводят к срыву лечения ТБ, что увеличивает вероятность возникновения лекарственной устойчивости.

В соответствии с непреложным принципом общественного здравоохранения и правами человека политика должна позволять людям получать доступ к диагностике и лечению ТБ независимо от иммиграционного статуса.⁴⁶ Иммиграционная и трудовая политики также должны гарантировать, что человека не исключат из списка кандидатов при найме на работу и не будут удерживать на основании его статуса лица с ТБ.

40 Biadglegne F, Rodloff AC, Sack U. Review of the prevalence and drug resistance of tuberculosis in prisons: a hidden epidemic. *Epidemiol Infect.* 2015;143:887–900. doi:10.1017/S095026881400288X

41 Sacchi FP, Praca RM, Tataru MB, et al. Prisons as reservoir for community transmission of tuberculosis, Бразилия. *Emerg Infect Dis.* 2015;21:452–5. doi:10.3201/eid2103.140896

42 Droznin M, Johnson A, Johnson A. Multidrug resistant tuberculosis in prisons located in former Soviet countries: a systematic review. *PLoS One.* 2017;12(3):e0174373. doi:10.1371/journal.pone.0174373

43 Tuberculosis care and control in refugee and displaced populations. Женева: Всемирная организация здравоохранения. 2007 г. https://www.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43661/9789241595421_eng.pdf;jsessionid=D7CAA855D4364F425CF5E5DE0FB19E8E?sequence=1

44 International migration report 2017: highlights. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, Отдел народонаселения; 2017 г. https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017_Highlights.pdf

45 Всемирная организация здравоохранения, Международная организация по миграции. Tuberculosis prevention and care for migrants. Гран-Саконекс: Международная организация по миграции; 2014 г. <https://tbandmigration.iom.int/publication/tuberculosis-prevention-and-care-migrants>

46 План «Остановить ТБ» для 18 наиболее приоритетных стран Европейского региона ВОЗ, 2007–2015 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения; 2007 г. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/plan-to-stop-tb-in-18-high-priority-countries-in-the-who-european-region-20072015>

Медицинские работники должны учитывать потребности мигрантов, особенно потенциальную возможность коинфицирования ТБ и ВИЧ и развития ЛУ-ТБ. Непрерывность лечения является особенно важной для мигрантов, и развитие трансграничных систем информирования с отслеживанием контактов и обменом данными будет иметь важное значение для оптимизации протоколов лечения вдоль миграционных коридоров в разных странах. Для этого потребуются сотрудничество не только между структурами системы здравоохранения, но и министерствами по вопросам миграционной политики.

Люди, употребляющие наркотики и/или злоупотребляющие алкоголем

Употребление наркотиков является причиной более высокого уровня заболеваемости как латентной, так и активной формой ТБ.⁴⁷ Повышенный риск заражения возникает отчасти из-за физиологических последствий употребления наркотиков, особенно опиатов, которые приводят к ослаблению иммунитета. Люди, употребляющие наркотики, также подвержены повышенному риску отсроченного обращения за лечением, инфицирования и смерти. Опиаты могут подавлять контрольные симптомы ТБ, такие как постоянный кашель. Люди, употребляющие наркотики, также находятся под опасным влиянием факторов окружающей среды и поведенческих факторов, таких как бездомность, употребление табака и алкоголя, лишение свободы, риск инфицирования ВИЧ и гепатитом С от зараженных игл.⁴⁸

Последствиями употребления наркотиков и злоупотребления алкоголем также является тот факт, что люди не обращаются за медицинской помощью в критические моменты, например, для диагностики и лечения ТБ

сразу после постановки диагноза ВИЧ. Даже когда такие лица имеют доступ к противотуберкулезным услугам, они могут столкнуться с проблемами при соблюдении сложного или длительного режима лечения ТБ. Они также подвергаются повышенному риску стигматизации и дискриминации со стороны медицинских работников.

Интеграция лечения ТБ в систему услуг для людей, употребляющих наркотики или злоупотребляющих алкоголем, может способствовать охвату наиболее уязвимых групп населения при условии, что лечение ТБ продолжится после реабилитации. Психосоциальная поддержка и дневные стационары могли бы значительно повысить успешность лечения.⁴⁹ Так как тесные контакты связаны с более высоким риском заражения, туберкулезная инфекция может распространяться среди групп людей, коллективно употребляющих наркотики. Таким образом, меры, направленные на такие группы населения, должны в обязательном порядке включать в себя профилактическое лечение ТБ. Подход к снижению вреда имеет решающее значение для предоставления основанного на правах человека лечения ТБ лицам, употребляющим наркотики, в том числе для оказания медицинской помощи людям с расстройствами, связанными с употреблением опиоидов.

Пожилые люди

Пожилые люди — это самая большая группа людей, живущих с туберкулезной инфекцией, особенно в развитых странах. Люди старше 65 лет более уязвимы к ТБ и подвержены риску перехода латентного ТБ в активную форму отчасти в связи с ослабленным иммунитетом. Некоторые лекарства, принимаемые от распространенных неинфекционных заболеваний, которые поражают пожилых людей, повышают риск перехода туберкулез-

47 Deiss RG, Rodwell TC, Garfein RS. Tuberculosis and illicit drug use: review and update. *Clin Infect Dis*. 2009;48:72–82. doi:10.1086/594126

48 Grenfell P, Baptista Leite R, et al. Tuberculosis, injecting drug use and integrated HIV-TB care: a review of the literature. *Drug Alcohol Depend*. 2013;129:180–209. doi:10.1016/j.drugalcdep.2012.11.013

49 Figueroa-Munoz JI, Ramon-Pardo P. Tuberculosis control in vulnerable groups. *Бюллетень Всемирной организации здравоохранения*, 2008;86:733–5. <https://www.who.int/bulletin/volumes/86/9/06-038737/en/>

ной инфекции в активную форму. В результате исследований была обнаружена более высокая частота возникновения сопутствующих ТБ заболеваний, больше побочных реакций на лекарственные препараты и более высокий уровень смертности среди больных ТБ пожилого возраста.⁵⁰

Клинические признаки могут быть также нетипичными: так, у пожилых людей с туберкулезом легких, скорее всего, будут неспецифические симптомы.⁵¹ Необходимо уделять этой группе населения особое внимание также по той причине, что результаты лечения ТБ таких пациентов, как правило, хуже, чем у других категорий. Диагностика ТБ у этой группы больных затруднена, и болезнь часто выявляется только при вскрытии.⁵²

Люди, живущие с диабетом

По оценкам экспертов, распространенность диабета среди людей с активным ТБ во всем мире составляет 15,3%. ВОЗ установила, что в 2017 году диабет стал основным фактором заболеваемости ТБ для 790 000 человек.⁵³ Ослабляя иммунную систему, диабет повышает риск развития ТБ в два–три раза.⁵⁴ Связь между этими заболеваниями вызывает большое беспокойство, поскольку темпы роста заболеваемости диабетом резко увеличиваются во многих странах с низким и средним уровнем дохода (СНСУД) и высоким бременем ТБ.

Существует несколько способов одновременной борьбы с ТБ и диабетом. В январе 2019 года International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union) опубликовал новое техническое руководство по совместному лечению сахарного диабета, ассоциированного с ТБ, разработанное в сотрудничестве с World Diabetes Foundation.⁵⁵ Это руководство предоставляет необходимую информацию медицинским специалистам, занимающимся оказанием первичной медицинской помощи, в вопросах ведения и лечения пациентов, одновременно страдающих сахарным диабетом и ТБ.

Кроме того, людей с диагностированным диабетом следует направлять на систематический скрининг в регионах с высоким бременем ТБ.⁵⁶ С больными ТБ, у которых также диагностирован диабет, можно работать в рамках программы по борьбе с ТБ в целях обеспечения согласованного лечения обеих болезней. После завершения лечения ТБ эти люди могут наблюдаться в рамках программы по лечению диабета.⁵⁷

Местные работники общественного здравоохранения, чья роль заключается также в выявлении больных ТБ, могут пройти обучение по сбору анализа крови на глюкозу, чтобы обеспечить одновременный уход в отношении обоих заболеваний. Информация о ТБ также должна предоставляться в центры лечения диабета, чтобы медицинские работники могли определить, когда следует направлять людей на диагностику ТБ. Системы закупок и доставки лекарств от ТБ могут быть использованы для одновременной закупки и доставки инсулина,

50 Rajagopalan S. Tuberculosis and aging: a global health problem. *Clin Infect Dis*. 2001;33(7):1034–9.

51 Lee JH, Han DH, Song JW, et al. Diagnostic and therapeutic problems of pulmonary tuberculosis in elderly patients. *J Korean Med Sci*. 2005;20(5):784–9.

52 Rajagopalan S, Yoshikawa TT. Tuberculosis in the elderly. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2000;33(5):374–80. doi:10.1007/s003910070

53 Noubiap JJ, Nansseu JR, Nyaga UF, et al. Global prevalence of diabetes in active tuberculosis: a systematic review and meta-analysis of data from 2.3 million patients with tuberculosis. *Lancet Glob Health*. 2019;7(4):PE448–E460. doi:10.1016/S2214-109X(18)30487-X

54 Marais BJ, Lonnroth K, Lawn SD, et al. Tuberculosis comorbidity with communicable and non-communicable diseases: integrating health services and control efforts. *Lancet Infect Dis*. 2013;13:436–48. doi:10.1016/S1473-3099(13)70015-X

55 Marais BJ, Lonnroth K, Lawn SD, et al. Tuberculosis comorbidity with communicable and non-communicable diseases: integrating health services and control efforts. Париж: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease; 2019 г. <https://www.theunion.org/what-we-do/publications/technical/management-of-diabetes-mellitus-tuberculosis-a-guide-to-the-essential-practice>

56 Collaborative framework for care and control of tuberculosis and diabetes Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 г. <https://www.who.int/tb/publications/tb-diabetes-framework/en/>

57 Sullivan T, Ben Amor Y. The co-management of tuberculosis and diabetes: challenges and opportunities in the developing world. *PLoS Med*. 2012;9:e1001269. doi:10.1371/journal.pmed.1001269

который может быть чрезмерно дорогим, поскольку его поставки в странах СНСУД часто ненадежны.

Существуют возможности профилактики обоих заболеваний, так как уровни гипергликемии, характерные для преддиабета, указывают и на повышенный риск заболевания ТБ.⁵⁸ Усилия по объединению лечения диабета и ТБ нельзя рассматривать отдельно от мер в отношении проблемы ВИЧ и ТБ. Чтобы до максимума увеличить доступные ресурсы, ко всем факторам риска возникновения ТБ следует подходить комплексно.

Люди, употребляющие табак и/или страдающие от загрязнения воздуха

Табаккурение (и пассивное курение), как и загрязнение воздуха, возникающее в результате сжигания топлива из биомассы в плохо проветриваемых кухнях и домах, являются основными факторами риска заболевания ТБ.⁵⁹ По оценкам, курение табака является причиной возникновения ТБ у 830 000 человек по всему миру.⁶⁰ Эта информация вызывает особое беспокойство, поскольку курение и сжигание топлива в помещениях — широко распространенная практика в странах с высокими показателями заболеваемости ТБ. Такие действия увеличивают не только риск инфицирования ТБ, но и развития активной формы заболевания, а также ухудшают результаты лечения и способствует рецидивам.⁶¹ Уменьшение количества курильщиков и сокращение загрязнения воздуха в помещениях

являются ключевыми мерами по ликвидации ТБ. Поскольку курение табака является фактором высокого риска заболевания ТБ, услуги поддержки при отказе от курения можно включать в состав консультационной помощи при ТБ и его лечения после постановки первичного диагноза.

Также возможно, что воздействие загрязненного окружающего воздуха может ослабить иммунитет и сделать людей более уязвимыми перед ТБ. Однако на данный момент имеются ограниченные данные о потенциальной взаимосвязи между загрязнением окружающего воздуха и ТБ, а итоги уже проведенных исследований неоднозначны. Учитывая, что загрязнение окружающего воздуха является ведущим экологическим фактором риска во всем мире, необходимы дальнейшие исследования его потенциального воздействия в отношении ТБ.⁶²

Люди, страдающие от недоедания

Согласно оценкам, в 2017 году 1,9 миллиона человек заболели ТБ, первопричиной которого считается недоедание.⁶³ Эти проблемы тесно связаны, поскольку при недостаточном питании происходит снижение иммунной защиты против ТБ и появляются предпосылки перехода болезни из латентной в активную форму. ТБ также может нарушать способность организма поглощать питательные вещества и микроэлементы, что, в свою очередь, приводит к истощению.

В марте 2018 года премьер-министр Индии Нарендра Моди объявил, что его страна до 2025 года выделит 100 миллионов долларов США на обеспечение адекватной нутритивной поддержки людей, живущих с ТБ, в виде пря-

58 Viswanathan V, Kumpatla S, Aravindalochanan V, et al. Prevalence of diabetes and pre-diabetes and associated risk factors among tuberculosis patients in India. *PLoS One*. 2012;7:e41367. doi:10.1371/journal.pone.0041367

59 Lin HH, Ezzati M, Murray M. Tobacco smoke, indoor air pollution and tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2007;4:e20.

60 Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом, 2019 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 г. https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

61 Improving tuberculosis case detection: a compendium of TB REACH case studies, lessons learnt and a monitoring and evaluation framework. Женева, Партнерство «Остановить туберкулез»; 2014 г. http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/technical/TB_Case_Studies.pdf

62 Popovic I, Magalhaes R, Ge E, et al. A systematic literature review and critical appraisal of epidemiological studies on outdoor air pollution and tuberculosis outcomes. *Environmental Res*. 2019;170:33–45. doi:10.1016/j.envres.2018.12.011

63 Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом, 2019 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 г. https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

мых денежных переводов.⁶⁴ Это приоритетное действие, которое должно быть рассмотрено и совершено в Индии и других странах. Многие из тех, кто уже находится в категории высокого риска заражения ТБ, например, бедные слои населения, живущие в условиях высокой скученности и антисанитарии, также могут страдать от недоедания. Связь между недостаточным питанием и ТБ нельзя недооценивать: люди с избыточным весом имеют более низкий показатель заболеваемости ТБ, чем люди с нормальным весом (хотя ожирение, безусловно, увеличивает факторы риска развития диабета и других заболеваний, связанных с обменом веществ).

Обеспечение продовольственной безопасности населения в целом является важным компонентом профилактики ТБ. Существуют также свидетельства того, что индивидуальный подход к питанию во время лечения ТБ часто помогает пациентам придерживаться предписанного лечения, особенно когда речь идет о ЛУ-ТБ.⁶⁵ ВОЗ предоставила соответствующие рекомендации в данной сфере.⁶⁶ При реализации мер нутритивной поддержки жизненно важное значение будут иметь межведомственные усилия, предпринимаемые другими министерствами, в том числе министерствами социального обеспечения, финансов, продовольствия и сельского хозяйства. Эти усилия должны контролироваться и рассматриваться как часть внедрения ММОП-ТБ в стране.

Люди с зоонозным ТБ

Зоонозный ТБ, вызываемый *Mycobacterium bovis* (бактерия ТБ крупного рогатого скота), чаще всего передается людям от домашних

животных и связанных с ними продуктов питания. Люди, которые употребляют в пищу непастеризованное молоко или необработанные продукты животного происхождения от зараженных животных, жители сельской местности, в которой ТБ крупного рогатого скота является эндемическим, скотоводы, работники молочных ферм и рабочие, которые вступают в контакт с инфицированными животными или продуктами животного происхождения, подвергаются более высокому риску заражения зоонозным ТБ.

По оценке, в 2016 году зоонозным ТБ заболели 147 000 человек, а 12 500 из них скончались.⁶⁷ Но эта оценка весьма неточная. Истинные масштабы заражения людей зоонозным ТБ неизвестны из-за отсутствия адекватных диагностических тестов на *M. bovis*. Кроме того, оценка распространенности зоонозного ТБ осложняется отсутствием регулярного наблюдения. Это особенно касается развивающихся регионов, в которых ТБ крупного рогатого скота является эндемичным, а социально-культурная деятельность увеличивает риск передачи бактерии *M. bovis* людям.

Как указано в Дорожной карте ВОЗ по⁶⁸ борьбе с зоонозным ТБ, усилия по профилактике и лечению людей с этим заболеванием должны быть межсекторальными и междисциплинарными в соответствии с подходом «Единое здравоохранение». Он предполагает лечение болезни как у человека, так и у животных, поскольку они проживают в одной и той же среде. В контексте ТБ это требует разработки диагностических инструментов, укрепления систем эпиднадзора и повышения качества данных, а также оценки экономического воздействия *M. bovis*.^{69, 70}

64 We in India are working towards eliminating TB by 2025: PM Modi.13 марта 2018 года. <https://www.narendramodi.in/text-of-pm-s-address-at-the-inaugural-session-of-end-tb-summit-539297>

65 Sinclair D, Abba K, Grobler L, Sudarsanam TD. Nutritional supplements for people being treated for active tuberculosis. Cochrane Database Syst Rev. 2011;9(11):CD006086. doi:10.1002/14651858.CS006086

66 Nutritional care and support for patients with tuberculosis: guideline. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 г. https://www.who.int/tb/publications/nutcare_support_patients_with_tb/en/

67 Zoonotic tuberculosis. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. <https://www.who.int/tb/zoonticTB.pdf>

68 Roadmap for zoonotic tuberculosis. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. https://www.who.int/tb/publications/2017/zoontic_TB/en/

69 Muller B, Dürr S, Alonso S, et al. Zoonotic *Mycobacterium bovis*-induced tuberculosis in humans. Emerging Infect Dis. 2013;19:899–908. doi:10.3201/eid1906.120543

70 Cosivi O, Grange JM, Daborn CJ, et al. Zoonotic tuberculosis due to *Mycobacterium bovis* in developing countries. Emerging Infect Dis. 1998;4:59–70. doi:10.3201/eid0401.980108





4. ОСНОВНЫЕ СТОРОНЫ СОТРУДНИЧЕСТВА: ГРАЖДАНСКОЕ ОБЩЕСТВО, СООБЩЕСТВА И ЧАСТНЫЙ СЕКТОР



РЕЗЮМЕ

Чтобы найти и излечить всех людей с ТБ и выполнить основные этапы Стратегии по ликвидации ТБ, страны должны взаимодействовать с гражданским обществом, общественными организациями и частным сектором в качестве партнеров на всех стадиях планирования и осуществления мер противодействия ТБ.

Гражданское общество и общественные организации должны играть ключевую роль в планировании и предоставлении помощи при ТБ путем повышения осведомленности, содействия активному выявлению случаев, улучшения доступа к медицинской помощи, поощрения и поддержки людей с ТБ в течение курса лечения, оказания психологической поддержки и уменьшения стигмы, применения программ мониторинга, содействия вовлечению сообщества в НИР и его участию в адвокационной деятельности. Частный сектор играет важную роль в вопросах обе-

спечения, развития и партнерства для предоставления качественной и доступной помощи при ТБ, новых инструментов, ресурсов и специальных знаний. Для укрепления систем местного и национального здравоохранения и государственно-частного партнерства требуются соответствующие инвестиции. Чтобы эффективно взаимодействовать с сообществами и полностью раскрыть потенциал частного сектора, необходимы изменения образа мышления и создание благоприятных условий.

ПРИОРИТЕТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

НТП:

- ⊕ Укрепить системы здравоохранения сообществ для обеспечения доступа к качественному лечению и поддержке при ТБ на местах.
- ⊕ Вовлекать гражданское общество и сообщества, затронутые ТБ, в разработку и планирование программ и мероприятий по борьбе с ТБ с самого начала такой деятельности, привлекать их в качестве активных партнеров на стадиях внедрения, мониторинга и оценки противотуберкулезных услуг.
- ⊕ Поддерживать партнерские отношения с частным сектором и профсоюзами в целях расширения доступа к лечению ТБ, разработки политики и инициатив по борьбе с ТБ на рабочих местах и повышения показателей охвата членов сообщества.
- ⊕ Инвестировать в модели государственно-частного партнерства, чтобы гарантировать, что люди, обращающиеся за лечением ТБ в частном секторе, получают качественные услуги и случаи их заболевания будут зарегистрированы.

Доноры и влиятельные инвесторы:

- ✦ Увеличить финансирование организаций гражданского общества и организаций сообществ в рамках усилий по борьбе с ТБ.
- ✦ Обеспечить финансирование глобальной координации адвокационной деятельности в сотрудничестве с сообществами, затронутыми ТБ, с целью обеспечения подотчетности за выполнение обязательств ЗВУООН по борьбе с ТБ.
- ✦ Поддерживать партнерские отношения с НТП, противотуберкулезными организациями и организациями сообщества в рамках инициатив корпоративной социальной ответственности (КСО).

Частный сектор и бизнес:

- ✦ Принять недискриминационные политики найма и удержания работников, содейство-

Гражданское общество и сообщества в качестве партнеров в борьбе с ТБ

ЗВУООН по борьбе с ТБ помогло сместить акцент глобального подхода к ТБ с «контроля» эпидемии в сторону ее прекращения.

Исторически «борьба» с ТБ подразумевала нисходящий подход, который радикально отличается от стратегии ликвидации ТБ. Для ликвидации ТБ требуется подход, который обеспечивает партнерство между лицами, пережившими ТБ, затронутыми сообществами и гражданским обществом в целом. Он предоставит все возможности для содействия выявлению и преодолению социальных, политических, культурных, правовых, гендерных и экономических барьеров, препятствующих доступу к услугам, лечению и поддержке, связанным с ТБ. Вышеупомянутые группы также обладают уникальным опытом жизни с ТБ и могут выступать в качестве экспертов в этой сфере. Им знакомы такие проблемы, как побочные эффекты, стигматизация и дискриминация, изоляция, экономическое, физическое и психологическое бремя, а мно-

гим из них также известно о пожизненных последствиях заболевания.

Гражданское общество и организации сообществ, в том числе организации пациентов, НПО, религиозные организации (ФБО), молодежные группы и волонтеры сообществ, также являются важнейшими партнерами в деятельности по обеспечению всеобщего доступа к лечению ТБ и связанным с ним услугам. Медицинские работники сообществ и сети помощи со стороны лиц, переживших ТБ, оказывают жизненно важную поддержку системам здравоохранения во многих странах с ограниченными ресурсами, поскольку помогают охватить трудно доступные сообщества. Кроме того, многие из них выступают от лица наиболее уязвимых групп населения, отстаивая нужды больных ТБ и предоставляя

консультации в отношении мер, целесообразных в конкретных условиях. Без их активного участия в планировании, реализации и мониторинге программ по борьбе с ТБ часто используются нисходящие подходы, которые могут соответствовать глобальным и национальным стратегиям, но при этом оставаться неэффективными из-за недостаточного понимания местных условий и развития ситуации в сообществе. Неэффективность таких программ также может быть обусловлена тем, что им не удается отстаивать права людей, которым они призваны служить, поскольку затронутые сообщества не привлекаются в качестве партнеров к их реализации.

Понимание того, что сообщества, затронутые ТБ, являются не просто получателями услуг, но и активными участниками борьбы с ТБ, что больные туберкулезом — это в первую очередь люди, а лишь потом пациенты и что сообщество остается неизменным, а правительства, политика, руководящие принципы и приоритеты доноров могут меняться, привело к увеличению числа лиц, переживших ТБ, и затронутых сообществ, желающих выступать в качестве полноправных партнеров во всех аспектах, касающихся противотуберкулезных мер.

Обеспечение значимого участия сообщества и координации действий

Поскольку сообщества, затронутые ТБ, являются важнейшими партнерами в международных и национальных мероприятиях по борьбе с ТБ, их следует привлекать к участию в начале процесса планирования, до того, как будут разработаны новые мероприятия или инициативы по борьбе с ТБ. Программы по борьбе с ТБ должны включать организации гражданского общества (ОГО) в основную деятельность и предусматривать их участие в ключевых совещаниях, например, по разработке стратегии и анализу программ, и заседаниях научных советов. Конечная цель — предоставление хорошо продуманных услуг, которые оказываются и поддерживаются сообществами, работающими в тесном сотрудничестве с правительством и другими заинтересованными сторонами.

Глобальный план рекомендует несколько способов более активного привлечения сообществ в различные аспекты деятельности, связанной с борьбой с ТБ. Сообщества следует вовлекать в мероприятия по ликвидации ТБ как на уровне сообщества, так и под их руководством. Мероприятия на уровне сообщества — это мероприятия, которые осуществляются на местном уровне за пределами официальной системы здравоохранения. Мероприятия под руководством сообщества — это мероприятия, которыми управляют и руководят члены сообщества или которые осуществляются членами сообщества. Мероприятия на уровне сообщества

и мероприятия под руководством сообщества должны быть связаны с государственной системой здравоохранения.¹

Исторически ключевой проблемой, связанной с привлечением сообществ и гражданского общества к подобным мероприятиям, было относительно небольшое количество людей и сетей, приверженных делу ликвидации ТБ, а также отсутствие координации с гражданским обществом и внутри него.

¹ Рамочная программа укрепления систем сообществ. Женева: Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией; 2019 г. https://www.theglobalfund.org/media/4790/core_communitysystems_technicalbrief_en.pdf

Это приводило к тому, что правительство не прислушивалось к мнению гражданского общества и сообществ, и, следовательно, они не оказывали влияния на подготовку национальных и глобальных планов. Однако ситуация меняется. За последние годы сети людей, переживших ТБ, такие как TBpeople, TB Proof и We Are TB, расширились и дополнили такие объединения сообществ, как Глобальная коалиция активистов по борьбе с ТБ (ГСТА), Глобальный консультативный совет сообществ по борьбе с ТБ (TB CAB) и Европейская коалиция против туберкулеза (ТВЕС). Существует необходимость в дальнейшей регистрации и наращивании потенциала лиц, переживших ТБ, для их привлечения к адвокационной деятельности и другим элементам мероприятий по борьбе с ТБ посредством участия в организованных сетях, форумах и национальных, региональных и глобальных группах; прямых вложениях в организации и коалиции, создаваемые людьми, пережившими ТБ; установлении партнерских отношений с заинтересованными организациями; обучении и других формах поддержки и совместной работы.

Сообщество по борьбе с ТБ могло бы увеличить свой потенциал путем налаживания более тесного сотрудничества с сообществом по борьбе с ВИЧ. Высокие показатели коинфекции ТБ и ВИЧ требуют комплексных подходов в ключевых регионах, особенно в Африке. Эта интеграция имеет решающее значение вплоть до уровня сообщества. Сообществу по борьбе с ТБ также необходимо усилить взаимодействие с другими группами защиты интересов в областях, обладающих потенциалом для совместной работы. К ним относятся религиозные организации, бесплатные юридические консультации, правозащитные организации, сети по борьбе с бедностью и микрокредитованию, а также сети женщин и молодежи. Эти усилия потребуют значительного увеличения финансирования со стороны доноров, занимающихся защитой интересов таких групп, наряду с более активными действиями со стороны правительств по включению сообществ, затронутых ТБ, в работу

органов, принимающих решения, и процессы принятия решений.

Во всех случаях НТП должны периодически оценивать прогресс в работе с ОГО и затронутыми сообществами и влияние, которое такая работа оказывает на борьбу с ТБ. Это позволит программам направлять ресурсы туда, где, по оценкам, они являются наиболее эффективными. ВОЗ отслеживает два ключевых показателя, связанных с вовлечением сообщества в оказание помощи и услуг в области ТБ: вклад местных сообществ в увеличение охвата регистрации случаев заболевания ТБ и показатели успешности лечения людей, которые получили какую-либо поддержку от сообщества. В 2018 году только 56 стран сообщили о прогрессе по первому показателю. По их совокупным данным, только 27% случаев ТБ были зарегистрированы при участии сообществ. Данные по второму показателю, предоставленные 38 странами, свидетельствуют о том, что коэффициент успешности лечения для людей, получающих поддержку от сообществ, составил 87%. Вклад сообщества в деятельность по регистрации случаев ТБ и успешность лечения следует регулярно оценивать, а полученные данные отражать в национальных отчетах.

Укрепление систем сообществ

Укрепление систем сообществ (УСС) является эффективным подходом к планированию взаимодействия с гражданским обществом и затронутыми ТБ сообществами, которое особенно необходимо для того, чтобы программы по борьбе с ТБ могли соответствовать обязательствам в отношении соблюдения прав человека и гендерного равенства.² УСС включает в себя поддержку развития информированных, функциональных, ско-

² Рамочная программа укрепления систем сообществ. Женева: Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией; 2019 г. https://www.theglobalfund.org/media/4790/core_communitysystems_technicalbrief_en.pdf

ординированных и устойчивых структур, механизмов, процессов и действующих лиц, при помощи которых члены, организации и группы сообществ взаимодействуют между собой, координируют свою деятельность и реагируют на проблемы и потребности таких сообществ.³ Рассматривая сообщества и их роль как часть более широкой системы здравоохранения, стратегия УСС позволяет проанализировать различные аспекты системы, понять, как они взаимосвязаны, и выбрать те сферы, которые необходимо улучшить. Обладая необходимыми навыками и ресурсами, сообщества могут помочь системам здравоохранения определять потребности людей с ТБ, оказывать более качественные услуги и обеспечивать подотчетность доноров и правительств.

В то время как гражданское общество активно вовлекается в глобальные и национальные обсуждения по принятию решений, степень его участия на субнациональном и местном уровнях может быть самой различной. Для создания эффективных систем сообществ и вовлечения лиц, переживших ТБ, и ключевых групп населения, затронутых ТБ, на всех уровнях принятия решений необходимо выполнить ряд условий:

МОБИЛИЗАЦИЯ. Лиц, переживших ТБ, следует активизировать, вовлекать и поддерживать в целях координации. Необходимо приложить усилия для объединения тех, кто пережил ТБ, и обеспечения устойчивости такой мобилизации. Максимально эффективное использование поддержки существующих ОГО имеет решающее значение для успеха в процессе построения или укрепления сетей.

НАРАЩИВАНИЕ ПОТЕНЦИАЛА. Организации сообществ обладают критически важными знаниями о потребностях в области здравоохранения и о том, какие мероприятия практически осуществимы в их сообще-

ствах. Несмотря на то что лица, пережившие ТБ, представители гражданского общества и сообщества часто обладают обширными знаниями и опытом на первичном уровне, им может потребоваться помощь в наращивании потенциала и поддержка, например, для полноценного участия в заседаниях высокого уровня, взаимодействия с международными организациями и правительствами, установлении контактов с новостными СМИ или участии в процессах формирования политики. Выполнение этих функций, в свою очередь, требует помощи в области повышения научной грамотности, развития способности консультировать и поддерживать людей, оказавшихся в аналогичной ситуации, а также выработки навыков отстаивания интересов, необходимых для обеспечения ответственности правительства за выполнение своих обязательств, отчетность и оценку результатов.

СОЗДАНИЕ БЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЙ.

Лица, пережившие ТБ, должны участвовать в принятии решений. Хотя свидетельства таких людей о реальном опыте жизни с ТБ могут быть исчерпывающими, необходимо также повышать их роль в качестве «катализаторов» для улучшения программ и политики. Чтобы этот процесс был эффективным, представители сообществ, затронутых ТБ, должны создать объединение, с которым они будут консультироваться и перед которым будут отчитываться. Им также должно быть предоставлено время и ресурсы для подготовки и выработки стратегии по ключевым моментам принимаемых решений, чтобы голос сообществ, затронутых ТБ, отчетливо звучал в каждой дискуссии по вопросам ТБ на всех уровнях.

ФИНАНСОВЫЕ ИНВЕСТИЦИИ. Системы сообществ, обеспечивающие значимое взаимодействие, должны получать инвестиции, необходимые для обеспечения устойчивости данных систем. Это не прихоть и не второстепенный вопрос. Как подчеркивается в Политической декларации ООН по борьбе с ТБ, сообщества, затронутые ТБ, и гражданское общество являются критически важными

³ Рамочная программа укрепления систем сообществ. Женева: Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией; 2019 г. https://www.theglobalfund.org/media/4790/core_communitysystems_technicalbrief_en.pdf

ВСТАВКА 4.1.

СЕТИ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА НА ГЛОБАЛЬНОМ И РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЯХ

«Переживший ТБ» — это любой человек, который в данный момент инфицирован ТБ или болел им в прошлом. В «сообщества, затронутые ТБ» или «сообщества людей, пострадавших от ТБ» входят любые лица, инфицированные ТБ или болевшие им в прошлом, члены их семей, их социальные контакты и ухаживающие за ними субъекты. Кроме того, понятие «сообщество, затронутое ТБ» относится к таким ключевым группам населения, как дети, медицинские работники, коренные народы, люди, живущие с ВИЧ, наркоманы, заключенные, шахтеры, мобильное население и мигранты, а также городская и сельская беднота. В настоящее время на глобальном, региональном, национальном и субнациональном уровнях уже существуют сети, включающие людей, затронутых и переживших ТБ, и представителей гражданского общества, но необходимы дальнейшие усилия по укреплению таких сетей и обеспечению их активной роли в планировании, реализации и мониторинге противотуберкулезных мер, а также созданию спроса на противотуберкулезные услуги наилучшего качества для всех.

МОБИЛИЗАЦИЯ СООБЩЕСТВ, ЗАТРОНУТЫХ ТБ, МОЖЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ В РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ.

На национальном уровне подобные меры проводятся под руководством организаций и сетей, например:

- Club des Amis Damien в Демократической Республике Конго
- TB Proof в Южной Африке
- We Are TB в Соединенных Штатах Америки

На региональном уровне существуют сети, состоящие из затронутых ТБ сообществ и представителей гражданского общества, например:

- Азиатско-Тихоокеанская коалиция противотуберкулезных активистов (ACT Asia-Pacific)
- Африканская коалиция по борьбе с туберкулезом (ACT!) в англоязычной Африке
- Американская коалиция против ТБ в Латинской Америке и Карибском бассейне
- Динамика реагирования франкоязычных стран Африки на ТБ (DRAF TB) во франкоязычных странах Африки
- Европейская коалиция против туберкулеза (TBEC) в Европе и Центральной Азии

На глобальном уровне действуют две сети:

- Глобальная коалиция активистов по борьбе с туберкулезом (ГСТА), ведущая адвокационную деятельность, направленную на борьбу со стигмой ТБ.
- Организация TBreople, занимавшаяся разработкой Декларации прав людей, пострадавших от туберкулеза в 2018–2019 гг.

Помимо сетей пациентов, существует Глобальный общественно-консультативный совет по ТБ (TB CAB). Это группа активистов на уровне сообщества, обладающих научной грамотностью и консультирующих разработчиков продуктов и учреждения, которые проводят клинические испытания новых противотуберкулезных лекарств, схем лечения, диагностических средств и вакцин. Активисты высказывают свое мнение о плане исследования, раннем доступе, утверждении регулирующих органов, постмаркетинговых стратегиях и стратегиях внедрения.

Связанные между собой на национальном и глобальном уровнях, скоординированные сети имеют решающее значение для выполнения ключевых обязательств Политической декларации ООН по ТБ и остаются важными партнерами в усилиях по обеспечению национальной и глобальной подотчетности за действия по ликвидации ТБ.

Поскольку сети, группы и коалиции на базе сообществ существуют во многих регионах, в настоящее время необходимо продолжать координацию на глобальном уровне в целях содействия обмену знаниями и совместной деятельности и передавать сведения об опыте низового уровня на вышестоящие для информирования лиц, принимающих решения, и адвокационной деятельности по всему миру с акцентом на обеспечение подотчетности правительства за выполнение обязательств ЗВУООН по ТБ. Донорская поддержка такой работы имеет решающее значение.

компонентами мероприятий по борьбе с ТБ, значимость которых начинает проявляться все отчетливее. Участие таких сообществ и гражданского общества может кардинально изменить ситуацию для национальных программ и миллионов людей, которые ежегодно страдают от ТБ.

Для того чтобы национальные правительства несли ответственность за удовлетворение потребностей в «разработке интегрированных, ориентированных на человека, оказываемых на уровне сообщества и учитывающих гендерные аспекты медицинских услуг, основанных на правах человека», наращивание потенциала в области адвокационной деятельности должно включать в себя обучение использованию инструментов оценки воздействия на права человека. Такие средства могут позволить сообществам предвидеть влияние правительственной, торговой, национальной и корпоративной политики, связанной с ТБ, и адекватно на него реагировать.

Глобальный фонд подготовил рамочную программу по УСС, в которой более подробно рассматриваются преимущества этой стратегии и связанные с ней подходы к борьбе с ТБ.⁴

Усиление мероприятий на уровне и под руководством сообществ

УХОД И ПОДДЕРЖКА НА УРОВНЕ СООБЩЕСТВ. Политическая декларация ООН по борьбе с ТБ подтвердила, что люди с ТБ нуждаются в комплексном лечении и поддержке, в том числе со стороны сообщества. Речь идет о психосоциальной и социально-экономической помощи, а также поддержке в области просвещения в вопросах питания, направленных на успешное лечение, а также уменьшение стигматизации и дискриминации. В связи с этим государства-члены ООН взяли на себя обязательство «развивать здравооо-

хранение в сообществах посредством применения подходов, предусматривающих защиту и поощрение принципов справедливости, этики, гендерного равенства и прав человека в борьбе с туберкулезом, уделяя особое внимание профилактике, диагностике, лечению и уходу, включая оказание социально-экономической и психосоциальной поддержки с учетом индивидуальных потребностей, чтобы уменьшить степень стигматизации, и комплексное лечение нарушений здоровья, таких как ВИЧ и СПИД, недоедание, психические расстройства, неинфекционные заболевания, например, диабет и хронические легочные заболевания, а также потребление табака, злоупотребление алкоголем и другими веществами, включая употребление наркотиков инъекционным способом, при обеспечении доступа к существующим и новым инструментам».⁵

Выполняя это обязательство, важно улучшить доступность ухода и услуг по борьбе с ТБ на уровне сообщества для людей с активным и латентным ТБ. У людей с ТБ также часто есть потребности, которые необходимо удовлетворять в течение всей жизни, даже после успешного завершения лечения ТБ. К их числу относится лечение заболеваний, сопутствующих ТБ (например, ВИЧ, диабет), уход, связанный с факторами развития ТБ (например, воздействие силикатной пыли, недоедание, употребление табака), других заболеваний, являющихся факторами риска для ТБ (например, лечение болезни Крона или ревматоидного артрита), а также нарушения функции легких, которое может долго сохраняться после завершения лечения ТБ.

4 Рамочная программа укрепления систем сообществ. Женева: Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией; 2019 г. https://www.theglobalfund.org/media/4790/core_communitysystems_technicalbrief_en.pdf

5 Политическая декларация Заседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по борьбе с туберкулезом «Единство в борьбе с туберкулезом: неотложные меры реагирования мирового сообщества на глобальную эпидемию». Резолюция A/RES/73/3, принятая Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций 10 октября 2018 года. Нью-Йорк: Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций; 2018 г. <https://www.who.int/tb/unhlmontbdeclaration.pdf>

ВОВЛЕЧЕНИЕ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СООБЩЕСТВАХ В ПРОЦЕСС ИНФОРМИРОВАНИЯ О ЗАБОЛЕВАНИИ И ПОИСКА НЕОХВАЧЕННЫХ ЛЕЧЕНИЕМ БОЛЬНЫХ.

Медработники в сообществах играют важную роль в поиске людей, не охваченных системами здравоохранения, и помогают правительствам выполнить свое обязательство «не оставлять никого без внимания». С помощью программ повышения осведомленности работники здравоохранения сообществ побуждают людей с симптомами ТБ обращаться за медицинской помощью. Если возможности передвижения для таких людей ограничены, работники сообществ также могут помочь с транспортировкой образцов мокроты в ближайшее медицинское учреждение для постановки диагноза. Работники здравоохранения в сообществах также могут оказать помощь в поиске контактов инфицированных ТБ, определении членов семей, которые должны пройти скрининг и получить профилактическую терапию, диагноз и лечение ТБ. В действительности, диагностика ТБ часто выполняется с задержкой, поскольку больные ТБ обращаются за диагнозом и лечением в разные места, что приводит к ненужным личным расходам. Такие личные расходы до получения надежного диагноза являются основным фактором, способствующим возникновению катастрофических расходов, связанных с ТБ. Поощрение людей с симптомами ТБ к обращению за надлежащей медицинской помощью опирается на доверительные и равноправные отношения, которые может установить только представитель сообщества (вставка 4.2).⁶

Участие работников здравоохранения сообществ в таком процессе активного выявления случаев заболевания значительно улучшило показатели такого выявления и соответствующего лечения.⁷ Однако роль этих работников

все еще предстоит повысить до максимума. Один из способов взаимодействия с ними в целях активного выявления лиц, нуждающихся в скрининге и лечении ТБ, заключается в интеграции в рамках сообщества адвокационной работы по вопросам ТБ в программы борьбы с ВИЧ, охраны здоровья матери и ребенка или другие просветительские инициативы.

Гендерные вопросы являются важным аспектом реагирования сообщества на ТБ, и работники здравоохранения, предоставляющие услуги в рамках сообщества, нередко оказываются лучше подготовлены к адвокационной работе с конкретными общинами или ключевыми группами населения, когда они в состоянии удовлетворять гендерные потребности людей, получающих лечение и услуги: например, работников секс-индустрии, мальчиков и девочек подросткового возраста и шахтеров.

Деятельность работников здравоохранения в сообществах следует интегрировать в оказание медицинских услуг как на местном уровне, так и на уровне политики и стратегии. Чтобы пациенты, ОГО и члены сообщества могли вносить свой вклад в улучшение услуг и мониторинг прогресса, следует расширить использование социальных сетей и механизмов социального аудита. Например, инициатива ENGAGE-TB, разработанная ВОЗ в 2012 году, содержит рекомендации для НТП по эффективной работе с НПО и ОГО, которые еще не занимаются вопросами ТБ.⁸

МОНИТОРИНГ НА БАЗЕ СООБЩЕСТВА (СВМ).

Сообщества должны иметь возможность выполнять функцию наблюдения за мероприятиями по противодействию ТБ, обеспечивая выполнение всеми другими заинтересованными сторонами своих обязательств в отношении отстаивания и защиты прав людей, затронутых ТБ. В этом плане мониторинг на базе сообщества (СВМ) может способство-

6 Yassin M A, Datiko DG, Tulloch O, et al. Innovative community-based approaches doubled tuberculosis case notification and improve treatment outcome in southern Ethiopia. *PLoS One*. 2013;8(5):e63174. doi:10.1371/journal.pone.0063174

7 Yassin M A, Datiko DG, Tulloch O, et al. Innovative community-based approaches doubled tuberculosis case notification and improve treatment outcome in southern Ethiopia. *PLoS One*. 2013;8(5):e63174. doi:10.1371/journal.pone.0063174

8 ENGAGE-TB Approach: Operational guidance: integrating community-based tuberculosis activities into the work of nongovernmental and other civil society organizations; 2012 г. https://www.who.int/tb/publications/2012/engage_tb_policy/en/

вать преодолению разрыва между системой здравоохранения и сообществом.

СВМ в области ТБ — это интервенция, основанная на местной информации и потребностях сообщества и направленная на улучшение подотчетности в процессе противотуберкулезной деятельности в целях обеспечения доступности и приемлемости важнейших, качественных и своевременных услуг по лечению и поддержке в связи с ТБ для всех, особенно для уязвимых и социально ущемленных групп и людей, подверженных риску заболевания ТБ. Путем привлечения людей с ТБ и сообществ, затронутых ТБ, к предоставлению обратной связи и сообщению о барьерах, препятствующих доступу к услугам, СВМ может способствовать повышению оперативности и равномерному распределению услуг по лечению и поддержке при ТБ, предоставлению информации для разработки программных мероприятий и политических решений, а также оценке результатов противотуберкулезной деятельности.

Благодаря полученным данным, которые могут быть использованы для сокращения числа людей, не имеющих доступа к услугам, связанным с ТБ, СВМ позволяет увеличить охват лечения. Такой подход также способствует участию общественности в принятии решений на местах по важным как для сообщества, так и для борьбы с ТБ вопросам, включая сложные социально-экономические проблемы и нарушение прав человека, которые приводят к тому, что системы здравоохранения ежегодно оставляют без внимания миллионы людей с ТБ.

С 2017 года Партнерство «Остановить туберкулез» при поддержке Агентства США по международному развитию (USAID) и Глобального фонда в целях повышения роли СВМ в противотуберкулезной деятельности разработало систему мониторинга на уровне сообщества и платформу цифровых решений под названием OneImpact. OneImpact в настоящее время является инструментом поддержки для осуществления соответствующих мер в восьми странах.⁹

9 OneImpact [веб-сайт]. Женева: Партнерство «Остановить туберкулез»; 2019 г. <https://stopitbpartnershiponeimpact.org>

ВСТАВКА 4.2. РАБОТНИКИ САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ В ЭФИОПИИ

С 2003 года правительство Эфиопии осуществляет Программу для работников санитарного просвещения (HEW), которая помогла добиться значительных улучшений в целом ряде приоритетных сфер здравоохранения.¹ Исследования показали, что HEW значительно повысила доступ к лечению и услугам по борьбе с ТБ, а также успешность лечения. В сельском регионе Сидам в Эфиопии такие работники прошли обучение по выявлению в рамках сообществ людей с симптомами ТБ, сбору образцов мокроты, а также подготовке предметного стекла для тестирования до его передачи в лабораторию для окрашивания и анализа. Более 1000 работников санитарного просвещения собрали образцы мокроты более чем у 200 000 человек с симптомами ТБ и выявили более 17 500 человек с положительным мазком ТБ. Данное мероприятие удвоило количество людей, которые начали получать лечение в регионе, в котором проживает более 3 миллионов. Кроме того, работники санитарного просвещения оказывали содействие в лечении ТБ, в результате чего показатели его успешности выросли с 77 до 95% в период с 2010 по 2015 гг.² С тех пор, по состоянию на 2017 год, Эфиопия достигла национального показателя успешности лечения в 96% для новых случаев ТБ, что значительно превышает среднемировой показатель в 85%.³

1 Assefa Y, Gelaw YA, Hill PS, et al. Community health extension program of Ethiopia, 2003–2018: successes and challenges toward universal coverage for primary healthcare services. *Global Health*. 2019;15(1):24. doi:10.1186/s12992-019-0470-1

2 Datiko D, Yassin M, Theobald S, et al. Health extension workers improve tuberculosis case finding and treatment outcome in Ethiopia: a large-scale implementation study. *BMJ Glob Health*. 2017;2(4): e000390.

3 Доклад об глобальной борьбе с туберкулезом, 2019 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 г. https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

СОТРУДНИЧЕСТВО С НАРОДНЫМИ ЦЕЛИТЕЛЯМИ.

Системы на базе сообществ могут играть новаторскую роль, связывая неформальных поставщиков медицинских услуг с официальными системами здравоохранения. Одна из основных проблем при лечении ТБ заключается в том, что многие люди с симптомами ТБ, которые проживают в странах с дефицитом ресурсов и высоким бременем заболевания, в первую очередь

обращаются за помощью к народным целителям или фармацевтам, а не в государственные клиники или больницы. Программам по борьбе с ТБ нужно активнее взаимодействовать с такими народными целителями и фармацевтами в целях направления больных в медицинские учреждения.

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ, СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ И ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ. Завершение лечения ТБ может оказаться сложной задачей. Процесс является длительным и неизбежно имеет побочные эффекты, что делает консультирование и поддержку критически важной частью комплексного лечения ТБ. Члены сообщества, которые, возможно, сами пережили ТБ, могут оказывать пациентам психологическую поддержку, необходимую для успешного завершения лечения.

Поездки в клиники для получения лечения могут быть дорогостоящими, особенно для людей, проживающих в отдаленных районах. Кроме того, они могут приводить к тому, что люди с ТБ теряют источники дохода в процессе обращения за лечением. Члены сообщества могут обеспечивать использование таких схем социальной защиты, как выдача талонов на питание или условных денежных ваучеров для поддержки лечения.

Любые религиозные организации также играют важную роль в деятельности по организации лечения на уровне сообщества. Эти группы, наряду с другими работниками на уровне сообществ, могут осуществлять паллиативную помощь на дому. Данная услуга выходит за рамки возможностей большинства систем здравоохранения.

РОЛЬ СООБЩЕСТВ В ИСКОРЕНЕНИИ СТИГМЫ. ТБ по-прежнему остается значительным источником стигмы. Ее искоренение является важным фактором, побуждающим людей обращаться за помощью и поддерживающим их на протяжении всего курса лечения ТБ. Для многих людей, затронутых ТБ, стигматизация является самой большой про-

блемой, с которой они сталкиваются. Стигма может исходить от членов семьи, сообщества, коллег или медицинских работников. Она даже может включать самостигматизацию, при которой люди с ТБ испытывают чувства стыда или вины, связанные с тем, что они являются носителями заболевания.

В Политической декларации ООН по борьбе с ТБ национальные правительства взяли на себя обязательство *«способствовать и содействовать прекращению стигматизации и дискриминации во всех ее формах, в том числе путем отмены дискриминационных законов, правил и программ в отношении лиц, больных туберкулезом, и посредством защиты и поощрения прав человека и человеческого достоинства, а также применения стратегий и методов, способствующих более эффективному осуществлению адвокационной и просветительской деятельности и уходу за больными»*.¹⁰ В связи с этим НТП и партнеры должны инвестировать в целевые интервенции по искоренению стигматизации, разработанные и реализованные в координации с лицами, пережившими ТБ, сообществами, затронутыми ТБ, а также культурными лидерами и влиятельными лицами. Поскольку стигма коренится в социальном и культурном восприятии в дополнение к законам и политике важно проводить в сообществах образовательные кампании с учетом гендерных аспектов с целью устранения неправильных представлений и предубеждений, которые приводят к стигматизации и дискриминации. Чем активнее в данном процессе будут участвовать сообщества и чем больше людей, переживших ТБ, получат возможность отстаивать свою позицию, принимать участие в процессах принятия решений по вопросам ТБ и брать на себя руководящую роль в усилиях по борьбе с ТБ, тем существеннее будет

¹⁰ Политическая декларация Заседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по борьбе с туберкулезом «Единство в борьбе с туберкулезом: неотложные меры реагирования мирового сообщества на глобальную эпидемию». Резолюция A/RES/73/3, принятая Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций 10 октября 2018 года. Нью-Йорк: Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций; 2018 г. <https://www.who.int/tb/unhlmontBDeclaration.pdf>

ВСТАВКА 4.3.

УСТАНОВЛЕНИЕ ПАРТНЕРСКИХ ОТНОШЕНИЙ С ПАРЛАМЕНТСКИМИ ЛИДЕРАМИ С ЦЕЛЬЮ ЛИКВИДАЦИИ ТБ

Поскольку Политическая декларация ООН была одобрена главами государств, члены парламента (парламентарии) всего мира мобилизовались для того, чтобы донести результаты декларации до сведения национальных парламента с целью ее реализации.

Парламентарии обеспечивают подотчетность правительства в данных вопросах посредством создания национальных групп по борьбе с ТБ, которые представляют собой независимые сети парламентариев внутри стран. Эти парламентские группы являются мощным каналом, с помощью которого можно повысить осведомленность о ТБ и, следовательно, о целях ЗВУООН. Во многих странах ОГО служат координационными центрами для адвокационной деятельности в политической области. Эти национальные структуры создают необходимые возможности для координации адвокации и привлечения правительства к борьбе с ТБ на международном и региональном уровнях.

При поддержке Глобальной парламентской группы по вопросам ТБ (ГТВС) в 2019 году были организованы национальные парламентские группы в Бразилии, Дании, Эсватини, Парагвае, Румынии и Чаде, в результате чего общее число таких групп во всем мире достигло 50. Парламентарии из 93 стран сообщили, что в 2019 году они приняли на уровне парламента меры по реализации целей ЗВУООН.

Глобальная парламентская группа по вопросам туберкулеза (ГВТС) — это международная сеть, включаю-

щая более чем 2500 парламентариев приблизительно из 150 стран, которые работают над формированием государственной воли для ликвидации ТБ. Глобальная парламентская группа по вопросам ТБ уделяет основное внимание содействию лицам, принимающим решения по вопросам ТБ, и готова принимать такие значимые меры, как вовлечение в соответствующие процессы министров здравоохранения или развертывание парламентских процессов для адвокации, связанной с увеличением инвестиций в борьбу с ТБ.

Парламентариям удалось увеличить бюджет на ТБ в нескольких странах, в том числе в Нидерландах, где депутат Анне Куик в тесном сотрудничестве с KNCV обеспечила в ходе переговоров по бюджету выделение дополнительных 5,5 миллиона долларов США на глобальное внедрение нового метода диагностики ТБ. В Кении депутат Стивен Мул смог привлечь почти 2 миллиона долларов США в государственный бюджет на борьбу с ТБ.

На мировом уровне Глобальная парламентская группа по вопросам ТБ собирает парламентариев для обмена опытом на саммитах, в том числе на Африканском саммите по туберкулезу в августе 2019 г., который посетили более 40 парламентариев из этого региона. Это сотрудничество побуждает парламентариев работать на региональном уровне в рамках политических платформ, таких как АТЭС, АС, «Большая семерка» и «Большая двадцатка», с целью привлечения большего внимания к борьбе с ТБ в международной повестке дня.

сокращаться стигма. Там, где сохраняются дискриминационные законы, решающее значение будет иметь адвокационная деятельность, имеющая своей целью реформу законодательства. Во всех случаях социальные сети и другие цифровые платформы могут играть важную роль в искоренении стигмы, а также выявлении и преодолении других социальных барьеров на пути доступа к связанным с ТБ услугам и лечению.

ВОВЛЕЧЕНИЕ СООБЩЕСТВ В

ИССЛЕДОВАНИЯ. Вовлечение затронутых ТБ сообществ во все аспекты исследований: от ранней стадии до разработки планов клинических испытаний и создания и внедрения

успешных инноваций — поможет сообществам стать равноправными партнерами в борьбе с ТБ. Всем исследователям и спонсорам следует разработать планы вовлечения сообщества и предпринять шаги для включения затронутых ТБ сообществ, групп пациентов и гражданского общества в НИР в области ТБ. Известно, что сами члены сообщества организованы и готовы консультировать исследовательские учреждения в том, как оптимизировать такое взаимодействие в исследовательских целях (вставка 4.3).¹¹

11 Good Participatory Practice: guidelines for TB drug trials. Дублин: Институт критического пути; 2012 г. <https://www.cptrinitiative.org/downloads/resources/GPP-TB%20Oct1%202012%20FINAL.pdf>

Более подробно вопросы вовлечения сообществ в исследования рассматриваются в главе 6 Глобального плана.

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ НАРАЩИВАНИЯ ПОТЕНЦИАЛА СООБЩЕСТВА И АДВОКАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОД РУКОВОДСТВОМ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА.

Постоянные и стабильные инвестиции в УСС жизненно необходимы для реализации полного потенциала сообществ в деле борьбы с ТБ. Посредством усиления финансовой поддержки мероприятий на уровне сообществ и под их руководством, а также усилий по информированию, адвокации

и стимулированию подотчетности, осуществляемых гражданским обществом, мы можем мобилизовать ресурсы, необходимые для достижения целевых показателей ЗВУООН по ТБ в области лечения, профилактики и НИР. Без дополнительных инвестиций в сообщества и гражданское общество мы будем поддерживать статус-кво медленного прогресса и не сможем достичь глобальных целей по борьбе с ТБ. Донорам и влиятельным инвесторам следует рассмотреть возможность финансирования организаций гражданского общества и сообществ в рамках своих усилий по ликвидации ТБ. Потребности в ресурсах подробно рассматриваются в главе 7.

Партнерство с научным сообществом

Академические специалисты всегда играли важную роль в различных аспектах глобальной борьбы с ТБ: от проведения исследований и обучения нового поколения лидеров до влияния на содержание технических руководств и предоставления источников экспертных рекомендаций государственным должностным лицам и политикам. Вклад научного сообщества особенно заметен при проведении всевозможных исследований, связанных с ТБ. Более подробно его роль рассматривается в главе 6.

Укрепление партнерских отношений с научным сообществом также важно для адвокационной деятельности. Академические специалисты могут предоставлять основанные на фактах материалы другим заинтересованным сторонам, включая политиков и средства массовой информации. Эти свидетельства могут использоваться, помимо прочего, для разработки политики и мер в сфере общественного здравоохранения, а также мобилизации ресурсов.

Одним из примеров участия научного сообщества в адвокационной деятельности является сеть академиков Великобритании, созданная с целью пропаганды поддержки ЗВУООН по ТБ со стороны правительства страны. Более 130 британских ученых, в том числе руководители известных университетов

и научных организаций, направили коллективное письмо тогдашнему премьер-министру Терезе Мэй, содержащее призыв к участию в ЗВУООН. Затем они воспользовались имеющимися возможностями для привлечения внимания к ЗВУООН средств массовой информации.¹²

Эффективное вовлечение большего числа академических специалистов в адвокационную деятельность потребует предоставления новых возможностей обучения и коучинга в области стратегических коммуникаций и взаимодействия со СМИ. Для этого также необходимы усилия по объединению в сети

¹² May urged to join global talks on TB. The Sunday Times, 4 августа 2018 года. <https://www.thetimes.co.uk/article/may-urged-to-join-global-talks-on-tb-hsf39jsn2>

большого количества научных экспертов и активистов и предоставлению академическим специалистам возможности вовлечь в данный процесс политиков и СМИ. При этом ученые могут предоставить экспертные знания, способные повлиять на политику в области ТБ и практическую работу общественного здравоохранения. Аналогичным образом необходимо укреплять научную грамотность правозащитников и активистов, что позволит им эффективнее осуществлять адвокацию в сфере новых исследований, на

регулярной основе осуществляемых научным сообществом. В идеальном сценарии каждое новое научное исследование по ТБ должно оцениваться на предмет возможности его использования в адвокационной деятельности. После этого следует составить описание самых существенных моментов данного исследования и довести их до сведения активистов и влиятельных лиц, занимающих соответствующие должности. Это позволит новым важным исследованиям оказывать воздействие на реальный мир.

Партнерство с частным сектором

Партнерство с частным сектором имеет решающее значение для ликвидации ТБ. В контексте искоренения ТБ частный сектор здравоохранения включает нижеперечисленные заинтересованные стороны.

Партнерство с частными производителями продукции медицинского назначения

Коммерческие производители, включая производителей лабораторного оборудования и вакцин, вносят непосредственный вклад в научные исследования и разработку новых инструментов, а также в производство и поставку средств диагностики и лекарств для удовлетворения потребностей программ по борьбе с ТБ и людей, живущих с ТБ и затронутых им, во всем мире. Государственно-частное партнерство с такими компаниями необходимо для ускорения разработок новых средств борьбы с ТБ, а также производства лекарств, диагностических средств и вакцин, доступных по цене и иным критериям для людей с ТБ. Например, в 2019 году Unitaid, Глобальный фонд и Sanofi объявили о заключении соглашения, согласно которому цена на рифапентин — лекарство, критически важное для достижения цели по обеспечению профилактическим лечением от ТБ 40 миллионов человек к 2022 году, — была снижена почти на 70%.

По мере разработки новых средств диагностики, лекарств и вакцин против ТБ такие партнерства будут играть ключевую роль в обеспечении доступа к ним людей с ТБ и стабильного предложения в соответствии со спросом, особенно в период быстрого наращивания масштабов оказания услуг.

Партнерство с частной системой здравоохранения

Одним из главных приоритетов действий по достижению цели ЗВУООН, связанной с лечением от ТБ 30 миллионов человек к 2022 году, является предоставление людям возможности получать гарантированно качественный диагноз (включая быстрый ТЛЧ), лечение и уход там, куда они обращаются за помощью. Во многих странах люди предпочитают частную медицинскую помощь из-за облегченного доступа и более высокого качества услуг. В ряде стран Азии значительная часть людей с симптомами ТБ, в том числе бедные слои населения, сначала обращаются за помощью в частные клиники. Таким образом, приоритетом является

обеспечение того, чтобы лечение ТБ в частном секторе здравоохранения было действительно высококачественным. Кроме того, в большинстве страновых кластеров только небольшая часть пациентов, которым частные поставщики поставили диагноз ТБ и которые получают лечение от ТБ у таких поставщиков, направляется или регистрируется в НТП. Поэтому существует огромный потенциал для того, чтобы сделать частную систему здравоохранения настоящим партнером в лечении и профилактике ТБ и предотвратить ситуации, когда случаи заболевания не регистрируются. В опубликованной Комиссией Lancet модели предполагается, что улучшение процесса привлечения к борьбе с ТБ частных поставщиков медицинских услуг может предотвратить 8 миллионов смертей от ТБ в период с 2019 по 2045 год в одной только Индии.¹³

13 Reid M, Arinaminpathy N, Bloom A, et al. Building a tuberculosis-free world: The Lancet Commission on Tuberculosis. Lancet. 2019;393(10178):1331–84. [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(19\)30024-8.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(19)30024-8.pdf)

НТП сталкиваются с серьезными препятствиями в своих усилиях по взаимодействию с частным сектором в целях наращивания масштабов лечения ТБ главным образом из-за недостатка финансирования или потенциала. Успешные проекты решают эти проблемы с помощью инвестиций в частные посреднические агентства и создания социальных бизнес-моделей для предоставления качественного противотуберкулезного лечения. Такие проекты не подрывают бизнес-модели частных поставщиков медицинских услуг, а работают с ними синергически в целях повышения качества и доступности лечения, а также ответственности в области общественного здравоохранения. Использование цифровых медицинских средств борьбы с ТБ и инновационных систем возмещения средств на основе ваучеров также значительно способствует успеху таких инициатив.

СТРАНЫ ДОЛЖНЫ ОБЕСПЕЧИТЬ АДЕКВАТНЫЕ РЕСУРСЫ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ И МАСШТАБИРОВАНИЯ СЛЕДУЮЩИХ СТРАТЕГИЙ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ЧАСТНЫМ СЕКТОРОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

- a** Поделить нагрузку по привлечению многочисленных независимых практикующих врачей между частными «посредническими организациями», которые могут создавать и расширять модели социального франчайзинга и бизнеса; НПО, обладающих способностью и навыками работы с частными врачами-практиками и профессиональными обществами и ассоциациями.
- b** Оптимизировать и расширить взаимодействие с крупными больницами, научными учреждениями и НПО.
- c** Активизировать и поддерживать службы здравоохранения в корпоративном и бизнес-секторах с целью внедрения и расширения программ по борьбе с ТБ на рабочих местах в интересах работников, их семей и сообществ.
- d** Привлекать сообщества и гражданское общество с целью содействия обращению за лечением к частным поставщикам, предлагающим высококачественное лечение ТБ, и продвижения услуг данных поставщиков.
- e** Обеспечить обязательное информирование о случаях ТБ с помощью упрощенных и удобных для пользователей цифровых инструментов, рациональное использование противотуберкулезных препаратов и систем сертификации и аккредитации для выявления и стимулирования готовых к сотрудничеству поставщиков.

Национальным властям и международным донорам также необходимо признать, что в ряде случаев люди больше доверяют частному сектору здравоохранения. Поэтому следует инвестировать в укрепление как государственного, так и частного секторов, чтобы способствовать расширению качественной и доступной помощи при ТБ в обеих сферах.

Одним из способов увеличения такого рода инвестиций является усиление подходов, связанных с сотрудничеством между государственным и частным секторами (ЧГС), для расширения доступа к лечению и услугам, связанным с ТБ. ЧГС включает взаимодействие НТП с такими частными поставщиками услуг по лечению ТБ, как частные лица и учреждения, корпоративный или бизнес-сектор, миссионерские больницы, НПО и ФВО.¹⁴ В 2018 году Глобальная программа ВОЗ по борьбе с ТБ, рабочая группа Партнерства «Остановить туберкулез» по сотрудничеству между государственным и частным секторами и международные партнерские агентства выпустили новую дорожную карту по реализации подхода ЧГС.¹⁵ Этот сопутствующий документ содержит комплексный анализ текущих мероприятий и проблем, связанных с привлечением частных поставщиков услуг к расширению доступа к лечению и услугам, связанным с ТБ.¹⁶

Всем странам важно инвестировать в стратегии государственно-частного партнерства в целях повышения эффективности лечения ТБ в частном секторе. Глобальный план подчеркивает эту потребность особенно в двух из девяти кластеров: в кластере 6 (кластер стран со средним уровнем дохода и умеренным бременем ТБ) и кластере 7 (Индия). Даже в тех странах, где большая часть усилий по лечению ТБ предпринимается государственным

сектором, все еще требуется взаимодействие с частным сектором для направления пациентов на лечение и ранней диагностики и лечения ТБ. Последующее сокращение задержки в постановке диагноза может оказать существенное влияние на снижение передачи ТБ.

Партнерство с отраслями за пределами сектора здравоохранения

Участие частного сектора в борьбе с ТБ необходимо по двум причинам: во-первых, для обеспечения соблюдения передовых методик профилактики передачи ТБ на рабочих местах и предоставления лечения и ухода, связанных с ТБ, работникам и их семьям; а во-вторых, представители частного сектора могут внести свой вклад в эту борьбу путем проведения мероприятий КСО. ТБ преимущественно поражает людей в их наиболее продуктивные годы и в определенных отраслях: например, в горнодобывающей промышленности и здравоохранении показатели передачи ТБ значительно выше средних. Отрасли и компании, особенно требующие больших трудозатрат, должны внедрять недискриминационную политику найма и удержания работников, способствовать созданию безопасных рабочих мест и предоставлять работникам и их семьям качественные, доступные по цене услуги, связанные с диагностикой, лечением и информированием о диагнозе ТБ. НТП и организации по борьбе с ТБ могут сотрудничать с компаниями в целях обучения персонала и оказания помощи в разработке программ по борьбе с ТБ на рабочих местах, устанавливая связи между этими программами и системой здравоохранения.

Партнерство с профсоюзами

НТП следует сотрудничать с профсоюзами для выработки и обеспечения соблюдения правил безопасности на рабочих местах, которые снижают риск заражения ТБ и предоставляют доступ к лечению и поддержке людям, затронутым ТБ, в том числе в целях профи-

14 Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом, 2019 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 г. https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

15 Смешанные частно-государственные структуры (ЧГС) в области лечения ТБ и борьбы с ним [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 г. <https://www.who.int/tb/areas-of-work/public-private-mix/en/>

16 Engaging private health care providers in TB care and prevention: a landscape analysis. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 г. <https://www.who.int/tb/publications/2018/PPMlandscape/en/>

лактики заболевания. Это особенно важно для отраслей, работники которых подвержены высокому риску заражения ТБ, таких как сектор здравоохранения и горнодобывающая промышленность. Профсоюзы могут способствовать созданию эффективных программ по улучшению условий на рабочих местах, поддерживать принятие национальных законов и политик, устраняющих дискриминацию людей с ТБ, обеспечивать безопасную среду и применение передовых практик и основанной на правах человека политики в отношении миграции и лечения иностранных работников.

Сосредоточение деятельности КСО на ТБ

Усилия по борьбе с ТБ должны включать инициативы в области КСО. Это важная область дальнейшего взаимодействия между противотуберкулезными программами, заинтересованными сторонами и бизнесом. Пожертвования в денежной и неденежной

формах со стороны частного сектора имеют решающее значение для прогресса во многих областях, особенно в сфере инноваций, использования информационных технологий и управления логистикой. Компании, предлагающие продукты и услуги широким группам населения, могут обеспечивать возможности для общественного образования и адвокационной работы с сообществами. Кобрендинговое партнерство с сектором здравоохранения может способствовать повышению осведомленности о ТБ и искоренению стигмы. Компании могут сотрудничать с НТП в рамках программ создания районов или городов без ТБ или финансировать исследование экономической целесообразности выпуска облигаций воздействия или других инновационных мероприятий. Во всех случаях для достижения этих целей инициативы КСО должны надлежащим образом финансироваться. Они также должны основываться на потребностях, ориентироваться на результаты, учитывать и отстаивать права сообществ, затронутых ТБ.

Поддержка национальных многоотраслевых платформ

Национальная платформа — это добровольный альянс между организациями, представляющими общественность, гражданское общество и частный сектор/сектора бизнеса, которые обязуются совместно работать над целью ликвидации ТБ. Все партнеры вносят свой вклад на основании своих базовых компетенций, разделяют риски и обязанности и получают выгоду от достижения совместных целей.

Национальная платформа имеет важное значение в сфере реализации национального стратегического плана по борьбе с ТБ, используя вклады всех заинтересованных сторон и тесно взаимодействуя с НТП страны. По этой причине главная цель платформы определяется партнерами на индивидуальной основе и варьируется в зависимости от условий страны. Приоритеты такой платформы могут быть различными: от адвокационной деятельности и мобилизации ресурсов до координации пре-

доставления услуг.¹⁷ Национальные платформы также должны играть ключевую роль в проведении скоординированной адвокационной работы и в реализации различных элементов Многосекторального механизма обеспечения подотчетности с целью контроля за выполнением обязательств и достижением целей по борьбе с ТБ в масштабах всей страны.

¹⁷ National platforms [веб-сайт]. Женева: Партнерство «Остановить туберкулез». . <http://www.stoptb.org/countries/partnerships/>





5. ВСЕОБЩИЙ ОХВАТ УСЛУГАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНО- ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ОБЛАСТИ БОРЬБЫ С ТБ



РЕЗЮМЕ

Для достижения целей «90–(90)–90» и ликвидации ТБ необходимы новые стратегии, ориентированные на социально-экономические меры. Все министерства и ведомства, представленные в правительстве, помимо министерства здравоохранения и отдела общественного здравоохранения, должны сотрудничать в целях максимального воздействия на эпидемию ТБ.

Всеобщий охват услугами здравоохранения, выражающийся в доступности противотуберкулезных услуг, предоставляемых в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, должен занимать центральное место в этих стратегиях и нацеливаться на предоставление высококачественной, недорогой, доступной помощи для всех и не оставлять никого без внимания. В то же время страны могут опираться на уже существующую инфраструктуру

общественного здравоохранения при реализации программ по борьбе с ТБ и стратегии обеспечения всеобщего охвата услугами. Люди, затронутые ТБ, нуждаются в поддержке со стороны политик и программ социальной защиты, которые помогут им вылечиться от болезни, справиться с полной или частичной утратой трудоспособности, перестать терпеть катастрофические финансовые расходы и испытывать другие устранимые трудности.

ПРИОРИТЕТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Правительства:

- ⊕ Выполнить обязательства, определенные в Политической декларации ООН по ВОУЗ, включая обязательство активизировать усилия по борьбе с ТБ путем продвижения комплексных подходов и интегрированного предоставления услуг, чтобы гарантировать, что никто не будет оставлен без внимания.
- ⊕ Инвестировать в немедицинские мероприятия и реализовать их параллельно с оказанием медицинских услуг, включая просвещение населения в области ТБ, социальную защиту, борьбу с бедностью и улучшение жилищных условий.
- ⊕ Оценить препятствия на пути доступа к противотуберкулезным услугам и предусмотреть их устранение в национальных программах по ВОУЗ. Обеспечить включение противотуберкулезных услуг в пакеты социальной помощи.
- ⊕ Организовать многоотраслевые меры реагирования на национальном уровне; рассмотреть вопрос о создании нацио-

нального координационного совета по ТБ, направленный на мобилизацию поддержки различных отраслей и стимулирование подотчетности за выполнение обязательств по борьбе с ТБ.

- ✦ Провести исследования расходов больных ТБ на лечение, понять основные компоненты таких затрат и использовать полученные данные для улучшения финансовой политики и социальной защиты.

Активисты:

- ✦ Предоставить парламентариям и лицам, принимающим решения, доказательства того, что сосредоточение внимания на ТБ также позволит эффективнее достигать другие национальные приоритеты, включая ЦУР ООН (см. раздел «Введение», в котором рассматриваются соответствующие ЦУР).
- ✦ Вовлекать и привлекать новых потенциальных союзников вне традиционного сообщества борьбы с ТБ, включая тех, кто работает в сфере социального обеспечения, труда, жилья, развития городов, сельского хозяйства, права, юриспруденции, правоохранительной деятельности и других отраслях, а также культурных лидеров и народных целителей.

Программы в области здравоохранения:

- ✦ Убедиться, что медицинский персонал, вовлеченный в лечение людей с ТБ, знает о политике социальной защиты и соответствующих программах, на которые имеют право люди с ТБ.
- ✦ При внедрении ВОУЗ обеспечить правильный баланс интеграции лечения ТБ в первичную медико-санитарную помощь и сохранения специализированных функций управления ведением случаев ТБ.

- ✦ Обеспечить использование оперативных исследований для выбора направления и улучшения реализации программ социальной защиты.

Исследователи:

- ✦ Собрать больше данных, демонстрирующих связь между социально-экономическими мероприятиями и прогрессом в борьбе с ТБ.

Даже с учетом того, что бесплатная диагностика и лечение ТБ лежат в основе глобальных усилий по борьбе с ТБ, отдельные лица и семьи, затронутые ТБ, часто несут другие сопутствующие расходы, включая немедицинские затраты, связанные с доступом к лечению ТБ, такие как транспортные расходы и убытки, связанные с потерей работы. Эти расходы могут оказаться катастрофическими, и, хотя диагностика и лечение ТБ в государственном секторе здравоохранения в основном предоставляются бесплатно, программы по ТБ далеко не всегда компенсируют людям такие дополнительные расходы. Когда затраты становятся слишком большими, они превращаются в серьезное препятствие для доступа к лечению ТБ. На уровне популяций высокие затраты, связанные с ТБ, ограничивают доступность медицинской помощи, создавая барьер на пути ликвидации заболевания.

Искоренение ТБ требует целостного подхода, который включает широкий спектр медицинских и немедицинских мероприятий, проводимых в различных секторах. В отличие от старых подходов, направленных на «контроль» над ТБ, Стратегия по ликвидации ТБ акцентирует внимание на борьбе с бедностью и социальной защите в качестве важнейших элементов комплексных многоотраслевых усилий. В сочетании с развитием городов эти мероприятия потенциально могут улучшить профилактику и доступ к медицинской помощи, а также предотвратить связанные с ТБ катастрофические расходы.

Помимо инвестирования в дальнейшее улучшение доступности и качества лечения и услуг по борьбе с ТБ, предоставляемых в рамках систем общественного здравоохранения, реализация этих мер потребует более активного участия частного сектора, гражданского общества и сообществ работников здравоохранения. Однако необходимость расширения немедицинских вмешательств предполагает участие большего числа немедицинских организаций. Планирование ликвидации ТБ и инвестирование в нее является не только задачей министерств здравоохра-

нения, но и других министерств и ведомств, в том числе органов, ответственных за социальное обеспечение, финансы, вопросы труда, жилищного строительства, развитие городской среды и сельского хозяйства. Привлечение министерства финансов — с обеспечением стратегического участия НТП и активистов из разных секторов в процессы составления государственного бюджета — имеет решающее значение для увеличения потока ресурсов в многоотраслевые мероприятия по борьбе с ТБ.

Улучшение медицинских услуг: ВОУЗ

Усилия по борьбе с ТБ и достижению ВОУЗ тесно взаимосвязаны. В 2018 году примерно у 40% людей с ТБ не было доступа к надлежащему лечению. Фактически, учитывая огромное глобальное бремя ТБ, расширение усилий по борьбе с ТБ обеспечивает основу для достижения ВОУЗ и потенциал для укрепления систем здравоохранения с использованием инфраструктуры, изначально созданной в целях лечения ТБ. В то же время глобальные усилия по достижению ВОУЗ предоставляют возможность нарастить масштабы противотуберкулезных услуг, сделать их дешевле, доступнее и качественнее. Поэтому социальная защита и ВОУЗ являются основными компонентами Стратегии по ликвидации ТБ. Второй компонент стратегии направлен на обеспечение скоординированного осуществления политики в области здравоохранения и социальной политики для устранения общественных детерминант ТБ.

ВСТАВКА 5.1.

ОСНОВНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ПО БОРЬБЕ С ТБ В ПОЛИТИЧЕСКОЙ ДЕКЛАРАЦИИ ООН ПО ВОУЗ

Подтвердить строгие обязательства, взятые в рамках политических деклараций и принятых на Заседании высокого уровня по борьбе со СПИДом, борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам, ликвидации туберкулеза и профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, а также в рамках резолюций Генеральной Ассамблеи под названием «Закрепление достигнутых успехов и активизация борьбы с малярией и усилий по ее

ликвидации к 2030 году в развивающихся странах, особенно в Африке».

Мобилизовать усилия по борьбе с инфекционными заболеваниями, включая ВИЧ/СПИД, туберкулез, малярию и гепатит, в рамках всеобщего охвата услугами здравоохранения, обеспечить поддержку и улучшение полученных результатов за счет внедрения комплексных подходов и интегрированных услуг, никого не оставляя в без внимания¹.

¹ Политическая декларация Заседания высокого уровня по всеобщему охвату услугами здравоохранения «Всеобщий охват услугами здравоохранения: совместные усилия по построению более здорового мира». Нью-Йорк: Генеральная Ассамблея ООН; 2019 г. <https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>

После многих лет игнорирования вопроса о ВОУЗ сейчас он занял важное место в политической повестке дня. В сентябре 2019 года Генеральная Ассамблея ООН созвала ЗВУООН по ВОУЗ. Разработанная Политическая декларация по ВОУЗ¹, впоследствии была одобрена Генеральной Ассамблеей ООН, которая подтвердила обязательства, установленные в Политической декларации по борьбе с ТБ. В рамках документа государства также обязались активизировать усилия по борьбе с ТБ путем продвижения комплексных подходов и интегрированного предоставления услуг, чтобы гарантировать, что никто не будет оставлен без внимания.

Крайне важно, чтобы программы по борьбе с ТБ учитывали возможности, имеющиеся сейчас, когда политики высокого уровня сосредоточили свое внимание на ТБ и ВОУЗ и активно участвуют в мероприятиях по обеспечению более широкого доступа к лечению ТБ в рамках национальных усилий по достижению ВОУЗ. В зависимости от ситуации в странах,

¹ Политическая декларация Заседания высокого уровня по всеобщему охвату услугами здравоохранения «Всеобщий охват услугами здравоохранения: совместное движение для построения более здорового мира». Нью-Йорк: Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций; 2019 г. <https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>

для того чтобы стать частью инициативы ВОУЗ и медицинского страхования, программам по борьбе с ТБ, возможно, потребуется реструктурировать бюджеты, механизмы оказания услуг и методики сбора данных.

Финансирование здравоохранения стало важным аспектом глобальных усилий по достижению ВОУЗ, и схемы медицинского страхования все чаще внедряются во многих странах с низким уровнем дохода. Тем не менее у многих людей, подверженных риску заболевания ТБ, отсутствует медицинская страховка. Несмотря на то что лечение ТБ и уход в государственном секторе остаются бесплатными, следует прилагать усилия для включения людей, подверженных риску заболевания ТБ, в национальные системы медицинского страхования. Как говорилось в главе 4, работники здравоохранения местных сообществ могут помочь в поиске «невывявленных» миллионов людей, нуждающихся в лечении ТБ, устанавливая связи в сообществе, отслеживая контакты людей, инфицированных ТБ, и проводя разъяснительную работу среди членов их семей. Необходимо усилить потенциал медицинских учреждений с целью предоставления противотуберкулезной помощи и услуг большему количеству нуждающихся людей.

ВСТАВКА 5.2. ЧТО ТАКОЕ ВОУЗ?

ВОУЗ — это предоставление всем людям возможности пользоваться необходимыми медицинскими услугами достаточно высокого качества для обеспечения их эффективности и гарантия того, что доступ к таким услугам не станет непосильным финансовым бременем для их пользователей.¹ ЦУР 3 гарантирует здоровье и благополучие всех людей любого возраста. Данная цель направлена на достижение ВОУЗ, который вклю-

чает защиту от финансовых рисков, охват всех людей качественными базовыми медицинскими услугами и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим базовым лекарствам и вакцинам. В отношении туберкулеза ВОУЗ подразумевает охват лечением и услугами гарантированного качества всех людей любого возраста с ЛЧ-ТБ, ЛУ-ТБ, туберкулезной инфекцией и зоонозным ТБ.

¹ Что такое всеобщий охват услугами здравоохранения? [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 г. http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/

Интеграция борьбы с ТБ в мероприятия по снижению уровня бедности и социальной защите

Существует широко задокументированная и сильная положительная корреляция между бедностью и ТБ во всех возрастных группах. В новом обзоре восприимчивости детей к ТБ взаимосвязь между детским ТБ и бедностью описывается как «преобладающая», причем бедность является основным фактором, подвергающим детей риску контакта с больными ТБ, инфицирования, развития активной формы заболевания и неудачных результатов лечения.² Недавнее статистическое моделирование, проведенное экспертами ВОЗ, Лондонской школы гигиены и тропической медицины и других университетов, показало, что искоренение крайней нищеты и расширение охвата мер социальной защиты приведет к снижению заболеваемости ТБ на 84,3% к 2035 году.³

В дополнение к прямым затратам, связанным с лечением ТБ, многие домохозяйства также несут значительные расходы, связанные с поездками, питанием, уходом за детьми, а также потерей источника дохода. Эти затраты могут стать катастрофическими для семей, так как расходы на лечение могут превышать 40% от чистого дохода.⁴ Потери составляют в среднем 60% всех расходов больных ТБ, и 25% из них связаны с такими прямыми расходами, как оплата анализов, лекарств и госпитализации.⁵ Решение этих проблем и устранение катастрофических расходов имеет решающее значение для ликвидации ТБ, особенно потому, что болезнь слишком часто поражает бедные, получающие недостаточное питание семьи.

Фактические данные показывают, как социальная защита, в частности, ориентированная на поддержку приверженности пациентов лечению, может улучшить результаты лечения ТБ и оперативные результа-

ты.⁶ Многие программы социальной защиты используют стимулирующие денежные перечисления в качестве метода привлечения заинтересованных лиц. Эта модель применялась для улучшения систем общественного здравоохранения во многих СНСУД, особенно в Бразилии, а в последнее время и в Индии (см. вставку 5.4: Национальная программа прямых денежных переводов Индии).

Меры социальной защиты требуют поддержки со стороны системы здравоохранения и других отраслей. Программы в области питания должны сотрудничать со Всемирной продовольственной программой и национальными учреждениями, отвечающими за продовольствие и питание. Программы денежных переводов для бедных слоев населения, которые часто осуществляются в рамках работы министерства социального обеспечения, должны стать доступными и для людей с ТБ. Дополнительные операционные исследования могут продемонстрировать влияние мероприятий по социальной защите и определить более эффективные средства их осуществления.⁷

2 Roy R, Whittaker E, Seddon J, et al. Children and *Mycobacterium tuberculosis*: a review of susceptibility and protection. *Lancet Infect Dis.* 2019;19(3):e96–108. doi:10.1016/S1473-3099(18)30157-9

3 Carter D, Glaziou P, Lönnroth K, et al. The impact of social protection and poverty elimination on global tuberculosis incidence: a statistical modelling analysis of Sustainable Development Goal 1. *Lancet Glob Health* 2018;6:e514–22. doi:10.1016/S2214-109X(18)30195-5

4 Xu K, Evans DB, Kawabata K. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet.* 2003;362:111–7. doi:10.1016/S0140-6736(03)13861-5

5 Eliminating the financial hardship of TB. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 г. http://www.who.int/tb/publications/UHC_SP_factsheet.pdf

6 Boccia D, Hargreaves J, Lönnroth K, et al. Cash transfer and microfinance interventions for tuberculosis control: review of the impact evidence and policy implications. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2011;15:S37–49. doi:10.5588/ijtld.10.0438

7 Lutge E, Lewin S, Volmink J, et al. Economic support to improve tuberculosis treatment outcomes in South Africa: a pragmatic cluster-randomized controlled trial. *Trials.* 2013;14:154. doi:10.1186/1745-6215-14-154

ВСТАВКА 5.3.

ЧТО ТАКОЕ СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА, И КАКИЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ПРАВИТЕЛЬСТВА Взяли на себя в данной сфере?

Социальная защита включает в себя действия государства, направленные на борьбу с нищетой, экономическими потрясениями и социальной уязвимостью с учетом взаимосвязи между социальной изоляцией и бедностью. Благодаря поддержке в виде доходов или в натуральной форме и программ, направленных на расширение доступа к услугам, социальная защита помогает людям реализовывать свои права.¹

В понятие социальной защиты входит и социальная поддержка, включающая в себя различные стратегии сопровождения людей на протяжении всего курса лечения от ТБ. Вот некоторые примеры распространенных стратегий социальной поддержки при ТБ:

- **ПОДДЕРЖКА ПАЦИЕНТОВ:** поддержка людей при прохождении полного курса лечения;
- **ФИНАНСОВАЯ ПОДДЕРЖКА:** пособия или компенсации для покрытия расходов на лечение или оказание нутритивной поддержки во время лечения;
- **САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ:** направление напоминаний о возобновлении приема лекарств, помощь в разработке методов преодоления трудностей во время лечения;
- **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА:** помощь в облегчении психологического бремени ТБ посредством участливого отношения, укрепления доверия и заботы.

Одобрив Политическую декларацию ООН по ВОУЗ, правительства взяли на себя обязательство «остановить рост и обратить вспять тенденцию катастрофического роста издержек на медицинские услуги, оплачиваемых из собственных средств, путем принятия мер по обеспечению защиты от финансовых рисков и ликвидации обнищания из-за расходов, связанных со здоровьем, к 2030 году, с особым акцентом на поддержку бедных, а также тех, кто уязвим или находится в уязвимом положении».²

Приняв Политическую декларацию ООН по борьбе с ТБ, правительства также взяли на себя обязательство содействовать многоотраслевому сотрудничеству и осуществлять его с целью:

- обеспечения **СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ** детей, затронутых ТБ, а также их опекунов;
- усиления поддержки и наращивания потенциала в странах, где существуют системы **СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ** с ограниченными ресурсами;
- помощи развивающимся странам в увеличении внутренних доходов и обеспечения двусторонней финансовой поддержки для выполнения стратегий по ВОУЗ и **СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ**.³

1 UNICEF social inclusion, policy and budgeting [веб-сайт]. Нью-Йорк: ЮНИСЕФ. <https://www.unicef.org/socialpolicy/>

Чтобы сделать максимально эффективными коллективные усилия по достижению связанных со здоровьем ЦУР, в 2018 году 11 крупнейших международных агентств в области здравоохранения и развития разработали рамочную основу сотрудничества — Глобальный план действий по обеспечению здорового образа жизни и благополучия для всех⁸. Этот рамочный документ основывается на трех стратегических подходах: согласование, ускорение, отчетность. Более подробная информация о том, как мировые организации в сфере здравоохранения совместно работают над ускорением прогресса в деле ликвидации ТБ и достижения ВОУЗ, содержится по ссылке:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311667>

8 Towards a global action plan for healthy lives and well-being for all: uniting to accelerate progress towards the health-related SDGs. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 г. <https://www.who.int/iris/handle/10665/311667>

Странам предлагается провести оценку существующих барьеров для доступа к услугам по лечению ТБ и рассмотреть возможность их устранения в рамках программы достижения ВОУЗ. ВОЗ разработала руководство по исследованию затрат больных ТБ, которое страны могут использовать для оценки факторов, влияющих на расходы пациентов с ТБ и их семей.⁹ Результаты исследования затем могут использоваться для улучшения финансовой политики и социальной защиты семей, затронутых ТБ. Медицинский персонал, который осуществляет лечение больных ТБ, должен быть осведомлен о политиках и программах социальной защиты, таких как пособия по инвалидности, на которые имеют право люди с ТБ. Кроме того, с учетом значения ТБ для общественного здравоохранения как инфекционного заболевания, передающегося по воздуху, противотуберкулезное лечение и услуги следует включить в пакеты социального обеспечения.

9 Tuberculosis patient cost surveys: a handbook. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. https://www.who.int/tb/publications/patient_cost_surveys/en/

Аналогичным образом страны должны применять результаты исследований в области социальной защиты для разработки и оптимизации соответствующих мероприятий для людей, затронутых ТБ. Сеть междисциплинарных исследований SPARKS (Исследования и обмен знаниями в области социальной защиты) оценивает влияние стратегий социальной защиты на результаты мероприятий в области здравоохранения, экономики и других сферах. Члены сети SPARKS провели исходные исследования катастрофических расходов на здравоохранение, программ денежных переводов, социальной политики, государственных мер социальной защиты и связанных с ними вопросов в Бразилии, Индии, Южной Африке, Вьетнаме и других странах.¹⁰

10 Отчеты и публикации сети SPARKS. Стокгольм: Секретариат сети SPARKS; 2018 г. <https://sparknetwork.ki.se/news-and-events/publications/>

Решение проблемы устойчивости к противомикробным препаратам в контексте ВОУЗ

Генеральная Ассамблея ООН, «Большая двадцатка», «Большая семерка», БРИКС и блок Азиатско-Тихоокеанского экономического сотрудничества, а также министры стран Юго-Восточной Азии и Африканского союза выпустили отдельные коммюнике, в которых устойчивость к противомикробным препаратам (УПП) названа критической угрозой глобальной безопасности в области здравоохранения и экономического процветания, а также содержится обещание предпринять соответствующие меры для решения этой проблемы. Только ЛУ-ТБ является причиной почти одной трети всех смертей от устойчивых патогенных микроорганизмов, что делает усилия по борьбе с ТБ важной частью мер реагирования на УПП и важнейшим элементом глобальной программы в области безопасности в сфере здравоохранения.¹¹

Обеспечение всеобщего охвата лечением ТБ и одновременное предоставление людям с

ТБ и их семьям социальной поддержки, необходимой для получения качественного лечения и профилактики, крайне важны для решения проблемы УПП. ЛУ-ТБ может развиться в любое время, если больной получает неадекватное, некачественное или

11 Tuberculosis – the cornerstone of the AMR threat. Лондон: Европейская коалиция по борьбе с ТБ; 2017 г. http://www.tbcoalition.eu/wp-content/uploads/2015/03/AMR_brochure_spreads.pdf

неполное лечение. К сожалению, условия жизни, типичные для мест с низким уровнем дохода, особенно городов, сообщества которых испытывают дефицит питания и качественного медицинского обслуживания, обычно затрудняют завершение лечения ТБ, что приводит к появлению лекарственной устойчивости.¹² Сегодня из-за огромного числа людей, получивших такое некачественное лечение, постоянно распространяются устойчивые штаммы ТБ, что становится причиной появления большинства новых случаев МЛУ-ТБ и ТБ с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ). В частности, МЛУ-ТБ стал серьезной проблемой. Результаты недавно проведенного моделирования показали, что у троих из 1000 человек в мире развивается

МЛУ-ТБ, причем показатель распространенности МЛУ-ТБ примерно в 10 раз выше среди лиц в возрасте до 15 лет.¹³

Предоставление каждому человеку с ТБ доступа к надлежащему лечению и поддержке для его успешного завершения является необходимым условием для ликвидации ТБ и устранения угрозы глобальной безопасности, которую представляет лекарственная устойчивость. Научные исследования и разработки новых инструментов диагностики, профилактики и лечения ТБ также имеют решающее значение и рассмотрены в главе 6.

12 Lange C, Chesov D, Heyckendorf J, et al. Drug-resistant tuberculosis: an update on disease burden, diagnosis and treatment. *Respirology*. 2018;23:656–73. doi:10.1111/resp.13304

13 Knight GM, McQuaid CF, Dodd PJ, et al. Global burden of latent multidrug-resistant tuberculosis: trends and estimates based on mathematical modelling. *Lancet Infect Dis*. 2019;19:903–12. doi:10.1016/S1473-3099(19)30307-X

Улучшение городской среды

В ближайшие десятилетия большая часть роста населения мира будет происходить в городах. Во многих странах с низким уровнем дохода, и даже во многих странах со средним уровнем дохода, города растут быстро, но без особого планирования или наличия ресурсов. Это приводит к тому, что беднейшие слои населения вынуждены жить в трущобах. Для такого передающегося по воздуху заболевания, как ТБ, заболеваемость которым напрямую связана со скученностью людей, плохой вентиляцией, антисанитарией и недоеданием, эта тенденция развития имеет существенные последствия.

Стратегии развития городов, которые улучшают физическую среду и уменьшают скученность людей, потенциально могут внести существенный вклад в борьбу с ТБ.¹⁴ Медицинские учреждения, которые удобно расположены по отношению к жилью, могут

улучшить связь со службами здравоохранения. Улучшение условий жизни в городах также будет способствовать решению проблем, связанных с другими заболеваниями, такими как диарея и пневмония, которые возникают в результате скученности людей, плохого качества воды и антисанитарии.

14 Hargreaves JR, Boccia D, Evans CA, et al. The social determinants of tuberculosis: from evidence to action. *Am J Public Health*. 2011;4:654–62. doi:10.2105/AJPH.2010.199505

Правовые нормы

Многочисленные юридически подтвержденные договоры, конвенции и национальные конституции гарантируют людям право на наивысший достижимый уровень здоровья. В тех случаях, когда правительства недостаточно защищали это право, люди обращались в суды с целью заставить государство соблюдать их права на доступ к основным медицинским услугам, на свободу от дискриминации и другие права.

В некоторых случаях судебный процесс может стать для лиц, затронутых ТБ, важным инструментом.¹⁵ Школа права Чикагского университета в США и Глобальная инициатива по лекарственно-устойчивому ТБ составили ценный сборник прецедентов, посвященный ТБ и правам человека. Он включает в себя резюме судебных дел из различных стран, касающихся

связанных с ТБ проблем, включая бесчеловечное и унижающее достоинство обращение, выплату компенсаций, принудительную изоляцию, дискриминацию при найме на работу, халатность, право на неприкосновенность частной жизни и другие вопросы.¹⁶

15 McBroom. Litigation as TB rights advocacy. Health Hum Rights. 2016;18(1):69–84.

16 Tuberculosis, human rights and the law. 1-е изд. Чикаго: International Human Rights Clinic, Школа права Чикагского университета; 2017 г. [http://www.stopTB.org/assets/documents/communities/TB%20Human%20Rights%20and%20the%20Law%20Case%20Compendium%20\(First%20Edition\).pdf](http://www.stopTB.org/assets/documents/communities/TB%20Human%20Rights%20and%20the%20Law%20Case%20Compendium%20(First%20Edition).pdf)

Создание благоприятной среды: политическая воля и решения

Адвокатская деятельность позволяет привлечь внимание к проблеме ТБ и обеспечить подотчетность действий во всех соответствующих отраслях. Привлечение и вовлечение союзников из разных секторов, а также создание широкой влиятельной группы, которая может оказать помощь в принятии необходимых ответных мер для ликвидации ТБ, требуют значительных изменений в образе мышления как внутри, так и вне сообщества людей, затронутых ТБ. ТБ является неотложной социальной проблемой, и сообщество по борьбе с этим заболеванием не может справиться с ней в одиночку.

Когда речь заходит о надзоре за разработкой многоотраслевой политики в отношении ТБ, которая также согласуется с национальными стратегиями ВОУЗ и УПП, одним из способов обеспечения лучшей интеграции борьбы с ТБ с другими программами является создание странами координационного совета по ТБ на национальном уровне, аналогичного национальному совету по СПИДу, и более тесное сотрудничество с существующими национальными комитетами здравоохранения. Национальные советы могут задействовать

в соответствующей работе иные министерства, помимо министерства здравоохранения. Например, они могут привлекать министерство финансов к созданию бюджетного пространства, министерство жилищного строительства — к решению проблем городского перенаселения и пересмотру строительных норм и правил, необходимых для обеспечения достаточной вентиляции, а органы правосудия — к защите прав людей, затронутых ТБ.

Руководителям НТП проблематично возглавлять скоординированные мероприятия с участием нескольких министерств и ведомств. Однако при наличии достаточных ресурсов и политической поддержки на высоком уровне они могут эффективно консультировать другие программы в том, как включить вопросы ТБ в их деятельность. Политическая воля должна исходить от консорциума министров и высокопоставленных правительственных чиновников, даже если их необходимо побудить к действиям усилиями активистов, лиц, переживших ТБ, затронутых сообществ и их союзников, а также бизнес-лидеров и деятелей культуры.

То, как осуществляется аргументация, также является крайне важным. Сосредоточение внимания на ТБ также повысит эффектив-

ность работы по достижению других ЦУР ООН. Меры социальной защиты могут оказывать воздействие на несколько заболеваний одновременно, что делает их применение весьма ценным и экономически эффективным.

Поскольку факторы риска ТБ разнообразны, политические стратегии должны включать в себя подходы, касающиеся непосредственно ТБ (т.е. мероприятия, которые напрямую затрагивают людей с ТБ и влияют на конкретные показатели), и так называемые ТБ-чувствительные подходы (т.е. мероприятия, которые затрагивают людей, подверженных риску заражения ТБ, и способны косвенно уменьшить их уязвимость: например, улучшение жилищных условий и вентиляции или сельскохозяйственная политика, направленная на улучшение питания).

ВСТАВКА 5.4.

НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПРЯМЫХ ДЕНЕЖНЫХ ПЕРЕВОДОВ В ИНДИИ

В марте 2018 года правительство Индии ввело в действие систему прямых денежных переводов для людей с ТБ. Программа денежных переводов является одной из нескольких мер социальной защиты и поддержки, включенных в Национальный стратегический план по ликвидации ТБ в Индии на 2017–2025 годы. Программа под названием Nikshay Poshan Yojana (NPY) предусматривает прямые денежные переводы в размере 500 индийских рупий (приблизительно 8 долларов США) в месяц на банковские счета людей с ТБ или их близких родственников. Данные средства должны использоваться для нутритивной поддержки.

Перевод адресных пособий (ПАП) — это механизм, который может обеспечить целенаправленную и прозрачную доставку пособий гражданам с помощью технологий. Что касается ТБ, ПАП был реализован с помощью четырех схем в рамках НТП Индии:

- Nikshay Poshan Yojana (NPY);
- вознаграждения лицам, помогающим в лечении;
- предоставление вспомогательных транспортных услуг людям с ТБ, проживающим на территориях племен;
- финансовые стимулы для регистрации случаев ТБ и обеспечения успеха лечения, предоставляемые частным поставщикам медицинских услуг и тем, кто направляет больных на лечение от ТБ.

После обработки реквизитов банковского счета и уникального идентификационного номера человека с ТБ в Nikshay — электронной онлайн-системе регистрации случаев ТБ — эта информация передается в Систему управления государственными финансами (СУГФ), которая зачисляет средства на указанный банковский счет. Тот же самый подход используется в отношении лиц, помогающих в лечении, и частных поставщиков медицинских услуг.

С апреля 2018 года по март 2019 года с помощью NPY более 1,5 миллиона людей получили денежные пособия на сумму более 36 миллионов долларов США, в то время как лицам, помогающим в лечении, больным ТБ, проживающим на территориях племен, и частным поставщикам медицинских услуг было выделено 3 миллиона долларов США. Средства на оказание этих финансовых услуг поступают из национального бюджета Индии для борьбы с ТБ из займа, полученного от Всемирного банка.

См. подробнее:

<https://tbcindia.gov.in/WriteReadData/India%20TB%20Report%202019.pdf>

<https://tbcindia.gov.in/index1.php?lang=1&level=1&sublinkid=4802&lid=3316>

ВСТАВКА 5.5.

СОХРАНЕНИЕ СПОСОБНОСТИ ПОКОНЧИТЬ С ТБ: УРОКИ ИСТОРИИ

Проведенный в 2002 году анализ истории правил и руководящих указаний ВОЗ начиная с 1948 года¹ показал, что политические подходы на протяжении десятилетий несколько раз менялись с переходом от вертикальных, специфичных для ТБ подходов, к более широкой интеграции лечения ТБ в общее амбулаторное обслуживание. Затем последовала интеграция функций управления, специфичных для ТБ, основанная на предположениях о том, что внедрение таких специализированных функций (например, обучение, контроль, логистика и коммуникации в области борьбы с ТБ) сделает их реализацию эффективнее и дешевле. Реформа здравоохранения 1980-х гг. привела к дальнейшей интеграции того, что ранее считалось специализированными функциями целевых программ по борьбе с ТБ.

В результате НТП были в сущности ликвидированы во многих странах. Эта ликвидация привела к сокращению количества специалистов со знаниями и опытом в сфере борьбы с ТБ, уменьшению поддержки исследований по ТБ и значительному дефициту ресурсов именно тогда, когда пандемия ВИЧ вызвала новую волну эпидемии ТБ. Потребность в срочных мерах по противодействию ТБ побудила страны к пересмотру своих программ по борьбе с

ТБ в 1990-х гг. — десятилетия, в котором международное сообщество также приняло DOTS (лечение под непосредственным наблюдением, короткая схема) в качестве стандартной стратегии противотуберкулезного вмешательства. После 2000 года страны вновь начали интегрировать противотуберкулезные услуги и функции в другие области системы здравоохранения.

Из анализа этой истории можно понять, что ни вертикальные подходы, ни чрезмерная интеграция функций по борьбе с ТБ не являются полностью успешными решениями. Кроме того, специализированные и интегрированные подходы не являются взаимоисключающими. Таким образом, наилучший способ покончить с ТБ заключается в использовании смешанного подхода, который по-прежнему сохраняет специализированные функции в некоторых областях (например, для планирования, обучения, мониторинга заболеваний и оценки), интегрирует предоставление услуг в рамках первичной медико-санитарной помощи, вовлекает заинтересованные стороны из-за пределов сектора здравоохранения в усилия по ликвидации ТБ и опирается на эффективную адвокационную деятельность, направленную на то, чтобы ТБ занимал важное место в национальных политиках и повестках дня.

1 Raviglione MC, Pio A. Evolution of WHO policies for tuberculosis control, 1948–2001. *Lancet*. 2002;359:775–80. doi:10.1016/S0140-6736(02)07880-7

Важно собрать больше данных о взаимосвязи между ТБ и социально-экономическими мероприятиями, чтобы предоставить руководителям и парламентариям доказательства о необходимости изменения политики и способов распределения ресурсов для обеспечения социальной защиты. Решение проблемы ТБ требует крупных системных изменений в нормативно-правовой базе (например, для обеспечения рационального использования лекарственных средств и инфекционного контроля) и финансировании здравоохранения (посредством совершенствования схем медицинского страхования), а также повышения потенциала систем здравоохранения для достижения ВОУЗ.

ВСТАВКА 5.6.

ЯПОНИЯ: РАСШИРЕНИЕ ОХВАТА ЛЕЧЕНИЕМ ТБ НА ПУТИ К ВОУЗ

В 1961 году Япония достигла цели по ВОУЗ. В 1950-х годах ТБ был основной причиной смертей в стране и получил неофициальный статус «национальной болезни». ТБ был настолько распространен, что более 20% от общих медицинских расходов было выделено на лечение ТБ.

В 1951 году был принят Национальный закон о профилактике ТБ, после чего Министерство здравоохранения и социального обеспечения начало масштабную кампанию по борьбе с ТБ путем укрепления систем общественного здравоохранения, что привело к сокращению числа больных на 25% к 1958 году.¹ Быстро наращивания масштабов борьбы с ТБ удалось добиться с помощью следующих мер:

- сотрудничество национального правительства с частным сектором, сообществом и частными лицами;
- выделение в рамках национальных программ медицинского страхования специального бюджета на борьбу с ТБ, который использовался для расширения охвата населения противотуберкулезным лечением и услугами;
- вовлечение местных властей в национальную противотуберкулезную кампанию.²

Инфраструктура, системы и процессы, созданные в ходе кампании по борьбе с ТБ в Японии, создали возможности для достижения ВОУЗ.

1 Jimba M, Fujimura MS, Ong KIC. How can we avoid making universal health coverage a white elephant? *Lancet*. 2019;393(10189):2394. doi:10.1016/S0140-6736(19)30213-2

2 Takemi K. Proposal for a T-shaped approach to health system strengthening. *Health Syst Reform*. 2016;2(2):8-10. doi:10.1080/23288604.2015.1123339





6.НОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ



РЕЗЮМЕ

Несмотря на то, что мы можем ускорить прогресс, мы не в состоянии положить конец эпидемии ТБ с помощью средств, имеющихся в нашем распоряжении на сегодняшний день. Необходимо срочно увеличить инвестиции в новые средства диагностики, схемы лечения и вакцины, а также фундаментальные научные исследования. Проведение операционных исследований также имеет решающее значение для проверки практической пользы одобренных методов лечения и вмешательств, для устранения препятствий и расширения доступа к новым инструментам наиболее эффективным и действенным способом по мере их одобрения.

За последние пять лет был достигнут впечатляющий прогресс в разработке новых инструментов, включая положительные результаты двух клинических испытаний, по эффективности вакцин, фаза IIb, опубликованных в 2018 году; появление новых быстрых молекулярных тестов на ТБ и технологий, которые имеют большие перспективы в области тестирования на лекарственную устойчивость, и одобренный Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) новый лекарственный препарат для лечения ШЛУ-ТБ.

Чтобы закрепить этот прогресс и продолжать НИР в области ТБ с помощью улучшенных вакцин, лекарств и средств диагностики, правительства стран обязались увеличить финансирование таких НИР с примерно 700 миллионов до более 2 миллиардов долларов США в год. В дополнение к этой финансовой поддержке глобальные инвестиции в фундаментальные научные исследования также должны увеличиться до 400 миллионов долларов США в год для определения наиболее перспективных подходов к новым НИР.

Задержка этих инвестиций хотя бы на один год может привести к инфицированию туберкулезом 4,8 миллиона людей и 670 тысячам смертей, в результате чего только дополнительные затраты на лечение составят 5,1 миллиарда долларов США.

Устранение дефицита финансирования НИР и создание среды, способствующей проведению исследований, потребует согласованной адвокационной деятельности с более широким участием всех заинтересованных сторон, включая исследователей ТБ, людей, переживших ТБ, и сообществ, затронутых ТБ, которые должны работать вместе, чтобы заставить правительства отвечать за выполнение взятых обязательств. Вовлечение сообществ, затронутых ТБ, во все этапы исследовательского процесса — в том числе в исследования, которые выявляют и помогают преодолеть социальные, правовые, политические и экономические препятствия на пути разработки и обеспечения доступа к новым средствам, — жизненно важны для окончательного успеха любой исследовательской инициативы.

ПРИОРИТЕТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Осуществление последующих действий потребует совместных усилий со стороны национальных правительств, государственных и частных исследовательских учреждений, биофармацевтических компаний, благотворительных организаций, финансового сектора, гражданского общества и затронутых сообществ. Адвокация по-прежнему играет решающую роль для обеспечения ответственного отношения к выполнению данных мероприятий.

1. Ежегодно выделять более 2 миллиардов долларов США на НИР в области ТБ, чтобы восполнить ежегодный дефицит финансирования на сумму более 1,3 миллиарда долларов США. Новое финансирование должно использоваться для увеличения поддержки исследовательских институтов, партнерств и форм сотрудничества, включая партнерство по разработке продуктов (PDP), Сеть исследований в области ТБ стран БРИКС, а также инновационные механизмы финансирования и стимулирующие меры. В таблице 6.1 обобщены потребности в финансировании НИР в области ТБ, касающиеся лекарств, диагностики, вакцин и фундаментальных научных исследований.

ТАБЛИЦА 6.1: СВОДКА ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ФИНАНСИРОВАНИЯ НИР В ОБЛАСТИ ТБ (МЛН ДОЛЛ. США)*

Инструмент	Общая потребность в финансировании в 2018–2022 гг.
Лекарственные средства	6 800
Диагностика	916
Вакцины	3 067
Фундаментальные научные исследования	2 000
Итого	12 783
Потребность в ежегодном финансировании:	2 557

*Без учета финансирования внедрения

2. Ускорить разработку и использование новых инструментов. К приоритетам НИР относятся следующие:

⊕ Диагностика:

- Разработать быстрые и недорогие тесты без использования мокроты для диагностики или сортировки.
- Разработать точный ТЛЧ для критически важных лекарственных препаратов.
- Усовершенствовать средства выявления латентного ТБ и тестирования, определяющие риск развития активного ТБ.

⊕ Лекарства:

- Увеличить число новых лекарств-кандидатов на стадии клинических испытаний с инновационными механизмами действия.
- Содействовать разработке новых режимов лечения, превосходящих существующие по эффективности.
- Сосредоточиться на стратегиях сокращения сроков лечения активного и латентного ТБ.

⊕ Вакцины:

- Ускорить разработку вакцин-кандидатов, включая поздний этап оценки вакцины-кандидата M72/AS01E, провести работу со странами по подготовке к успешному лицензированию и внедрению вакцин.
- Ускорить разработку вакцин-кандидатов следующего поколения для обеспечения высокоэффективными вакцинами всех затронутых ТБ групп населения.

- Провести оценку новаторских концепций противотуберкулезных вакцин и изучить механизмы и связь с иммунитетом, индуцированным вакциной.
3. Инвестировать 400 миллионов долларов США в фундаментальные научные исследования, направленные на лучшее понимание наиболее перспективных подходов к поиску новых средств диагностики ТБ, противотуберкулезных лекарственных препаратов и вакцин.
 - ✦ инвестирования и поддержки талантливых исследователей в области ТБ;
 - ✦ поддержки оперативных исследований, направленных на понимание того, как оптимально внедрить новые инструменты в конкретной стране и местных условиях.
 4. Создать благоприятную среду для НИР в области ТБ путем:
 - ✦ разработки, финансирования и реализации национальных стратегий НИР в области ТБ;
 - ✦ расширения возможностей исследовательских центров в области проведения клинических испытаний в странах с высоким бременем ТБ и МЛУ-ТБ;
 - ✦ организации и согласования процессов регулирования стадий исследования от клинической разработки до представления в регулирующие органы и одобрения на региональном уровне, а также путем
 5. Оптимизировать доступ к новым инструментам с помощью комплексных стратегий, разработанных для новых лекарств, средств диагностики и вакцин, при поддержке оперативных исследований, которые выявляют и помогают преодолеть социальные, политические, правовые и экономические барьеры для доступа.
 6. Вести эффективную адвокацию; укреплять системы сообщества, повышать научную грамотность и уровень вовлечения в исследования сообществ, затронутых ТБ; включать активистов и членов сообществ, затронутых ТБ, в структуры по принятию решений и научные обсуждения.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ ТБ

Когда речь заходит об инвестициях в НИР в области ТБ, мы не можем себе позволить использовать старые подходы. Без новых лекарств, средств диагностики и эффективных вакцин мы не добьемся значительного сокращения показателей заболеваемости и смертности, и миллионы людей скончаются от этой болезни. Правительства стран должны поддерживать НИР в области ТБ путем разработки и финансирования национальных планов исследований в области ТБ или включения ТБ в национальные программы исследований в области здравоохранения. Усилия в области НИР должны быть основаны на потребностях и фактических данных и придерживаться ключевых принципов доступности, эффективности, справедливости и сотрудничества.

В следующем разделе описаны приоритеты важнейших видов инвестиций в новые средства борьбы с ТБ, прогнозируемое влияние новых инвестиций и ключевые успехи НИР, достигнутые за последние пять лет.

Стратегические программы НИР в области новых инструментов борьбы с ТБ

ТАБЛИЦА 6.2: СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА 2018–2022 ГГ.

Концепция:

Разработка более эффективных лекарств и схем лечения с более короткими сроками применения для всех возрастных групп и населения, затронутого ТБ

Цели:

Внедрение новой более короткой схемы лечения (2–4 месяца), предусматривающей прием трех–четырёх новых лекарств, в отношении которых еще не выработалась резистентность, для лечения как ЛЧ-ТБ, так и ЛУ-ТБ.

Внедрение более коротких схем профилактики ТБ.

Задача	Этап	Основные мероприятия	Необходимое финансирование в 2018–2022 гг (в млн долл. США)
Поддержка разработок посредством фундаментальных исследований новых противотуберкулезных препаратов	Новые кандидаты для клинических исследований, вступающие в фазу I	Ускорение скрининга и оптимизации новых химических соединений; проверка биомаркеров; разработка моделей на животных, которые в большей степени предсказывают клиническую эффективность; определение новых целей для лекарственных препаратов	1 400
Поддержка возможностей исследовательских центров	Увеличение количества объектов, соответствующих правилам надлежащей клинической практики/ надлежащей лабораторной практики (GCP/GLP) и доступных для испытаний противотуберкулезных лекарств	Выявление объектов, соответствующих GCP/ GLP, оказание поддержки и организация обучения на таких объектах	400
Разработка более короткой схемы лечения ЛЧ-ТБ	Завершение фазы III 2–4–месячной схемы лечения ЛЧ-ТБ и, по возможности, универсальной схемы лечения всех активных форм ТБ	Проведение следующих испытаний: исследования фармакокинетики, фаза I, фаза II (EBA, SSCC, исследования взаимодействия лекарств) и фаза III для ускорения разработки двух–трех новых более коротких схем лечения	2 000
Разработка безопасной, более эффективной и более короткой схемы лечения МЛУ-ТБ	Завершение фазы III испытания более короткой схемы лечения МЛУ-ТБ	Проведение следующих испытаний: исследования фармакокинетики, фаза I, фаза II и фаза III для ускорения разработки двух–трех новых более коротких схем лечения	800

Задача	Этап	Основные мероприятия	Необходимое финансирование в 2018–2022 гг (в млн долл. США)
Улучшение лечения для детей одновременно с мерами, касающимися взрослых	Завершение разработки формулы препарата и его клинические испытания на детях одновременно с внедрением любой новой схемы лечения взрослых	Раннее включение детей в испытание новых схем лечения; разработка безопасных, надежных и удобных схем для всех форм ТБ у детей на ранних этапах развития; проведение исследований взаимодействия лекарств в случаях, когда такие исследования на детях предусмотрены нормативными требованиями	200
Разработка безопасной и высокоэффективной схемы лечения латентной туберкулезной инфекции	Завершение фазы III испытания более безопасной и высокоэффективной схемы лечения латентной туберкулезной инфекции	Проведение фазы III испытаний новых схем лечения туберкулезной инфекции с целью сокращения продолжительности лечения	120
Обеспечение внедрения новых противотуберкулезных лекарств и схем лечения на уровне страны	Доступ к новым утвержденным лекарствам и схемам лечения для пациентов, особенно в странах с высоким бременем ТБ	Включение новых лекарств и схем лечения в национальные политики и руководства; внедрение механизмов ускорения процедур регулирования в странах; привлечение ключевых заинтересованных сторон; проведение широкомасштабного обучения для поставщиков медицинских услуг	700
Привлечение сообществ и гражданского общества ко всему процессу разработки лекарств и предоставления доступа к ним	Сообщество и гражданское общество должны участвовать во всех процедурах и обсуждениях, связанных с принятием решений, а также процессах открытия и разработки лекарств	Включение представителей сообществ и гражданского общества в консультативные комитеты, разработку протоколов и планов исследований, научные сети и другие обсуждения, связанные с разработкой лекарств от ТБ	90
ОБЩИЙ ОБЪЕМ НЕОБХОДИМОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ			5 710

ТАБЛИЦА 6.3: СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ СРЕДСТВ ДИАГНОСТИКИ НА 2018–2022 ГГ.

Концепция:

Обеспечение ранней и универсальной диагностики для всех людей с любой формой ТБ для ускорения прогресса на пути ликвидации ТБ с помощью предоставления доступа к подходящим недорогим решениям, доступным в конкретных условиях, и контроля за соответствием результатов диагностики дальнейшему лечению, а также создание основы для постоянного мониторинга устойчивости к лекарственным средствам

Цели:

Разработка новых диагностических инструментов и сопутствующих решений для решения следующих задач:

1. Улучшение процесса выявления случаев ТБ с помощью точных тестов, обеспечивающих ориентированное на пациентов применение на всех уровнях системы здравоохранения, для всех групп населения, включая детей и людей, живущих с ВИЧ, и ключевые группы населения, а именно: уязвимые группы, мигранты, социально ущемленные группы; и разработка инновационных диагностических стратегий, которые обеспечивают лучший охват людей с ТБ.
2. Обеспечение своевременного и эффективного лечения для сокращения смертности и дальнейшей передачи инфекции, а также предотвращение возникновения устойчивости к противомикробным препаратам путем быстрого и простого выявления резистентности к существующим и новым препаратам.
3. Разработка принципиально новых тестов для быстрого проведения ТЛЧ и мониторинга лечения/оценки результатов лечения с целью раннего выявления его эффективности.
4. Надежный способ выявления лиц, подверженных риску перехода латентной туберкулезной инфекции в активную форму, для внедрения целенаправленного профилактического лечения и предотвращения распространения инфекции.

Задача	Этап	Основные мероприятия	Необходимое финансирование в 2018–2022 гг (в млн долл. США)
Обеспечение доступности критически важных знаний для разработки новых диагностических инструментов и решений	Проведение научных исследований и создание/улучшение возможности проведения таких исследований в области обнаружения для выявления и проверки новых маркеров	Оказание поддержки консорциумам по открытию биомаркеров с использованием различных платформ и подходов, нацеленных на: <ol style="list-style-type: none"> a. выявление активного ТБ в пункте оказания помощи по месту жительства b. выявление и описание характера мутаций; c. оценку развития в активную стадию заболевания; d. мониторинг лечения; e. проверку перспективных биомаркеров; f. ведение базы данных биомаркеров. 	194,5

Задача	Этап	Основные мероприятия	Необходимое финансирование в 2018–2022 гг (в млн долл. США)
	Обеспечение расширенного доступа к клиническим справочным материалам, которые имеют решающее значение для разработки и проверки новых средств диагностики ТБ	<p>Осуществление сбора образцов, обслуживания и расширения хранилищ, управления данными и обеспечения качества/контроля качества для создания:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. банка образцов; b. банка штаммов; c. банка образцов, полученных у детей; d. банка образцов внелегочного ТБ; e. банка образцов для мониторинга лечения; f. хранилища данных для рентгеновских снимков грудной клетки. 	32
	Содействие оценке генетических вариаций <i>M. tuberculosis</i> и их клинической значимости при разработке молекулярных тестов для выявления ЛУ-ТБ	<p>Разработка и поддержка централизованного хранилища глобальных геномных и клинически значимых данных; проверка качества и стандартизации.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Разработка базы данных, содержащей секвенирование и соответствующие метаданные из комплекса <i>M. tuberculosis</i>, и использование этих данных для подтверждения мутаций, связанных с устойчивостью к противотуберкулезным препаратам. b. Содействие предоставлению соответствующих данных о секвенировании большим количеством групп для обеспечения географического разнообразия. c. Обеспечение функционирования базы данных для поддержки мероприятий. 	31,5
	Повышение эффективности процесса ранней разработки и содействие принятию решений перед крупномасштабными испытаниями	Проведение разработок для подготовки оценочных/ демонстрационных исследований, запланированных в рамках задачи 3, для оценки их потенциального воздействия и содействие их эффективному планированию	25
	Проведение исследования и консультаций для поддержки разработки решений в области электронного здравоохранения	Определение критериев отбора пациентов/этических критериев и согласование с помощью консенсуса их идентификационных признаков	1,5
Общая задача 1 – Устранение пробелов в знаниях			284,5

Задача	Этап	Основные мероприятия	Необходимое финансирование в 2018–2022 гг (в млн долл. США)
Разработка портфеля новых диагностических инструментов в сочетании с пакетом сопутствующих решений для обеспечения соответствия результатов исследований последующему лечению пациентов	Разработка тестов и решений для диагностики активного ТБ в пунктах оказания медицинской помощи по месту жительства всем группам пациентов, включая детей и людей, живущих с ВИЧ	Оказание поддержки в разработке, технической и клинической валидации тестов в процессе разработки: <ul style="list-style-type: none"> a. тестов и решений для замены мазковых тестов; b. основанных на биомаркерах тестов и решений без использования мокроты; c. сортировочных тестов и решений для направления пациентов на лечение 	142,5
	Разработка тестов и решений для выявления лекарственной устойчивости	Оказание поддержки в разработке, технической и клинической валидации тестов в процессе разработки: <ul style="list-style-type: none"> a. ТЛЧ следующего поколения на периферийных уровнях; b. ТЛЧ для новых и перепрофилированных лекарств и схем лечения, включая тестирование минимальной ингибирующей концентрации (МИК), где это уместно; c. секвенирование нового поколения (NGS) непосредственно из мокроты. 	60,5
	Разработка тестов и решений для прогнозирования риска прогрессирования заболевания	Одобрение и переоценка профилей предназначения продуктов (TRP). Разработка тестов и проведение их технической и клинической валидации в процессе разработки, включая валидацию и аттестацию биомаркеров иммуноактивации	33
	Разработка тестов для поддержки синдромных подходов с целью содействия дифференцированию патогенных микроорганизмов и сокращения чрезмерного лечения антибиотиками	Проверка и подготовка подходящих биомаркеров для синдромных тестов у пациентов с респираторными симптомами при первом посещении служб первичной медико-санитарной помощи, способствующих дифференцировке различных патогенных микроорганизмов посредством предоставления ответа, на основе которого можно принять клинические меры	29
	Разработка тестов и решений для мониторинга лечения/оценки результатов лечения	Разработка TRP. Разработка тестов и проведение их технической и клинической валидации в процессе разработки, включая молекулярные тесты-кандидаты, а также валидация и подготовка подходящих биомаркеров	9
	Разработка решений в области электронного здравоохранения и возможностей подключения для облегчения доступа пациентов к вышеперечисленным тестам	Одобрение и переоценка профилей предназначения продуктов (TRP). Интеграция возможностей подключения в диагностические технологии и разработка приложения электронного здравоохранения и платформ агрегации	8
Общая задача 2 – Разработка портфеля новых тестов и решений			282

Задача	Этап	Основные мероприятия	Необходимое финансирование в 2018–2022 гг (в млн долл. США)
Оценка портфеля новых диагностических инструментов и решений, в том числе новых стратегий выявления случаев, а также альтернативных подходов для обнаружения случаев заболеваний, оптимизированного использования и инновационных механизмов доставки; демонстрации пользы для пациента и прогнозирования вероятного воздействия на всех уровнях системы здравоохранения	Проведение оценки в ходе клинических испытаний и демонстрационных исследований вышеуказанных новых тестов и решений, а также синдромных подходов	Проведение следующих мероприятий: a. Оценочные тесты на активный ТБ и ТЛЧ (МЛУ- и ШЛУ-ТБ) b. Демонстрационные исследования тестов на ТБ и ТЛЧ c. Демонстрационные исследования тестов, нацеленных на выявление ТБ у детей d. Демонстрационные исследования тестов, нацеленных на выявление внелегочного ТБ e. Оценка и демонстрация синдромных подходов f. Демонстрационные исследования решений в области электронного здравоохранения и платформы для диагностики через Интернет	94,5
	Прогнозирование воздействия использования улучшенной диагностики на частоту выявления ТБ, передачу инфекции и смертность пациентов	a. Разработка математических моделей b. Проведение исследований воздействия и экономической эффективности для оценки новых технологий и инновационных стратегий/подходов	70
	Проведение анализа рынка и оценка потенциала новой диагностики	Обновление и расширение существующих оценок рынка	2
Общая задача 3 – Оценка, демонстрация и воздействие			166,5
Обеспечение широкой доступности и должного использования новых полностью проверенных диагностических инструментов и решений в эндемичных странах	Внедрение новых инструментов и решений	Закупка устройств и расходных материалов для внедрения по крайней мере одной новой технологии для поддержки обнаружения активного ТБ в 90% новых случаев и лекарственной устойчивости в 100% случаев в группах высокого риска	2 300

Задача	Этап	Основные мероприятия	Необходимое финансирование в 2018–2022 гг (в млн долл. США)
	Укрепление потенциала лабораторий для соответствующего наращивания масштабов применения новых инструментов	<ul style="list-style-type: none"> a. Обучение (координация, разработка инструментов, контролеры обучения, передача образцов) b. Обеспечение качества и сопутствующие меры c. Постоянная помощь d. Помощь в виде обучения аспектам управления поставками 	228
	Обеспечение постановки ориентированного на пациента диагноза и децентрализации тестирования	<ul style="list-style-type: none"> a. Диагностическая справочная система (транспортировка образцов, доставка результатов пациентам/клиникам, последующее наблюдение пациентов) b. Решения в области мобильного/электронного здравоохранения/передача результатов c. Системы стимулирования пациентов для компенсации времени, необходимого для диагностики 	77
	Интеграция лабораторных услуг по ТБ/ВИЧ (тестирование на ТБ в регионах с повышенным бременем ВИЧ), а также осуществление скрининга для выявления сопутствующих заболеваний, таких как гепатит	Реализация демонстрационных проектов и проведение оперативных исследований на тему того, как тест на вирусную нагрузку можно использовать в качестве средства прогнозирования для скрининга на ТБ.	24
	Обеспечение интеграции частного сектора	<ul style="list-style-type: none"> a. Стимулы, содействующие использованию одобренных инструментов, для частного сектора b. Усиление потенциала лабораторий и обеспечение внешнего контроля качества инструментов, используемых в частном секторе c. Расширение масштабов применения таких моделей, как IPAQT и JEET 	23
	Поддержка скорости изменения национальной политики и процессов внутреннего регулирования	<ul style="list-style-type: none"> a. Оптимизация процессов регулирования в таких проблемных странах, как Китай, Российская Федерация и в некоторой степени Бразилия b. Поддержка изменений и принятия национальной политики (местные исследования эффективности затрат и валидации) 	33

Задача	Этап	Основные мероприятия	Необходимое финансирование в 2018–2022 гг (в млн долл. США)
	Повышение информированности заинтересованных сторон (НТП, министерств здравоохранения, технических, закупочных и финансирующих компаний, представителей сообщества пациентов)	Координирование работы с группами защиты интересов; организация семинаров с НТП, министерствами здравоохранения, агентствами по закупкам и финансированию, а также с представителями пациентов	10
	Проведение оперативного исследования на тему того, как наилучшим образом предоставлять диагностические услуги в стандартных штатных условиях для обеспечения ориентированного на пациента подхода и оценка затрат и ресурсов, используемых НТП	Проведение исследований, охватывающих различные категории и сценарии тестирования, а также разные типы условий, например, низкое/высокое время МЛУ-ТБ, низкое/высокое время ВИЧ, различные географические регионы, тестирование на латентную туберкулезную инфекцию и лечение целевых групп, стратегии отслеживания контактов	30
	Расширение производства и внедрение других мер воздействия на рынок для снижения цен	Инвестиции в коммерциализацию и успешное расширение применения	75
	Внедрение ТЛЧ для новых лекарственных препаратов и дополнительных препаратов группы С в странах	Внедрение соответствующих стратегий и протоколов тестирования, а также внешнего контроля качества для фенотипического тестирования и молекулярного обнаружения, включая ТЛЧ для новых лекарств, пересмотр критической концентрации (при необходимости) и сбор информации для разработки и реализации целевого секвенирования нового поколения	34
	Расширение возможностей секвенирования в странах к 2022 году	Создание потенциальных возможностей для выполнения NGS на уровне референтной лаборатории, проведение обучения и оказание поддержки в сфере анализа данных. Создание механизма для использования возможностей наднациональной референтной лаборатории в качестве основной движущей силы для обучения и долгосрочной поддержки	20
Общая задача 4 – Доступность и надлежащее использование новых тестов (включая внедрение)			2 854
Без внедрения			73
ОБЩИЙ ОБЪЕМ НЕОБХОДИМОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ			3 587 (с внедрением) 806 (без внедрения)

ТАБЛИЦА 6.4: СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ВАКЦИН НА 2018–2022 ГГ.

Концепция:

Разработка новых, более эффективных вакцин, способных безопасно предотвращать ТБ во всех возрастных группах и группах населения

Цели:

Разработка новых диагностических инструментов и сопутствующих решений для решения следующих задач:

1. профилактика ТБ и прекращение его передачи путем разработки новых вакцин для предотвращения инфицирования, прогрессирования болезни, реактивации и/или повторного заражения;
2. внедрение и учет стратегий доступа в процессе разработки противотуберкулезной вакцины;
3. активное привлечение сообщества в научные исследования и разработку вакцин против ТБ.

Задача	Этап	Основные мероприятия	Необходимое финансирование в 2018–2022 гг (в млн долл. США)
Содействие клиническим исследованиям противотуберкулезных вакцин-кандидатов	Содействие переходу кандидатов и концепций на очередные стадии клинических испытаний с помощью управления портфелем и общих критериев процесса закрытия этапов	Запуск фазы III испытаний вакцины-кандидата M72/AS01E Дальнейшее оказание поддержки вакцинам-кандидатам в процессе клинических испытаний и запуск новых испытаний фазы I, IIa и IIb для вакцин-кандидатов, соответствующих критериям	1 250
	Изучение возможности реализации и внедрение новых проектов клинических испытаний фазы II для как можно более раннего выявления наиболее перспективных вакцин на стадии разработки и оптимизации использования ресурсов	Проведение испытаний с использованием планов исследований по профилактике инфекции и предотвращению рецидивов	75
	Обеспечение достаточных возможностей для поддержки крупномасштабных клинических испытаний	Наращивание объемов производства для поддержки крупномасштабных клинических испытаний (фаза IIb/III) Расширение масштабов клинических испытаний и наращивание потенциала лабораторий в разных регионах для проведения клинических испытаний в соответствии со стандартами GCP	500

Задача	Этап	Основные мероприятия	Необходимое финансирование в 2018–2022 гг (в млн долл. США)
	Проведение исследований для оценки распространенности и частоты соответствующих конечных точек испытаний вакцины против ТБ среди групп населения, которые будут участвовать в клинических испытаниях эффективности	Проведение исследований частоты и уровня распространенности латентной туберкулезной инфекции; исследований заболеваемости и распространенности заболевания в разных группах населения в нескольких регионах	25
Общая задача 1 – Клиническая разработка			1 850
Увеличение объема знаний при помощи экспериментальной медицины	Разработка и тестирование модели провокационных испытаний с участием людей для ускорения научных исследований и разработок вакцины от ТБ	Оказание поддержки консорциуму по продвижению модели провокационных испытаний с участием людей в процессе разработки и доклинической фазы с целью запуска клинической фазы	40
	Завершение исследований с участием людей параллельно с провокационными испытаниями на нечеловекообразных приматах (НП) для изучения защитных иммунных реакций	Проведение провокационных испытаний на НП для определения коррелятов защитного иммунитета Сравнение результатов испытаний на НП с результатами исследований эффективности для человека (и обратное сравнение для проверки модели)	150
	Проверка ключевых гипотез о защитных иммунных реакциях	Проведение нескольких экспериментальных исследований лекарств для проверки различных гипотез	100
Общая задача 2 – Экспериментальная медицина			290
Повышение внимания к исследованиям на ранней стадии и исследованиям открытий	Выявление иммунных коррелятов защиты и болезни Выявление принципиально новых мишеней для вакцин	Выявление иммунных механизмов и коррелятов с помощью доклинического комплексного анализа ответа организма	60
		Интеграция обнаружения биомаркеров во все исследования в фазах IIb и III	100
		Изучение различных механизмов защитного иммунитета (например, слизистые оболочки, альтернативные клеточные мишени, врожденный иммунитет и гуморальный иммунитет)	40

Задача	Этап	Основные мероприятия	Необходимое финансирование в 2018–2022 гг (в млн долл. США)
	Изучение новых подходов для повышения эффективности реагирования	<p>Проведение исследований нетипичных иммуноцитов</p> <p>Проведение исследований гуморального иммунитета</p> <p>Улучшение формулы и способа доставки антигена за счет разработки адъювантов и переносчиков (примечание: надежной и масштабируемой)</p> <p>Обеспечение более оптимальной доставки, например, путем изучения нетрадиционных путей доставки вакцины</p>	100
Общая задача 3 – Исследования ранней стадии и исследования открытий			300
Улучшение модели исследований на животных	Разработка и оптимизация специализированных моделей исследования на животных, которые также позволяют проводить оценку эффективности вакцины у иммунологически примированных и/или латентно инфицированных лиц, в условиях коинфекции или сопутствующей патологии для того, чтобы найти сигналы предотвращения инфицирования и/или рецидива заболевания или блокады естественной передачи	Расширение инфраструктуры и разнообразия портфеля способов воздействия для доклинического этапа и приоритетного отбора кандидатов; проверка и утверждение моделей путем их сравнения с клиническими сигналами	150
Общая задача 4 – Исследования на животных			150
Улучшение доклинического и клинического считывания показателей	Стандартизация реагентов, оптимизация анализов и сравнение с эталоном соответствующих сигналов путем прямой и обратной передачи/ проверки между доклинической и клинической стадиями	<p>Сбор информации от заинтересованных сторон и достижение консенсуса относительно пути развития</p> <p>Последующее расширение программ по поставке реагентов в лаборатории и исследовательские центры</p> <p>Разработка необходимых пробирных анализов на основе консенсуса заинтересованных сторон</p>	<p>1</p> <p>30</p> <p>40</p>
Общая задача 5 – Реагенты и анализы			71

Задача	Этап	Основные мероприятия	Необходимое финансирование в 2018–2022 гг (в млн долл. США)
Создание основы для кампании по вакцинации подростков и взрослых	Проведение исследования стратегического доступа и реализации	Изучение себестоимости продукции, эффективности затрат на борьбу с ТБ, комплексного ценового предложения, экономической оценки здоровья, готовности страны к вакцинации и доступных вариантов вакцин	12
Общая задача 6 – Проведение исследования стратегического доступа			12
Вовлечение сообществ в научные исследования и разработки вакцин против ТБ	Более активное привлечение сообщества к исследованиям	<p>Обеспечение включения в клинические исследования планов консультирования/ участия сообщества и привлечение представителей сообщества к разработке, проведению исследований и распространению информации о них</p> <p>Разработчики вакцин активно вовлекают заинтересованные стороны сообщества в процесс НИР от ранних стадий исследований до клинических испытаний и лицензирования</p>	90
Общая задача 7 – Привлечение сообщества			90
ОБЩИЙ ОБЪЕМ НЕОБХОДИМОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ			2 763

Прогресс в научных исследованиях и разработках новых инструментов

Со времени публикации последнего Глобального плана в 2015 году был достигнут значительный прогресс в разработке новых инструментов в данной сфере. Эти успехи стали возможны в основном благодаря устойчивому финансированию научных исследований, проводимых академическими некоммерческими организациями и лабораториями, поддерживаемыми правительством, а также вкладу частного сектора в научно-исследовательский процесс. Основные этапы и прогресс в разработке новых инструментов кратко описаны ниже.

ВСТАВКА 6.1.

НОВАЯ СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ ИНР СОКРАЩАЕТ СРОК ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТБ ДО ОДНОГО МЕСЯЦА

Ни один сценарий ликвидации ТБ не является реалистичным без значительного прогресса в области профилактики. Однако, за исключением Южной Африки, профилактика ТБ является постоянно игнорируемым аспектом лечения в странах с высоким бременем заболевания. Необходимо перестать пренебрегать профилактикой ТБ, поскольку это основная стратегия борьбы с ним.

Помимо впечатляющих достижений в разработке противотуберкулезных вакцин, исследования по профилактике ТБ привели в последнее время к появлению эффективных режимов лечения, являющийся более короткими и удобными для пациентов. Самая корот-

кая профилактическая схема из доступных сегодня — это ИНР. Она предусматривает ежедневный прием дозы рифапентина и изониазида в течение четырех недель. Фаза III клинического испытания с участием 3000 испытуемых старше 13 лет, каждый из которых был заражен ВИЧ, показала, что эффективность ИНР сравнима с девятимесячным приемом изониазида, который долгое время являлся стандартным препаратом для профилактического лечения ТБ.¹ Одна из ключевых проблем, которую необходимо решить при расширении доступа к более коротким схемам профилактики ТБ, заключается в обеспечении их равной доступности и разумной цены рифапентина во всех странах.

¹ Swindells S, Ramchandani R, Gupta A, et al. One month of rifampin plus isoniazid to prevent HIV-related tuberculosis. *N Engl J Med*. 2019;380:1001–11. doi:10.1056/NEJMoa1806808

Новые вакцины

✦ Исследования по созданию противотуберкулезной вакцины находятся в наиболее перспективной стадии за последние десятилетия. По состоянию на август 2019 года проводятся клинические испытания по меньшей мере 14 вакцин-кандидатов, семь из которых проходят испытания в фазах IIb или III. Многие другие вакцины-кандидаты находятся на доклинической стадии и ранней стадии разработки.¹

✦ Результаты фазы IIb исследования эффективности вакцины-кандидата M72/AS01E впервые показали, что вакцина может защитить подростков и взрослых с латентным ТБ от развития активного ТБ.

✦ Результаты первого клинического испытания вакцины против туберкулеза на фазе IIb в качестве средства профилактики инфекции показали, что ревакцинация БЦЖ может защитить неинфицированные группы населения высокого риска от заражения ТБ.

✦ Новые вакцины-кандидаты CMV-TB и вакцина БЦЖ, вводимая внутривенно и через слизистую оболочку, продемонстрировали

¹ Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом, 2019 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 г. https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

беспрецедентную защиту на моделях нечеловекообразных приматов.

- ✦ Выяснение роли иммунологической памяти (тренированного) врожденного иммунитета и иммунитета слизистой оболочки улучшило наше понимание защитных иммунных реакций организма (и механизмов действия вакцин).
- ✦ В 2017 году было начато использование Руководства по надлежащей практике испытаний вакцин от ТБ и была создана активная сеть лидеров сообщества по участию в клинических испытаниях.

Новые лекарства

- ✦ В 2016 году ВОЗ опубликовала новое руководство по стандартизированному короткому режиму лечения МЛУ-ТБ.²
- ✦ По меньшей мере восемь новых химических субстанций были переведены на раннюю стадию доклинической и клинической разработки.
- ✦ Были определены и изучаются множество новых мишеней для необходимых (незаменимых/важнейших) лекарственных средств.
- ✦ Одно новое лекарственное средство — претоманид — было одобрено Управлением по контролю за продуктами и лекарствами США для использования в комбинации с бедаквилином и линезолидом для пациентов, не переносящих или не реагирующих на лечение МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ.
- ✦ Обнадеживающие результаты исследования фазы III показали, что месячный курс лечения рифапентином и изониазидом по

эффективности не уступал девятимесячному применению изониазида для лечения латентного ТБ у людей, живущих с ВИЧ.

ВСТАВКА 6.2. ПОТЕНЦИАЛ FUJILAM В КАЧЕСТВЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ТЕСТА ДЛЯ ПУНКТА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА

SILVAMP TB LAM, или FujiLAM, производимый компанией Fujifilm, — это первый тест из нового поколения ЛАМ-тестов для выявления ТБ. Тестирование выполняется с использованием образца мочи, который легко получить у людей любого возраста. Липоарабиноманн, или ЛАМ, представляет собой молекулу, вырабатываемую бактериями ТБ и помогающую им колонизировать организм путем инактивации лейкоцитов, производимых иммунной системой. FujiLAM не единственный диагностический тест, который обнаруживает наличие ЛАМ. Однако было доказано, что он значительно эффективнее ЛАМ-теста, ранее рекомендованного ВОЗ для диагностики ТБ у людей, живущих с ВИЧ. Согласно итогам сравнительного исследования, опубликованного в 2019 году, FujiLAM оказался эффективным в 70% случаев, а ранее рекомендованный ЛАМ-тест — только в 42% случаев. Сравнение осуществлялось с эталонным стандартом, базирующимся на результатах теста Xpert MTB/RIF на основе мокроты.¹ Получение результатов теста занимает менее часа, и для его использования медицинские работники должны пройти минимальное обучение. Кроме того, тестирование не требует наличия сложного оборудования.

В то же время необходимы дальнейшие испытания для оценки потенциала использования FujiLAM в качестве диагностического теста на ТБ в пунктах оказания помощи по месту жительства. Наибольшим преимуществом теста является его пригодность для людей с затрудненной выработкой мокроты, особенно для детей, пациентов стационарных медицинских учреждений и людей, живущих с ВИЧ и тяжело переносящих болезнь. Можно спрогнозировать, что внедрение ЛАМ-теста, который является таким же чувствительным, как и доступные в настоящее время тесты на основе мокроты, приведет к кардинальным переменам в диагностике ТБ.

2 Руководство ВОЗ по лечению лекарственно-устойчивого туберкулеза. Обновление 2016 года. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г. <https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250125/1/9789241549639-eng.pdf>

1 Broger T, Sossen B, du Toit E., et al. Novel lipoarabinomannan point-of-care tuberculosis test for people with HIV: a diagnostic accuracy study. *Lancet Infect Dis.* 2019;19(8):852–61. doi:10.1016/S1473-3099(19)300001-5

Новые средства диагностики

- ✦ Ожидается, что к 2020 году до 18 диагностических продуктов могут быть разработаны в достаточной мере для передачи их на рассмотрение в ВОЗ.
- ✦ В 2019 году ВОЗ впервые опубликовала Примерный перечень основных методов диагностики *in vitro*. Это знаменательное событие свидетельствует о критической важности установления связи между использованием лекарств и диагностическими тестами для выполнения программы всеобщего охвата услугами здравоохранения.

- ✦ Тест Fujifilm SILVAMP TB LAM показал многообещающие результаты после проведения исследования по оценке его диагностической точности. Этот тест является одним из нескольких тестов нового поколения типа TB ЛАМ, которые разрабатываются для более широкого использования среди населения в целом, независимо от ВИЧ-статуса, и в том числе для диагностики TB у детей. По мере продвижения исследований в этой области растет понимание того, что ЛАМ обнаруживается у всех пациентов с TB, что потенциально позволяет провести достоверное диагностическое тестирование всех пациентов в учреждениях по оказанию медицинской помощи по месту жительства.

ВСТАВКА 6.3.

ИСПЫТАНИЕ ВАКЦИНЫ M72 – НОВЫЙ ЭТАП ИССЛЕДОВАНИЯ ВАКЦИН

В настоящее время не существует одобренной противотуберкулезной вакцины, которую можно вводить взрослым, живущим с туберкулезной инфекцией. Но на этапе IIb клинического испытания вакцина M72/AS01E – более широко известная как M72 – обеспечивала надежную защиту для 50% из 3573 взрослых, которые уже были инфицированы *M. tuberculosis*. В этом случае защита означала, что вакцина предотвращала развитие активного TB у взрослых, живущих с туберкулезной инфекцией. Моделирование показывает, что вакцина, обеспечивающая такой уровень защиты, может предотвратить десятки миллионов новых случаев TB и миллионы смертей. Для более точного определения потенциального воздействия требуется дальнейшая оценка. Результаты испытания показали, что можно разработать новую вакцину, которая улучшает способность организма контролировать туберкулезную инфекцию и не дает людям заболеть активным TB.¹ Учитывая огромное количество людей, живущих с туберкулезной инфекцией, такая вакцина может принести большую пользу общественному здравоохранению и кардинально изменить сферу профилактики TB. Фаза IIb клинического испытания M72 была проведена в Кении, Южной Африке и Замбии среди ВИЧ-отрицательных взрослых. Исследование финансировалось GSK и проводилось в партнерстве с Aeras/IAVI

при финансовой поддержке Фонда Билла и Мелинды Гейтс, Департамента международного развития Великобритании (DFID), Генерального директората по международному сотрудничеству Нидерландов и Австралийского агентства международного развития. Для скорейшего лицензирования и внедрения вакцины M72 путем дальнейших исследований и испытаний требуются дополнительные инвестиции.

Результаты испытания фазы IIb вакцины M72 знаменуют собой переломный момент в разработке новых, более эффективных вакцин для профилактики TB, поэтому необходимо поддержать оценку этой вакцины-кандидата на поздней стадии. Тем не менее, вполне вероятно, что для прекращения эпидемии TB потребуются более одной вакцины, так как их защитные свойства, вероятно, будут варьироваться в зависимости от возраста человека, групп населения (например, групп с коинфекцией или без нее, а также групп с разными генотипами носителя) и стадии заболевания. Мы должны повышать эффективность вакцин и изучать альтернативные пути их введения. Поэтому крайне необходимо продолжать инвестировать в разработку других вакцин-кандидатов в ходе клинических испытаний, надежного доклинического процесса и ранней стадии исследований инновационных подходов к разработке вакцин.

1 Tuberculosis research funding trends 2005–2017. New York: Treatment Action Group; 2018. <https://bit.ly/2zPSWSK>

ВСТАВКА 6.4. ГЛОБАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ВОЗ В ОБЛАСТИ ИССЛЕДОВАНИЙ И РАЗРАБОТОК, СВЯЗАННЫХ С ТБ

Когда было выпущено настоящее обновление Глобального плана, ВОЗ выполняла призыв 71-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения к разработке новой Глобальной стратегии по НИР в области ТБ. Стратегия призвана стать всеобъемлющим руководящим документом с набором научно обоснованных рекомендаций. Ее главная цель состоит в создании рамочной структуры мероприятий, направленных на устранение барьеров для исследований и инноваций в области ТБ, для всех государств-членов ООН. Целевая аудитория стратегии — это прежде всего министерства здравоохранения, науки и техники, финансов и образования. В связи с ускорением усилий по борьбе с ТБ стратегия также обосновывает необходимость единого и согласованного реагирования, в котором ключевые национальные и международные партнеры и сообщества, затронутые ТБ, осуществляют инвестиции и развивают партнерские связи, необходимые для ускорения инноваций.

СТРАТЕГИЯ ПРСЛЕДУЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ЧЕТЫРЕ ЗАДАЧИ:

1. создать благоприятную среду для исследований и инноваций в области ТБ;
2. увеличить объем финансовых вложений в исследование и инновации в области ТБ;
3. развивать и улучшать подходы к обмену данными;
4. обеспечить справедливый доступ к результатам исследований и инноваций.

Это обновление Глобального плана дополняет новую Глобальную стратегию по НИР в области ТБ, создавая рамочную структуру, определяющую конкретные приоритетные сферы НИР в области ТБ, включая предлагаемые «готовые» исследовательские проекты с возможностью немедленной реализации при условиях финансирования, а также механизм, с помощью которого страны смогут компенсировать существующий дефицит финансирования НИР в размере 1,3 миллиарда долларов США.

✦ Индийская компания Molbio Diagnostics разработала аппарат под названием Truenat™, который использует технологию амплификации нуклеиновых кислот (NAAT) для выявления ТБ, а также его устойчивости к рифампицину — наиболее часто используемому противотуберкулезному препарату. NAAT на основе картриджа (CB-) широко используется в Индии и кардинально изменила процесс диагностики ТБ, сократив время получения результата с нескольких месяцев до нескольких часов, что позволяет пациентам начинать лечение без задержки.

✦ Секвенирование нового поколения (NGS) — это технология, способная быстро и одновременно обрабатывать миллионы последовательностей ДНК для декодирования генома человека или бактерии с целью обнаружения генетических мутаций, связанных с лекарственной устойчивостью. Это позволит эффективно выявлять комплексный профиль лекарственной устойчивости для точной диагностики и лечения ЛУ-ТБ. В последние три года NGS успешно использовалась в целях эпиднадзора за лекарственной устойчивостью при ТБ, а в 2018 году ВОЗ опубликовала техническое руководство по применению технологий NGS для выявления ЛУ-ТБ.³

3 Technical guide on next-generation sequencing technologies for the detection of mutations associated with drug resistance in *Mycobacterium tuberculosis* complex. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 г. https://www.who.int/tb/publications/2018/WHO_technical_guide_nextgen_sequencing/en/

Приоритетные, готовые к реализации исследовательские проекты

Рабочие группы Партнерства «Остановить туберкулез» по новым противотуберкулезным вакцинам, новым средствам диагностики ТБ и новым лекарствам от ТБ (которые совместно именуются Рабочими группами по новым инструментам) определили следующие готовые к реализации исследовательские проекты, нуждающиеся в финансировании со стороны спонсоров. Эти проекты особенно важны, поскольку способны значительно улучшить состояние исследований и разработок в области ТБ, при этом их реализация может быть начата в кратчайшие сроки.

РИСУНОК 6.1: ГОТОВЫЕ К РЕАЛИЗАЦИИ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ПРОЕКТЫ: ДИАГНОСТИКА

НАЗВАНИЕ: ДЕЦЕНТРАЛИЗОВАННОЕ СЕКВЕНИРОВАНИЕ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ (NGS) ДЛЯ ДОСТУПНОГО, МАСШТАБНОГО И БЫСТРОГО ТЕСТИРОВАНИЯ НА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ЛЕКАРСТВАМ (ТЛЧ)

ОБОСНОВАНИЕ: NGS относится к технологиям секвенирования, которые позволяют быстро и одновременно обрабатывать миллионы последовательностей ДНК для декодирования генома человека или бактерии и обнаруживать генетические мутации, связанные с лекарственной устойчивостью. Это означает, что для точного диагноза и лечения лекарственно-устойчивого ТБ можно эффективным образом определить полный профиль лекарственной устойчивости. Эта методика уже хорошо зарекомендовала себя в качестве источника информации для принятия решений о лечении конкретного пациента в области онкологии.

ПРОЕКТ: решения на базе децентрализованного NGS ниже контрольного уровня, то есть проведение процедур, связанных с секвенированием нового поколения, с учетом потребностей конкретного пациента. Реализация потребует разработки децентрализованных продуктов/платформ или рабочих процессов на поздней стадии, а также их одобрения и клинической оценки.

ИССЛЕДОВАТЕЛИ: командный подход, объединяющий академические круги и представителей отрасли.

РАСЧЕТНАЯ СТОИМОСТЬ: 25 млн долл. США

НАЗВАНИЕ: ТЕСТ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПЕРЕХОДА ТБ ИЗ ЛАТЕНТНОЙ ФОРМЫ В АКТИВНУЮ (ТЕСТ НА РАННЕЙ СТАДИИ ТБ)

ОБОСНОВАНИЕ: идеальный тест на прогрессирование латентного ТБ, дифференцирующий различные стадии от латентной формы до активного ТБ и позволяющий обнаружить наличие или отсутствие ТБ на начальной стадии (определяется как длительная бессимптомная фаза раннего заболевания, во время которой развивается патология, до клинического проявления активного заболевания). Текущих имеющихся в продаже диагностических тестов, таких как туберкулиновая кожная проба и анализы высвобождения IFN- γ , недостаточно ввиду их ограниченной способности к прогнозированию того, у каких инфицированных людей инфекция разовьется в заболевание. Это связано с тем, что они обнаруживают ответ иммунологической памяти.

ПРОЕКТ: Крупномасштабное клиническое испытание с использованием теста для пациентов из группы риска с ранней стадией ТБ в соответствии с TPR ВОЗ. Участники клинических испытаний должны получать лечение на основании показания теста на ранней стадии ТБ.

ИССЛЕДОВАТЕЛИ: специалисты по клиническим испытаниям.

РАСЧЕТНАЯ СТОИМОСТЬ: 40 млн долл. США

НАЗВАНИЕ: ТЕСТ НА ОСНОВЕ БИОМАРКЕРА

ОБОСНОВАНИЕ: более чувствительный анализ мокроты по месту оказания медицинской помощи для замены микроскопии мазка при выявлении ТБ легких; этот тест должен быть прост в проведении и иметь ограниченные оперативные потребности.

ПРОЕКТ: разработка теста следующего поколения на основе биомаркера для более широкого использования на всех слоях населения, независимо от статуса ВИЧ, и на детях.

ИССЛЕДОВАТЕЛИ: разработчики продукта, ученые и эксперты по клиническим испытаниям.

РАСЧЕТНАЯ СТОИМОСТЬ: 10 млн долл. США

РИСУНОК 6.2: ГОТОВЫЕ К РЕАЛИЗАЦИИ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ПРОЕКТЫ: ЛЕКАРСТВА

НАЗВАНИЕ: МОНИТОРИНГ И ФАРМНАДЗОР В ЦЕЛЯХ ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ЛЕКАРСТВ

ОБОСНОВАНИЕ: необходимость обеспечения надлежащего лечения пациентов и выявления устойчивости к новым противотуберкулезным лекарствам, а также использование практических подходов к разработке стандартизированных лабораторных ТЛЧ и ТЛЧ для пунктов оказания медицинской помощи. Все это имеет решающее значение для правильной разработки планов клинических испытаний и создания систем эпиднадзора на уровне страны.

ИССЛЕДОВАТЕЛИ: эксперты из компаний-спонсоров или некоммерческих PDP в сотрудничестве со специалистами по диагностике и больничными лабораториями в целях получения данных о ТЛЧ для отдельных лекарств и комбинаций препаратов.

**РАСЧЕТНАЯ
СТОИМОСТЬ:**
50 млн долл. США

ПРОЕКТ: поддержка НИР в области тест-систем на основе агара и других жидкостей или более современных технологий для быстрого доступа к концентрации лекарства в плазме и разработки данных для мониторинга лекарственной устойчивости в затронутых ТБ странах.

НАЗВАНИЕ: ПРЕДКЛИНИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ КОМБИНАЦИЙ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОПТИМАЛЬНОЙ СИНЕРГИИ ПРИ РАЗРАБОТКЕ НОВЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ

ОБОСНОВАНИЕ: по мере увеличения числа новых соединений-кандидатов определение оптимальных дозировок и комбинаций для разработки схемы лечения потребует тщательной оценки эффективности в ходе предклинических тестов до проведения испытаний на людях.

ИССЛЕДОВАТЕЛИ: консорциум ученых, обладающих опытом тестирования лекарств в пробирках и на животных моделях, в сотрудничестве с регулирующими органами в вопросах выявления полезных комбинаций.

**РАСЧЕТНАЯ
СТОИМОСТЬ:**
60 млн долл. США

ПРОЕКТ: форма сотрудничества между разработчиками лекарств для обмена информацией и организации лабораторных испытаний на основе данных предыдущих тестов для сравнения эффекта взаимодействия препаратов.

НАЗВАНИЕ: ОЦЕНКА НОВЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ СОКРАЩЕНИЯ СРОКА ЛЕЧЕНИЯ ЛЧ-ТБ И ЛУ-ТБ

ОБОСНОВАНИЕ: необходимо создать скоординированную сеть центров клинических испытаний по всему миру для систематического проведения исследований фазы II/III в отношении эффективности новых схем с более короткими периодами лечения. Это позволит без дублирования усилий поддержать многообещающие комбинированные методы лечения, которые проходят систематическую оценку.

ИССЛЕДОВАТЕЛИ: врачи, медицинские работники, специалисты по статистике, центры обработки данных, больничные лаборатории и регулирующие органы, совместно работающие над продвижением новых лекарств.

**РАСЧЕТНАЯ
СТОИМОСТЬ:**
200 млн долл. США

ПРОЕКТ: сеть врачей-исследователей с исследовательскими центрами по всему миру, активно работающая над тестированием более современных идей для лечения.

РИСУНОК 6.3: ГОТОВЫЕ К РЕАЛИЗАЦИИ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ПРОЕКТЫ: ВАКЦИНЫ

НАЗВАНИЕ: РАЗРАБОТКА И УЛУЧШЕНИЕ ПРЕДКЛИНИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ, КОТОРЫЕ ОТРАЖАЮТ ПОЛНЫЙ СПЕКТР ИНФЕКЦИИ МТБ

ОБОСНОВАНИЕ: проведение испытаний на животных в ходе предклинической оценки потенциальных вакцин-кандидатов является необходимым и важным шагом для определения того, способна ли вакцина-кандидат эффективно влиять на людей, до начала клинических испытаний на людях. Тем не менее, несмотря на то что наиболее часто используемые животные модели для ТБ имитируют контроль за инфекцией после инфицирования, они не в состоянии смоделировать многие аспекты инфицирования человека. Для поддержки и ускорения предклинической и ранней стадии разработки вакцин и перевода наиболее многообещающих кандидатов на стадию испытаний на людях необходимы более совершенные, пригодные для данной конкретной цели модели испытаний на животных, которые лучше отражают заражение МТБ-инфекцией и развитие заболевания у людей.

ПРОЕКТ: разработка животных моделей для лучшего прогнозирования воздействия вакцины на человека и необходимых инструментов для проведения оценки новых вакцин и определения коррелятов защиты.

ИССЛЕДОВАТЕЛИ: многопрофильный подход с привлечением исследователей с различной квалификацией и навыками.

РАСЧЕТНАЯ СТОИМОСТЬ:
100 млн долл. США

НАЗВАНИЕ: РАЗРАБОТКА УПРАВЛЯЕМЫХ МОДЕЛЕЙ ПРОВОКАЦИОННЫХ ИСПЫТАНИЙ С УЧАСТИЕМ ЛЮДЕЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВАКЦИНЫ

ОБОСНОВАНИЕ: управляемые модели провокационных испытаний с участием людей, которые предусматривают преднамеренное заражение здоровых взрослых добровольцев ослабленными штаммами патогена для оценки защитной способности вакцины, играют ключевую роль в ускорении разработки вакцин от других широко распространенных инфекционных заболеваний, таких как малярия, РСВ и грипп, поскольку позволяют проводить ранние мелкомасштабные испытания защитной способности вакцины на людях перед началом длительных, дорогостоящих и широкомасштабных клинических испытаний. Управляемая модель провокационных испытаний с участием людей для туберкулеза стала бы ценным дополнением к набору инструментов, позволяющих определить условия безопасного контролируемого заражения людей инфекцией для оценки эффективности суррогатной вакцины.

ПРОЕКТ: разработка инструментов для проведения управляемых провокационных испытаний с участием людей, включая репортерные штаммы микобактерии и экспериментальные медицинские протоколы для контрольного заражения, последующего наблюдения и считывания показателей размножения/персистенции бактерий в контексте экспериментальной вакцинации человека.

ИССЛЕДОВАТЕЛИ: междисциплинарный подход к формированию команды с включением в нее вакцинологов, клинических специалистов в области ТБ, молекулярной бактериологии и иммунологии человека.

РАСЧЕТНАЯ СТОИМОСТЬ:
40 млн долл. США

НАЗВАНИЕ: СОЗДАНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОСНОВЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ПОЗДНЕЙ СТАДИИ РАЗРАБОТКИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВАКЦИНЫ

ОБОСНОВАНИЕ: оценка вакцин на поздней стадии требует наличия групп населения, в которых текущая передача МТБ и инфицирование происходят с частотой, позволяющей разработать планы экономических испытаний эффективности. Чтобы правильно спланировать и оценить масштабы испытаний, необходимы точные оценки инфицирования латентным ТБ, заболеваемости и распространенности болезни среди целевых групп населения. Проведение таких эпидемиологических исследований также помогает повысить потенциал исследовательских учреждений и подготовить эти учреждения и их персонал к проведению последующих испытаний эффективности в соответствии с высокими стандартами надлежащей клинической практики и нормативными стандартами.

ПРОЕКТ: проведение охватывающих разные группы исследований частоты случаев и уровня распространения заболеваний ТБ и ВИЧ в 40 исследовательских центрах в Юго-Восточной Азии, Восточной Европе, Южной Америке и странах Африки южнее Сахары для обеспечения возможностей разработки и проведения испытаний эффективности вакцин от ТБ.

ИССЛЕДОВАТЕЛИ: консорциум исследователей, обладающих знаниями и опытом в области эпидемиологии и поддержкой на национальном уровне, в сотрудничестве со спонсорами испытаний вакцин и оперативным клиническим персоналом.

РАСЧЕТНАЯ СТОИМОСТЬ:
25 млн долл. США

Фундаментальные научные исследования

M. tuberculosis — это патоген, вызывающий ТБ. Механизмы, с помощью которых происходит заражение *M. tuberculosis*, до сих пор не полностью изучены.⁴ Чтобы понять наиболее многообещающие подходы к открытию новых средств диагностики ТБ, лекарств и вакцин против ТБ, исследователям было бы весьма полезно узнать больше о бацилле туберкулеза, о том, как она взаимодействует с живым организмом и как организм активизирует защитную иммунную реакцию.

К числу областей, нуждающихся в срочных фундаментальных научных исследованиях, относится понимание того, как латентный ТБ прогрессирует до заболевания, как спрогнозировать риск и стадии прогрессирования заболевания на основе биомаркеров,⁵ и как можно более достоверно и быстро получить информацию об успешности лечения. Развитие фундаментальной науки о ТБ также требует поддержки новой инфраструктуры, включая биорепозитории, которые представляют собой физические средства для хранения, сбора, обработки и распределения образцов, используемых в научных исследованиях.

По оценкам Глобального плана, для существенного прогресса в фундаментальных научных исследованиях по ТБ требуется 400 миллионов долларов США в год в дополнение к более чем 2 миллиардам долларам США в год, необходимым для прогресса НИР в области ТБ. Фундаментальные научные исследования обычно проводятся академическими учреждениями, отраслевыми и государственно-частными партнерствами, которые в значительной степени зависят от государственного финансирования. Фонды, предназначенные для поддержки фундаментальной науки, будут способствовать инновациям, увеличивать объем наших знаний о ТБ и расширять наши возможности по разработке новых средств профилактики, диагностики и лечения данного заболевания. Кроме того, дополнительным преимуществом надлежащего финансирования исследований является привлечение и удержание нового поколения ученых в области исследований ТБ.

4 Grundner C. To fight tuberculosis, fund basic research. PLoS Biol. 2018;16(9):e3000037. doi:10.1371/journal.pbio.3000037

5 Биомаркер — это измеримое вещество в организме, которое достоверно указывает на наличие латентного и/или активного ТБ. ЛАМ, рассмотренный ранее в этой главе, является примером биомаркера ТБ.

Дети и ключевые группы населения

Развитие программы исследований, направленной на удовлетворение особых потребностей детей, имеет решающее значение для прекращения детской эпидемии ТБ. Научно-исследовательские разработки в области борьбы с детским ТБ были направлены главным образом на выяснение того, как применять существующие средства для диагностики, лечения и профилактики ТБ у детей. Однако у детей есть особые потребности, которые отличаются от потребностей взрослых. Первая связана с трудностями в выработке мокроты, что делает неэффективной диагностику, осуществляемую с помощью экспресс-теста Xpert MTB/RIF. Рабочая группа по ТБ среди детей и подростков Партнерства «Остановить туберкулез» и Группа действия «Лечение» разработали подробный перечень приоритетов исследований в отношении

ТБ у детей.⁶ В частности, были определены следующие области приоритетного инвестирования в НИР:

ПРОФИЛАКТИКА: определить новые, более короткие и простые схемы профилактического лечения; разработать новую вакцину для младенцев, детей и подростков, которая улучшит нынешнюю вакцину БЦЖ.

ДИАГНОСТИКА: разработать новые неинвазивные тесты, которые могут быть использованы в пункте оказания медицинской помощи по месту жительства.

ЛЕЧЕНИЕ: оценить безопасность и эффективность новых противотуберкулезных препаратов при лечении детей и подростков для определения их оптимальной дозировки; выявить более короткие и доступные по срав-

нению с существующими режимы лечения и обеспечить их доступность с применением лекарственных форм, удобных для детей.

Необходимо провести дополнительные исследования, нацеленные на понимание основных особенностей ТБ у младенцев, детей и подростков, включая иммунный ответ на инфекцию и связанные с ней биомаркеры (регулярные изменения в организме, которые можно достоверно измерить и которые указывают на наличие латентного или активного ТБ), которые могут помочь в разработке новых средств лечения ТБ.

НИР должны затронуть и такие ключевые группы населения, как люди, живущие с ВИЧ, беременные женщины, пожилые люди, больные диабетом или входящие в группу риска развития диабета, лица с ослабленным иммунитетом и группы риска, включая медицинских работников, шахтеров, лиц, контактирующих с больными в семьях, заключенных и других. (Ключевые группы населения более подробно рассмотрены в главе 3).

⁶ Группа действия «Лечение», Партнерство «Остановить туберкулез», Рабочая группа по борьбе с туберкулезом среди детей и подростков. Research priorities for paediatric tuberculosis. Нью-Йорк: Группа действия «Лечение»; 2018 г. http://www.treatmentactiongroup.org/sites/default/files/Paediatric_TB_ResearchPriorities_10_8_18_Web.pdf

СОЗДАНИЕ СРЕДЫ, СПОСОБСТВУЮЩЕЙ ИССЛЕДОВАНИЯМ

Усиление поддержки научно-исследовательских учреждений, партнерств и сотрудничества

Крайне важно, чтобы научно-исследовательские учреждения получали поддержку для продвижения инноваций в сфере борьбы с ТБ. Ниже приведены примеры учреждений и инициатив, которые играют ключевую роль в ускорении НИР в области новых противотуберкулезных средств. Каждая организация ведет свою деятельность в рамках многоотраслевого сотрудничества.

ПАРТНЕРСТВА ПО РАЗРАБОТКЕ ПРОДУКТА (PDP). Партнерства по разработке продукта по-прежнему играют критически важную роль в развитии НИР в области новых противотуберкулезных средств. PDP как тип государственно-частного партнерства —

это некоммерческие организации, которые работают в сотрудничестве с производителями из частного сектора, правительствами, НПО и научными кругами и обычно объединяют ресурсы и технические знания для разработки и коммерциализации новых средств.

PDP особенно важны для разработки новых инструментов, поскольку традиционные рыночные стимулы недостаточно эффективны для развития инноваций в области борьбы с ТБ.

К ведущим научно-исследовательским организациям по борьбе с ТБ, работающим по модели PDP, относятся TB Alliance (основная деятельность — стимулирование процесса исследования новых противотуберкулезных препаратов), FIND (основная деятельность — инновационные средства диагностики), IAVI и Инициатива по разработке вакцин против туберкулеза (TBVI) (обе организации преимущественно занимаются новыми вакцинами). Не относящийся к PDP Институт критического пути представляет собой государственно-частное партнерство, целью которого является ускорение темпов и снижение затрат на разработку новых медицинских продуктов, в том числе посредством реализации таких совместных проектов, как TB-PACTS. В рамках данного проекта создана платформа, которая обрабатывает данные клинических испытаний в области ТБ, стандартизирует их и предоставляет к ним доступ квалифицированным исследователям.⁷

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ КОНСОРЦИУМЫ.

Консорциум по противотуберкулезным исследованиям (TBTC) — это форма сотрудничества исследователей из Центров США по контролю и профилактике заболеваний, департаментов общественного здравоохранения других стран и различных медицинских центров. Партнеры TBTC проводят клинические, лабораторные и эпидемиологические исследования, связанные с диагностикой, клиническим ведением и профилактикой латентного и активного ТБ. Группа клинических исследований в области ВИЧ/СПИДа (ACTG) поддерживает крупнейшую в мире сеть исследователей, проводящих клинические испытания, в том числе исследовательские центры с ограниченными ресурсами.

Партнеры ACTG, а частности, проводят важные исследования по использованию противотуберкулезных средств в отношении людей, живущих с ВИЧ.

СЕТЬ ПО ИССЛЕДОВАНИЮ ТБ В СТРАНАХ БРИКС.

Страны БРИКС стали ключевыми глобальными игроками в области инноваций, связанных с ТБ. В период с 2007 по 2016 год среднегодовой показатель роста числа научных публикаций по ТБ в странах БРИКС почти вдвое превышал аналогичный средний показатель по всем странам. В 2016 году главный автор 31% всех научных публикаций по ТБ являлся представителем БРИКС.⁸ Сеть по исследованию ТБ в странах БРИКС была создана для дальнейшего развития базы НИР в области ТБ, проводимых в Бразилии, Российской Федерации, Индии, Китае и Южной Африке, а также для ускорения оптимального использования как существующих, так и новых мер в области лечения и профилактики ТБ. Международное сотрудничество основывается на новых национальных инициативах по исследованию ТБ, включающих Индийский консорциум по исследованию ТБ, Бразильскую национальную стратегию исследований ТБ и новые мероприятия по борьбе с ТБ, осуществляемые Южноафриканским партнерством по стратегическим инновациям в области здравоохранения. Поскольку 38% случаев смертей от ТБ в мире происходит в пяти странах БРИКС, сети по исследованию ТБ в этих странах будут играть все более активную роль в обнаружении и распространении новых средств борьбы с ТБ как по отдельности, так и в качестве международных партнеров.

ПУЛ ПАТЕНТОВ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА (МРР).

МРР — это общественная организация здравоохранения, созданная при поддержке ООН в целях улучшения доступа к недорогим лекарственным средствам гарантированного качества в СНСУД с помощью лицензирования, ориентирован-

⁷ TB-Platform for Aggregation of Clinical TB Studies [веб-сайт]. Дублин: Институт критического пути. <https://c-path.org/programs/dcc/projects/tuberculosis/tb-platform-for-aggregation-of-clinical-tb-studies-tb-pacts/>

⁸ Global investments in tuberculosis research and development: past, present and future. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. https://www.who.int/tb/publications/2017/Global_Investments_in_Tuberculosis_Research_Investment/en/

ного на общественное здравоохранение. Организация занимается лицензированием препаратов для лечения ВИЧ, гепатита С, ТБ и других важнейших запатентованных лекарственных средств. МРР предоставляет потенциальную возможность для получения лицензий на существующие и новые противотуберкулезные препараты для учреждений общественного здравоохранения. Новые лицензии, которые охватывают любой действующий патент и находящуюся на рассмотрении патентную заявку, являются неисключительными, сублицензируемыми, распространяемыми по всему миру и бесплатными и позволяют получить доступ к данным и результатам доклинических и клинических исследований (фаза I и фаза IIa).

LIFE PRIZE. Life Prize — это концепция совместных НИР, которая, применительно к инновациям в области ТБ, предназначена для ускорения внедрения новых вариантов лечения ТБ. Конечная цель Life Prize — найти новую схему лечения ТБ, которую можно использовать для лечения всех форм данного заболевания, включая ЛУ-ТБ, в течение одного месяца или меньшего срока. Концепция Life Prize предусматривает лицензирование перспективных молекул от коммерческих производителей и других учреждений и предоставление доступа к этому пулу молекул научно-исследовательским институтам, которые будут тестировать их в лечебных комбинациях. Life Prize также предусматривает создание нового способа поощ-

рения инвестиций в НИР в области ТБ путем предоставления трех видов финансирования и стимулов:

- премиальное финансирование для научно-исследовательских учреждений, которые начинают клинические испытания новых лекарств-кандидатов, отвечающих заранее определенным критериям;
- грантовое финансирование клинических испытаний новых схем лечения с потенциалом эффективности для всех форм ТБ;
- финансирование справедливого лицензирования интеллектуальной собственности и клинических данных в целях проведения открытых совместных исследований.

Таким образом, концепция Life Prize предусматривает снижение рисков и существенных затрат, с которыми сталкиваются научно-исследовательские институты при традиционном подходе к НИР. Для содействия доступу к итогам исследований концептуальная модель также позволяет отделить стоимость инвестиций в НИР от стоимости и объема продаж лекарств, чтобы обеспечить к ним справедливый доступ по разумной цене. В Политической декларации ООН по борьбе с ТБ государства-члены ООН отметили преимущества Life Prize как исследовательской платформы, с помощью которой можно усилить сотрудничество в области исследований, связанных с ТБ.

Повышение потенциала учреждений для проведения клинических испытаний

Наиболее перспективными новыми средствами ликвидации ТБ в СНСУД будут те, которые, как было продемонстрировано, хорошо работают в условиях данных стран. Для их определения требуется тестирование новых инструментов в условиях, в которых они будут наиболее широко применяться. Однако проблема заключается в том, что в СНСУД существует ограниченный потенциал для проведения ряда необходимых клинических испытаний, особенно когда речь идет о более крупных исследованиях на поздней стадии для новых вакцин, лекарственных препаратов и средств диагностики.

К числу имеющихся барьеров, как правило, относятся этические и регуляторные препятствия, отсутствие финансового, человеческого потенциала и исследовательской среды, в том числе физической исследовательской инфраструктуры, операционные барьеры и конкурирующие потребности.⁹

Чтобы решить эти проблемы, субъектам, финансирующим исследования, необходимо помогать местным исследователям в СНСУД, проводить исследования под руководством специалистов по испытаниям, в то время как правительства СНСУД должны вкладывать средства в усиление внутреннего научно-исследовательского потенциала. Укрепление международного сотрудничества имеет решающее значение для поддержки и создания новых систем проведения клинических испытаний в СНСУД.¹⁰ Например,

9 Alemayhu C, Mitchell G, Nikles J. Barriers for conducting clinical trials in developing countries: a systematic review. *Int J Equity Health*. 2018;17:37. doi:10.1186/s12939-018-0748-6

10 Alemayhu C, Mitchell G, Nikles J. Barriers for conducting clinical trials in developing countries: a systematic review. *Int J Equity Health*. 2018;17:37. doi:10.1186/s12939-018-0748-6

Партнерство европейских и развивающихся стран в области клинических испытаний (EDCTP) поддерживает партнерские отношения между европейскими и африканскими учреждениями и исследователями в сотрудничестве с фармацевтической промышленностью и организациями-единомышленниками в целях ускорения клинической разработки новых или улучшенных интервенций для предотвращения или лечения ВИЧ/СПИДа, ТБ, малярии и других связанных с бедностью инфекционных заболеваний.

Сообщества, в которых будут проводиться клинические испытания, следует в полной мере вовлекать в их проведение в соответствии с Руководством по надлежащей практике участия в исследованиях лекарств от ТБ и Руководстве по надлежащей практике участия в исследованиях вакцин против ТБ 2017 года.^{11,12}

11 Good Participatory Practice: guidelines for TB vaccine research. Роквилл: AERAS; 2017. <https://bit.ly/3cu9MDX>

12 Good Participatory Practice: guidelines for TB drug trial. Дублин: Институт критического пути; 2012 г. <https://www.cptrinitiative.org/downloads/resources/GPP-TB%20Oct1%202012%20FINAL.pdf>

Обеспечение эффективной и предсказуемой нормативной и политической среды

Часто доступу к новым средствам препятствует отсутствие прозрачности в национальном процессе регистрации. Например, в случае с лекарствами часто не хватает площадки для взаимодействия или обсуждения вопросов, связанных с процессом регистрации, между заявителем-спонсором препарата, регулирующими органами и сообществами. Проблемы, касающиеся оптимизации правовой базы, привели к возникновению самых разнообразных, меняющихся от страны к стране процедур утверждения новых средств, ставших причиной задержек, приводящих к катастрофическим последствиям.

Правительствам следует наращивать свой потенциал для оценки новых инструментов, которые уже были опробованы в других странах, для того чтобы использовать те из них, которые оказались безопасными и эффективными. Выпущенное ВОЗ руководство может поддержать и ускорить разработку и принятие национальной политики, особенно в тех

странах, в которых отсутствуют оперативные процессы регулирования. Еще одно потенциальное решение состоит в том, чтобы помочь ускорить исследования в области ТБ путем оптимизации и гармонизации процессов регулирования от клинической разработки до подачи заявок в регулирующие органы и получения одобрения на региональном уровне.

Поддержка талантливых исследователей в области ТБ

Обеспечение долгосрочного успеха НИР в области ТБ требует развития самой области исследований путем стимулирования и укрепления потенциала исследователей, которые позволят им сосредоточить свои усилия на инновациях, начиная с этапа фундаментальных научных исследований и заканчивая трансляционными исследованиями и клиническими испытаниями. Особые усилия следует предпринять для поддержки и расширения научных исследований в странах с высоким бременем ТБ. Электронный атлас исследований и экспериментальных разработок ЮНЕСКО (<http://on.unesco.org/RD-map>) дает визуальное представление о количестве исследователей в целом по странам и позволяет увидеть диспропорциональное распределение исследователей по странам с высоким, средним и низким уровнем дохода.

Подготовка нового поколения молодых исследователей является первоочередной задачей. Эта потребность традиционно удовлетворялась с помощью таких механизмов, как стипендии Wellcome Trust, поддержка Национальных институтов здравоохранения (НИЗ) на уровне до и после присвоения докторской степени и финансирование со стороны Европейского союза. Однако, как показывает электронный атлас ЮНЕСКО, только эти инициативы вряд ли способны устранить дефицит исследователей в данной сфере. Правительственные и неправительственные спонсоры должны признать эту потребность и предоставить поддержку для обучения и удержания нового поколения исследователей. Такая поддержка должна включать обеспечение возможностей и мероприятия для развития карьеры, связанные с созданием сетей и представлением исследований на местных, региональных и глобальных научно-исследовательских площадках.

Такие партнерства, как TDR — совместная инициатива ЮНИСЕФ, ПРООН, Всемирного банка и ВОЗ, — являются моделью поддержки для подготовки исследователей в области ТБ, работающих над улучшением лечения на системном уровне в СНСуд. В рамках Инициативы по структурированным оперативным исследованиям и обучению (SORT IT) — глобального партнерства по оперативным исследованиям, возглавляемого TDR в сотрудничестве с The Union и организацией «Врачи без границ» (MSF), — исследователи обучаются проводить оперативные исследования по приоритетным

задачам своих стран, создавать устойчивый потенциал для оперативных исследований, а также принимать обоснованные решения для повышения эффективности программы по борьбе с ТБ.¹³ Участники инициативы выполняют аудиторную работу, разрабатывают протокол исследования и приложение для этической оценки, проходят обучение по управлению данными и их анализу, разрабатывают план анализа данных, составляют и отправляют документ в рецензируемый научный журнал, а в некоторых случаях разрабатывают краткое изложение политики или презентацию для политиков и других заинтересованных сторон.¹⁴

Другой проект ADVANCE, поддерживаемый Агентством США по международному развитию (USAID), представляет собой многостороннюю исследовательскую инициативу, которая расширяет участие африканских и индийских исследователей во всех этапах НИР в области вакцин против ВИЧ.¹⁵ Новые инициативы, подобные SORT IT и ADVANCE и касающиеся фундаментальных научных и клинических исследований, помогут обеспечить долгосрочный потенциал для инноваций во всех областях исследований ТБ.

13 SORT IT [сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения. <https://www.who.int/tdr/capacity/strengthening/sort/en/>

14 Viney K, Bissell K, Hill P. Building operational research capacity in Papua New Guinea and the Pacific Islands. PHA. 2019;9(S1):S3. doi:10.5888/pha.19.0039

15 Accelerating the development of vaccines and new technologies to combat the AIDS epidemic (ADVANCE). Вашингтон, округ Колумбия: USAID; 2016 г. <https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/USAID-ADVANCE-Brief2-508.pdf>

Инвестирование в новые инструменты

Потребности в финансировании НИР в области ТБ

И государственные научно-исследовательские институты, и коммерческие разработчики вкладывают слишком мало средств в НИР в области ТБ, что замедляет процесс разработки новых инструментов, необходимых для борьбы с ТБ. В Политической декларации ООН по борьбе с ТБ государства-члены ООН признали «отсутствие достаточного и устойчивого финансирования» исследований и инноваций в области ТБ. В ответ на эту проблему они взяли на себя обязательство «обеспечить достаточное и устойчивое финансирование с целью увеличить общий объем глобальных инвестиций до 2 миллиардов долларов США, чтобы покрыть ежегодный дефицит в размере примерно 1,3 миллиарда долларов США в области финансирования туберкулезных исследований».¹⁶

В таблице 6.4 показаны ежегодные потребности в финансировании НИР в области новых

противотуберкулезных лекарств, средств диагностики и вакцин в период с 2018 по 2022 годы, в том числе суммы для «наверстывания отставания» с учетом дефицита финансирования в 2016 и 2017 годах. Предполагаемый общий объем финансирования, необходимый в 2018–2022 годы, составляет 6,8 миллиарда долларов США для разработки новых лекарств, 916 миллиона долларов США для новых средств диагностики и 3,1 миллиарда долларов США для новых вакцин. Общая сумма финансирования равна 10,8 миллиарда долларов США на пятилетний период, или 2,16 миллиарда долларов США в год. Эти объемы не включают ресурсы на развертывание новых инструментов, а также фундаментальные научные или оперативные исследования, необходимые для определения наиболее эффективных способов внедрения новых инструментов в различных национальных условиях.¹⁷

¹⁶ Политическая декларация Заседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по борьбе с туберкулезом. «Единство в борьбе с туберкулезом: неотложные меры реагирования мирового сообщества на глобальную эпидемию». Резолюция A/RES/73/3, принятая Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций 10 октября 2018 года. Нью-Йорк: Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций; 2018 г. <https://www.who.int/tb/unhlmntbDeclaration.pdf>

¹⁷ Более полное описание последних тенденций финансирования НИР в области ТБ, включая анализ финансирования фундаментальных исследований, оперативных исследований и исследований туберкулеза у детей, содержится в ежегодных отчетах о тенденциях финансирования исследований в области туберкулеза, подготовленных Группой действия «Лечение» и Партнерством «Остановить туберкулез».

ТАБЛИЦА 6.5: ГОДОВОЙ ОБЪЕМ ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ФИНАНСИРОВАНИЯ НИР В ОБЛАСТИ ТБ (МЛН ДОЛЛ. США)*

Инструмент	Общая потребность в 2018–2022 гг.	В годовом исчислении (финансирование за год)	Дефицит в 2016–2017 г.	Общая потребность в финансировании в 2018–2022 гг. + дефицит
Лекарственные средства	5 710	1 142	1 090	6 800
Диагностика	806	161	110	916
Вакцины	2 763	553	304	3 067
Итого	9 279	1 856	1 504	10 783
Потребность в ежегодном финансировании:				2 157

*Без учета финансирования внедрения

Система «справедливых вкладов» для устранения дефицита финансирования НИР в области ТБ

Дефицит в финансировании НИР в области ТБ можно было бы ликвидировать, если бы страны, обладающие наибольшим потенциалом для инвестиций, и страны, которые получили наибольшую выгоду от разработки новых противотуберкулезных инструментов, направили хотя бы небольшую часть своих общих валовых внутренних расходов (GERD) на НИР, связанные с ТБ. В 2017 году только 3 из 32 стран, сообщивших о выделении более 100 000 долларов США на финансирование НИР в области ТБ (Южная Африка, Новая Зеландия и Филиппины), внесли справедливый вклад в размере 0,1% от общего показателя GERD в НИР в области ТБ.¹⁸ Если 62 государства, страны «Большой двадцатки», страны, которые, по классификации ВОЗ, относятся к категории с высоким бременем ТБ, и группа самых богатых стран мира, которые не входят ни в одну из других групп, — выделяют хотя бы 0,1% своих GERD на НИР в области ТБ, они смогут полностью покрыть ежегодный дефицит финансирования в этой сфере.¹⁹ Эти так называемые цели справедливого финансирования рассматриваются как минимальный объем инвестиций в НИР в области ТБ. Рамочная программа GERD — это одна из рекомендаций по выполнению обязательства Политической декларации ООН по борьбе с ТБ, предусматривающего устранение дефицита финансирования НИР в области ТБ. Для его выполнения необходимо, чтобы страны «вносили справедливый вклад в осуществление научных исследований и разработок».

Инновационные формы финансирования

В соответствии со своими обязательствами государства-члены ООН должны мобилизовать достаточное и устойчивое финансирование для исследований и инноваций в области ТБ путем внедрения инновационных форм финансирования в качестве одного из способов мобилизации новых ресурсов. Разработка инновационных источников имеет решающее значение для диверсификации базы финансирования НИР в области ТБ, поскольку доступные в настоящее время инвестиции в значительной степени зависят от небольшого числа стран и финансирующих учреждений.²⁰

В 2017 году организация Unitaid стала третьим по величине многосторонним спонсором НИР в области ТБ и пятым крупнейшим спонсором в целом.²¹ Unitaid финансирует разработки на поздней стадии и устраняет рыночные барьеры для ускорения внедрения новых инструментов. Основным источником финансирования организации является инновационный механизм — небольшой налог на авиабилеты, приобретаемые в 10 странах.²² Государства-члены ООН также признали Life Prize перспективной инновационной концепцией финансирования НИР в области ТБ.

«Ускоритель социальных изменений» (a4i) Партнерства «Остановить туберкулез» — это государственный фонд инвестиций в социальные изменения на основе смешанных механизмов финансирования, предназначенный для поддержки нового поколения ориентированных на человека инноваций в области ТБ и глобального здравоохранения.

18 Tuberculosis research funding trends 2005–2017. Нью-Йорк: Группа действия «Лечение»; 2018 г. <https://www.treatmentactiongroup.org/resources/tbrd-report/tbrd-report-2018/>

19 Investing in R&D to end TB: a global priority. Нью-Йорк: Группа действия «Лечение»; 2017 г. <https://bit.ly/2XYplVn>

20 Tuberculosis research funding trends 2005–2017. Нью-Йорк: Группа действия «Лечение»; 2018 г. <https://bit.ly/32CaGuD>

21 Tuberculosis research funding trends 2005–2017. Нью-Йорк: Группа действия «Лечение»; 2018 г. <https://bit.ly/32CaGuD>

22 Камерун, Чили, Конго, Франция, Гвинея, Мадагаскар, Мали, Маврикий, Нигер, Республика Корея.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФОНДА:

- 1** Преобразование модели оказания медицинской помощи с целью сделать ее более виртуализированной и точечной и обеспечить людям как можно более удобный доступ к качественной и приемлемой по стоимости медицинской помощи;
 - 2** Стимулирование быстрого развертывания новых противотуберкулезных и глобальных инноваций в области здравоохранения;
 - 3** Получение доступа к новому финансированию и капиталу как из государственного, так и частного сектора.
-

Инновационные формы финансирования обладают значительным неиспользованным потенциалом для продвижения исследований и разработок в области ТБ. Теперь все зависит от правительств стран, многосторонних учреждений, а также благотворительного, корпоративного и финансового секторов, которым необходимо сотрудничать друг с другом и предлагать новые решения для использования данного потенциала.

Цена бездействия: к какому результату приведет недостаточное финансирование НИР?

Одним из способов осмысления важности первоначальных инвестиций в новые инструменты является анализ цены бездействия.²³ Другими словами: каковы будут негативные последствия невозможности устранения дефицита финансирования НИР в области ТБ?

Даже с использованием консервативных допущений (см. ниже) примерная цена бездействия будет огромной (рисунок 6.3).

²³ Цена бездействия определяется как стоимость будущего лечения ТБ и потеря производительности, которые бы выросли, если бы страны достигли контрольных показателей 2020 года, установленных Стратегией по ликвидации ТБ к 2022 году, но не выделили бы необходимых инвестиций в новые инструменты в период с 2020 по 2025 годы.

К 2030 ГОДУ ПЯТИЛЕТНЯЯ ЗАДЕРЖКА ИНВЕСТИЦИЙ В НИР В ОБЛАСТИ НОВЫХ ИНСТРУМЕНТОВ ПРИВЕДЕТ К СЛЕДУЮЩЕМУ:

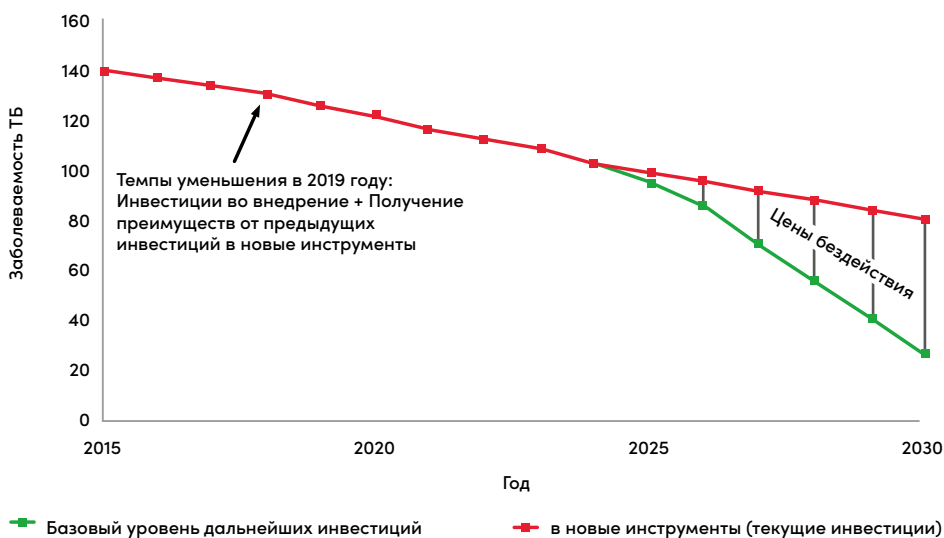
- 1** еще 13,9 миллиона человек заболеют ТБ;
- 2** 2 миллиона дополнительных смертей от ТБ;
- 3** 49,8 миллиона лет жизни, утраченных в результате инвалидности (DALY), в связи с ТБ (75,1 миллиона без поправки на снижение);
- 4** дополнительные расходы на лечение ТБ составят 14,2 миллиарда долларов США (21,6 миллиарда долларов США без поправки на снижение);
- 5** убытки в размере 172 миллиардов долларов США из-за снижения производительности (259 миллиардов долларов США без поправки на снижение).²⁴

24 В этом сценарии каждый год жизни, утраченный в результате инвалидности (DALY), оценивается в ВНД на душу населения.

Таким образом, общая цена бездействия в НИР в области ТБ может составить более 185 миллиардов долларов США в виде дополнительных затрат на лечение и потерь производительности. Ожидается, что эти расходы продолжат расти после 2030 года. Даже однолетняя задержка инвестиций после 2020 года обойдется очень дорого: еще 4,8 миллиона человек заболеют ТБ, 670 000 больных умрут от ТБ; дополнительные расходы

на лечение ТБ составят 5,1 миллиарда долларов США (7,5 миллиарда долларов США без поправки на снижение), возникнут 17,3 миллиона дополнительных лет жизни, утраченных в результате инвалидности (DALY) (25,2 миллиона без поправки на снижение) и еще 60 миллиардов долларов США (87 миллиардов долларов США без поправки на снижение) будут потеряны из-за снижения производительности.

РИСУНОК 6.4: ПРОГНОЗ КОЛИЧЕСТВА ЛЮДЕЙ, ЗАБОЛЕВАЮЩИХ ТБ, ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НОВЫХ ИНСТРУМЕНТОВ В СРАВНЕНИИ С ИХ НЕИСПОЛЬЗОВАНИЕМ



ЦЕНА БЕЗДЕЙСТВИЯ БЫЛА РАССЧИТАНА НА ОСНОВЕ СЛЕДУЮЩИХ ПРЕДПОЛОЖЕНИЙ:

- 1** Ежегодные показатели снижения заболеваемости и смертности от ТБ (в %), заложенные для 2020 года, будут достигнуты в 2022 году, и без внедрения новых инструментов эти тенденции (скорость) сохранятся до 2030 года.
- 2** Через пять лет после дополнительных инвестиций в новые инструменты (в 2020 году) снижение заболеваемости и смертности будет неуклонно прогрессировать в степени, достаточной для достижения контрольных показателей 2030 года. Таким образом, влияние новых инструментов будет все больше ощущаться со временем — в 2030 году от них будет получена большая отдача, чем в 2025 году.
- 3** Стоимость лечения ТБ не превысит уровня 2018 года.
- 4** Годовая ставка снижения (скидки) в 5% была применена ко всем затратам и DALY, тем самым уменьшая экономию будущих затрат и производительности (хотя также представлены затраты и результаты без учета снижения).
- 5** Предполагалось, что потери полезности для здоровья от ТБ будут масштабироваться в зависимости от смертности от ТБ, и было выполнено стандартизованное преобразование 35 утраченных лет жизни (YLL) на одну смерть от ТБ и 0,35 года инвалидности (YLD) на один случай заболевания ТБ (примерные коэффициенты, полученные в ходе Исследования глобального бремени болезни 2017 года.²⁵

25 Инструмент результатов GBD [инструмент данных]. Сиэтл: Институт показателей измерения и оценки здоровья. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Адвокация в области новых противотуберкулезных инструментов

Ускорение темпов инноваций в борьбе с ТБ потребует более сильной и скоординированной адвокации. С опорой на Глобальный план и Глобальную стратегию ВОЗ по исследованиям и инновациям в области туберкулеза, активисты — в том числе исследователи ТБ, гражданское общество, затронутые сообщества и люди, пережившие ТБ, — могут объединиться в борьбе за выделение большего количества ресурсов и повышение эффективности политики, необходимых для устранения дефицита финансирования НИР на сумму 1,3 миллиарда долларов США, создания благоприятных условий для разработки новых инструментов и обеспечения равного доступа к преимуществам исследований и инноваций в области ТБ.

Адвокация является ключом к выработке аргументированной позиции на базе фактических данных. Такая позиция побудит правительства более активно участвовать в исследованиях с неотъемлемыми рисками и направлять ресурсы в те сферы, которые имеют наибольший потенциал для прекраще-

ния эпидемии в странах с высоким бременем заболевания, для удовлетворения потребностей пациентов и сообществ, затронутых ТБ, и создания четких и надежных путей для внедрения новых инструментов в массовое использование. Правительственные министерства и национальные законодательные

органы остаются самой важной аудиторией для адвокации. Следующие действия помогут создать коалицию для отстаивания необходимости исследований ТБ, которая будет лучше подготовлена к вовлечению вышеуказанных государственных органов в соответствующий процесс.

Повышение научной грамотности сообществ, затронутых ТБ, и активистов

Важно воспитывать не только следующее поколение исследователей, но и активистов в сфере исследований, которые могут работать с исследовательским сообществом, обеспечивать финансирование НИР и содействовать созданию благоприятной среды для инноваций в области ТБ. В рамках этого процесса крайне необходимо повышать уровень научной грамотности людей, переживших ТБ, и затронутых ТБ сообществ, а также активистов в сфере всемирной охраны здоровья. Усиление адвокации новых противотуберкулезных инструментов требует более регулярного обмена знаниями и координации между исследовательскими и адвокационными кругами. Гражданскому обществу и затронутым ТБ сообществам необходимо предоставить возможности и материалы для повышения грамотности в области исследований, чтобы обеспечить их информированность, обучение и вовлечение в процесс исследований. Информацию о новых исследованиях следует регулярно передавать активистам, которые помогут преобразовать выводы и рекомендации в адвокационные послания и передать сведения о важных исследованиях лицам, принимающим решения, и средствам массовой информации. Субъектам, финансирующим адвокатию, также следует рассмотреть возможность выделения дополнительных грантов для поддержки стратегических коммуникаций и обучения подобной деятельности исследователей в области ТБ, а также обеспечения научной грамотности активистов и лиц, переживших ТБ.

Усиление роли исследовательского сообщества в адвокационной работе

Les scientifiques peuvent parler de manière Ученые могут авторитетно рассказывать не только о новых результатах исследований, но и о барьерах и возможностях, с которыми они сталкиваются в области инноваций, связанных с ТБ. Ученым из сообществ практиков следует более активно сотрудничать друг с другом, пользуясь преимуществами таких площадок, как рабочие группы Партнерства «Остановить туберкулез» и членская структура The Union, например, для адвокационной деятельности в области финансирования исследований и изменения политики, необходимых для создания благоприятной среды. Чем больше исследователей ТБ будут разбираться в вопросах адвокации, тем больше возможностей появится у адвокационных организаций для их привлечения к участию в пропагандистских кампаниях и работе с политиками.

Привлечение людей, переживших ТБ, в качестве партнеров для адвокации

Адвокация, осуществляемая сообществами, стала важным способом увеличения инвестиций в научные исследования и улучшения доступа к новым инструментам. Она также способствует защите прав человека в рамках мер противодействия ТБ, особенно среди наиболее уязвимых, социально ущемленных и подверженных риску групп населения.

Активисты сообществ играют решающую роль в исследованиях. У них имеются уникальные возможности для документирования, мониторинга и анализа взаимосвязи между социальными детерминантами здоровья и эффективными мерами реагирования на ТБ. Их более активное вовлечение обусловлено потребностями сообщества в самоопределении и значимом участии в деле борьбы с ТБ.

Одной из моделей участия активистов сообществ в исследованиях является совмест-

ное исследование на уровне сообществ (CBPR). Эта модель основана на принципах совместной и справедливой вовлеченности сообщества в исследования и обоюдной заинтересованности в проблемах, процессах и результатах исследований.

Количество глобальных общественных сетей (например, Глобальная коалиция активистов по борьбе с ТБ, TBpeople) и региональных общественных сетей (например, ACT Asia-Pacific !, ACT !, DRAF TB, TBEC, We Are TB) удвоилось с 2016 года. Их адвокационная деятельность сыграла важную роль в достижении целей и выполнении обязательств Политической декларации ООН по борьбе с ТБ, в том числе обязательств по обеспечению достаточного и устойчивого финансирования НИР и максимально быстрому созданию новых, безопасных, эффективных, справедливо распределяемых, недорогих и доступных вакцин, средств диагностики для пунктов оказания медицинской помощи по месту жительства и средств диагностики для детей, ТЛЧ и более безопасных, коротких и иных схем лечения для взрослых, подростков и детей с любыми формами ТБ. TBpeople сотрудничает с Партнерством «Остановить туберкулез» и университетом им. Макгилла в целях развития инноваций в области борьбы с ТБ и переоценки подходов к лечению ТБ для любых групп населения.

Привлечение парламентариев

Члены парламента (особенно члены соответствующих комитетов, ответственных за формирование бюджета, здравоохранение, разработку нормативных актов, научно-технические исследования и даже национальную оборону) должны быть лучше осведомлены о необходимости создания новых инструментов для борьбы с ТБ и об обязательствах по поддержке исследований ТБ, взятых правительствами их стран в рамках Политической декларации ООН по борьбе с ТБ. Глобальная парламентская группа по ТБ предоставляет сообществам, занимающимся исследованиями в области ТБ и адвокацией таких исследований, возможность участия в парламентских мероприятиях более чем в 130 странах.

Расширение адвокации за пределы министерства здравоохранения

Министерства, помимо министерства здравоохранения, в том числе финансов, науки и техники, комитеты по труду и нормативному регулированию, играют важную роль в создании бюджетного пространства и определении правил и положений, которые создают благоприятную для исследований среду. Поэтому активистам, занимающимся адвокацией, следует регулярно взаимодействовать с данными государственными органами.

Применение передового опыта для привлечения сообществ на протяжении всего процесса НИР

Значимое вовлечение сообществ, затронутых ТБ, играет важную роль в обеспечении доступа к новым противотуберкулезным инструментам. Научно-исследовательским учреждениям следует придерживаться передовой практики в области вовлечения затронутых ТБ сообществ во все исследовательские мероприятия, а также в работу органов и площадок по принятию решений. Международные этические руководящие принципы для исследований в области здоровья с участием людей устанавливают универсальные принципы вовлечения сообществ в исследовательскую деятельность и включают следующие рекомендации:

«Исследователям, спонсорам, органам здравоохранения и соответствующим учреждениям следует вовлекать потенциальных участников и сообщества в процесс значимого совместного взаимодействия, что позволит им с первых этапов и на постоянной основе принимать участие в планировании, разработке, проведении исследования, планировании процесса получения информированного согласия, мониторинге хода исследования и оглашении его результатов».²⁶

В отношении конкретно ТБ научно-исследовательские учреждения должны руководствоваться надлежащей практикой обеспечения участия в области испытаний вакцин против ТБ и надлежащей практикой обеспечения участия в области испытаний лекарств против ТБ, которые способствуют эффективному взаимодействию с затронутыми сообществами и заинтересованными сторонами на всех этапах исследовательского процесса.^{27,28}

Привлечение сообществ к исследованиям также отмечено в Руководстве ВОЗ по соблюдению этических принципов при реализации Стратегии по ликвидации ТБ: «Члены сообщества должны иметь возможность участвовать в исследованиях, помимо своей роли в качестве потенциальных участников испытаний. Это участие должно распространяться на каждый этап исследовательского процесса: от разработки и проведения исследований до оглашения результатов».²⁹

26 Международные этические руководящие принципы для исследований в области здоровья с участием людей. Женева: Совет международных организаций медицинских наук; 2016. <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/01/WEB-CIOMS-EthicalGuidelines.pdf>

27 Good Participatory Practice: guidelines for TB vaccine research. Роквилл: AERAS; 2017. http://www.aeras.org/img/uploads/attachments/1015/good_participatory_practice_for_tb_vaccine_research.pdf

28 Good Participatory Practice: guidelines for TB drug trials. Дублин: Институт критического пути; 2012 г. <https://www.cptrinitiative.org/downloads/resources/GPP-TB%20Oct1%202012%20FINAL.pdf>

29 Руководство по соблюдению этических принципов при реализации Стратегии по ликвидации ТБ. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. <https://www.who.int/tb/publications/2017/ethics-guidance/en/>

Участники сообщества должны быть представителями географического региона, в котором проводится исследование. Они могут представлять субпопуляцию среди привлеченных участников и включать группы из более широкого общества, которые заинтересованы в результатах исследования. В контексте географических областей такие группы — это сообщества людей, затронутых ТБ, в том числе люди с ТБ, лица, пережившие ТБ, и представители ключевых затронутых групп населения, таких как городская беднота, незарегистрированные мигранты, люди, живущие с ВИЧ, люди, употребляющие наркотики, и заключенные в тюрьмах. Эти группы следует вовлекать в исследования, и их потенциальные возможности для участия следует в приоритетном порядке расширять во всех аспектах исследовательской деятельности с гарантией того, что такое вовлечение основано на правах человека, осуществляется с учетом гендерных аспектов и ориентировано на интересы людей.

Консультации с сообществами следует начинать на ранних этапах исследовательского процесса, еще до начала самого исследования, чтобы учесть их результаты при разработке плана исследования. Взаимодействие с сообществом должно осуществляться на постоянной основе с использованием сложившихся способов коммуникации между исследователями и членами сообщества.

Существует несколько устоявшихся моделей эффективного вовлечения сообщества в исследования в области ТБ. Одна из наиболее распространенных моделей заключается в создании общественных консультативных советов (ОКС) исследовательскими сетями и учреждениями. Цель ОКС — добиться учета мнений, потребностей и приоритетов сообщества на всех этапах исследовательского процесса: от разработки планов исследований и проведения испытаний до распространения результатов и работы по изменению политики с учетом этих результатов.³⁰

30 DeLuca A, Lessem E, Wegener D, et al. The evolving role of tuberculosis advocacy. *Lancet Respir Med.* 2014;2(4):258–9. doi:10.1016/S2213-2600(14)70035-9

Взаимодействие с сообществами во всех аспектах НИР также будет способствовать созданию новых групп информированных активистов, которые смогут успешно сообщать о преимуществах НИР в области ТБ правительствам, регулирующим органам, донорам и другим учреждениям. Людей, затронутых ТБ, особенно тех, кто пережил ТБ, следует привлекать в качестве экспертов в этой области.

Сообщества, затронутые ТБ, могут играть ключевую роль в мониторинге результатов

исследований, помогая обеспечить доступность преимуществ научного прогресса для всех без стигматизации и дискриминации, независимо от самоидентификации таких людей и места их проживания. Затронутые ТБ сообщества также могут выступать инициаторами расширения исследований на тему успехов и преимуществ предоставления услуг на уровне сообществ, адвокации и мониторинга в целях социальной ответственности.

ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ИНСТРУМЕНТОВ И ОПТИМИЗАЦИЯ ДОСТУПА К НИМ

Время, потраченное в период между лицензированием нового инструмента и получением его нуждающимися людьми, приводит к ненужным страданиям и смертям. При надлежащем планировании и стратегическом, основанном на фактических данных подходе к доступу к новым инструментам и оптимизации их применения страны могут получить максимальную выгоду и преимущества от использования таких инструментов. В следующем разделе описаны меры, которые должны предпринять национальные правительства для расширения доступа к новым инструментам и понимания наиболее эффективных способов их внедрения в систему здравоохранения.

Применение принципа доступности при разработке новых противотуберкулезных инструментов

Всеобщая декларация прав человека и Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах подтверждают права людей на использование преимуществ научного прогресса и их практическое применение. В соответствии с этими правами вопрос о доступности новых противотуберкулезных инструментов следует рассматривать с самого начала процесса НИР.

Доступность новых инструментов тесно связана с финансированием и проведением

НИР, включая стратегии стимулирования, правила в отношении спонсоров исследо-

ваний, управление исследовательскими институтами, а также ценности, нормы и стандарты, применяемые в НИР. Как говорится в Политической декларации ООН по борьбе с ТБ, НИР в области ТБ должны быть «ориентированы на удовлетворение конкретных потребностей и осуществляться на основе фактических данных и в соответствии с принципами ценовой приемлемости, действенности, эффективности и справедливости».³¹ Эти принципы должны играть определяющую роль в НИР с их самого раннего этапа.

Несмотря на то что имеются важные сферы, в которых прогресс уже достигнут, НИР в области ТБ уже давно не получают достаточного финансирования. Учитывая роль, которую в общественном здравоохранении играет ТБ как инфекционное заболевание, передающееся по воздуху и являющееся причиной большего числа смертей по сравнению с любым другим возбудителем инфекции, в странах, в которых дискриминация является как причиной, так и следствием заболевания и в основном страдает большое количество людей из бедных и маргинальных групп населения, правительства обязаны содействовать разработке новых методов диагностики, схем лечения и вакцин, в том числе посредством активного международного сотрудничества, и обеспечивать к ним всеобщий доступ.³²

Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам постановил, что право на здоровье включает право на наличие, доступность, приемлемость и качество товаров и услуг, связанных со здоровьем, причем:

- ✦ наличие предполагает предоставление доступа к достаточному объему медицинских товаров и услуг;
- ✦ доступность включает в себя четыре элемента, каждый из которых требует внимания к тому, как они влияют на ключевые группы населения: отсутствие дискриминации, физическая доступность, приемлемая цена и доступ к информации;
- ✦ приемлемость предполагает, что все медицинские учреждения, товары и услуги должны соответствовать нормам медицинской этики и учитывать культурные особенности, гендерные вопросы и жизненный цикл, а также разрабатываться с учетом требований конфиденциальности и одновременно обеспечивать улучшение состояния здоровья людей;
- ✦ качество предполагает, что товары и услуги должны быть качественными с научной и медицинской точки зрения.³³

33 Общий комментарий № 14. Право на наивысший достижимый уровень здоровья (статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах). Женева: Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам; 2000 г. <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4sIQ6QSmIBEDzFEovLCuWIAVC1nkPsgUedPIf1vfPMJ2c7ey6PAz2aaajTzDjmCQy%2B9t%2BsAtGDNzdEqA6SuP2r0w%2F6sVBCtpvTSCbiOr4XVFTqhQY65auTfbQRPWNDxL>

31 Политическая декларация Заседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по борьбе с туберкулезом «Единство в борьбе с туберкулезом: неотложные меры реагирования мирового сообщества на глобальную эпидемию». Резолюция A/RES/73/3, принятая Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций 10 октября 2018 года. Нью-Йорк: Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций; 2018 г. <https://www.who.int/tb/unhlmonTBDeclaration.pdf>

32 Всемирная организация здравоохранения, Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека. Право на здоровье: информационный бюллетень № 31. Женева: Управление Верховного комиссара ООН по правам человека; 2008 г. <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>

Крайне важно, чтобы все заинтересованные стороны, участвующие в продвижении и осуществлении НИР в области ТБ, разрабатывали планы своей деятельности и осуществляли ее таким образом, чтобы уважать и защищать эти основные права принципов и обеспечивать их соблюдение на каждом этапе процесса НИР, включая предоставление новых инструментов.

ВСТАВКА 6.5.

АССЮРАНС ГОТОВНОСТИ СТРАНЫ ОБЕСПЕЧИТЬ НОВЫМИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ ВАКЦИНАМИ ПОДРОСТКОВ И ВЗРОСЛЫХ

Новые противотуберкулезные вакцины, разработанные для подростков и взрослых, скорее всего, окажутся наиболее эффективными среди любых новых инструментов в борьбе с глобальной эпидемией, но обеспечение доступа к данным вакцинам представляет собой серьезную проблему. Без надлежащего планирования и инвестиций осуществление различных кампаний и программ по широкому внедрению новой противотуберкулезной вакцины займет десятилетия, а массовая вакцинация подростков может оказаться очень сложной задачей.

Оценка и устранение пробелов в программах и системах, которые могут помешать внедрению новой вакцины, требуют оперативного комплексного исследования «стратегического доступа». К числу аспектов этого исследования относятся оценка стоимости товаров, критериев ценообразования, экономической эффективности для стороннего плательщика, готовности вакцин в стране и условий вакцинации. Исследование также будет иметь важное значение для понимания программной пригодности для предварительной квалификации (ПППК) в начале процесса разработки, чтобы повысить вероятность предвари-

тельного утверждения лицензированных продуктов для их закупки многосторонними учреждениями, такими как Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации (ГАВИ) и ЮНИСЕФ.

Также важно определять и отстаивать программные подходы, позволяющие наилучшим образом охватить подростков и взрослых. Такой потенциал как администрирование противотуберкулезной вакцины через платформу, задействованную для применения вакцины против вируса папилломы человека для подростков к примеру, и в соответствии с видением будущего программ иммунизации в рамках концепции «жизненного пути».

Обеспечение глобального доступа к новым противотуберкулезным вакцинам должно включать в себя фактические данные, технологии, политику и финансирование, при этом конечные пользователи, сообщества, врачи и НТП должны активно участвовать в этом процессе. Эти мероприятия помогут обеспечить согласованность и беспрепятственный переход новых вакцин со стадии НИР на стадию сбыта на мировых рынках, что принесет максимальную пользу людям и оптимизирует воздействие на эпидемию.

Расширение оперативных исследований

Оперативные исследования включают в себя широкий спектр исследовательских мероприятий, которые используются для изучения стратегий, вмешательств, инструментов и знаний, способных повысить эффективность систем и программ в области здравоохранения.³⁴ Несмотря на улучшения, произошедшие в последние годы, все еще существуют большие пробелы в предоставлении качественной, ориентированной на человека медицинской помощи при ТБ. Нарастание потенциала для проведения оперативных исследований на уровне страны имеет важное значение для устранения этих пробелов и обеспечения всеобщего доступа к профилактике, диагностике и лечению ТБ. Оперативные исследования также необходимы для того, чтобы понять, как наилучшим образом внедрить новые инструменты в различных группах населения и расширить их применение и как сочетать медицинскую помощь с социальной поддержкой для достижения наилучших результатов лечения и устранения факторов, из-за которых люди и сообщества подвергаются риску заболевания ТБ.³⁵

34 Zachariah R, Harries AD, Ishikawa N, et al. Operational research in low-income countries: what, why, and how? *Lancet Infect Dis* 2009;9(11):711–7. doi:10.1016/S1473-3099(09)70229-4

35 Global strategy for TB research and innovation. Женева: Всемирная организация здравоохранения; в печати.

Спонсорам исследований следует выделять конкретное финансирование на оперативные исследования, направляя его в качестве приоритетного в инициативы, которые создадут базу фактических данных для устранения пробелов в сфере внедрения новых инструментов в СНСУД.

Для того чтобы потенциал оперативных исследований стал устойчивым, его нужно на более регулярной основе учитывать в НТП с выделением соответствующих ресурсов из годовых бюджетов.

КЛЮЧЕВЫЕ ПРИОРИТЕТЫ ОПЕРАТИВНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ:

КЛЮЧЕВОЙ ПРИОРИТЕТ 1

понимание того, как инструменты ТБ используются в местных условиях, предоставление информации на ранней стадии планирования внедрения новых инструментов с целью сокращения задержек между выдачей лицензий и началом эффективного использования;

КЛЮЧЕВОЙ ПРИОРИТЕТ 2

понимание того, как наиболее эффективно и действенно проводить активное выявление случаев заболевания, подход, с помощью которого системы здравоохранения активно ищут людей с риском заболевания ТБ и контролируют прохождение этими людьми скрининга, диагностики и получение соответствующей помощи и поддержки;

КЛЮЧЕВОЙ ПРИОРИТЕТ 3

улучшение доступа к лечению, уходу и психосоциальной поддержке, включая оценку, мониторинг и преодоление социальных, правовых, политических и экономических барьеров при заболевании ЛЧ-ТБ и ЛУ-ТБ;

КЛЮЧЕВОЙ ПРИОРИТЕТ 4

понимание того, как государственный и частный секторы могут координировать работу и сотрудничать для улучшения всех аспектов доступа к помощи и поддержке при ТБ, а также оказывать такую помощь и поддержку;

КЛЮЧЕВОЙ ПРИОРИТЕТ 5

оптимизация борьбы с туберкулезной инфекцией с целью снижения уровня ее передачи;

КЛЮЧЕВОЙ ПРИОРИТЕТ 6

совершенствование методов проведения эпиднадзора, мониторинга и оценки программ по борьбе с ТБ;³⁶

КЛЮЧЕВОЙ ПРИОРИТЕТ 7

понимание роли, которую затронутые ТБ сообщества и лица, пережившие ТБ, могут играть во всем комплексе мероприятий по лечению ТБ и за его пределами, в том числе в доставке противотуберкулезных услуг.

36 Global investments in tuberculosis research and development: past, present and future. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. https://www.who.int/tb/publications/2017/Global_Investments_in_Tuberculosis_Research_Investment/en/

Цифровое здравоохранение и прецизионная (точечная) медицина

Решения в области цифрового здравоохранения могут улучшить поддержку во время лечения и качество лечения ТБ, одновременно снижая затраты и обеспечивая наличие, доступность, приемлемость и гарантированное качество для всех услуг, связанных с лечением и поддержкой для больных с ТБ. Доступ к Интернету и смартфонам все еще относительно ограничен во многих районах с высоким бременем ТБ, но существует возможность приема и отправки SMS на мобильные телефоны.³⁷ Новые цифровые инструменты могут способствовать повышению приверженности к лечению и улучшению поддержки способом, который будет менее обременительным для людей с ТБ и создаст возможность для привлечения сообщества к мониторингу противотуберкулезных мероприятий.

На системном уровне новые цифровые инструменты, такие как индийская платформа Nikshay, могут способствовать улучшению систем регистрации и учета пациентов, оформления заказов на лабораторные испытания, эпидемиологического надзора и передачи обязанностей по оказанию медицинской помощи пациенту от одного поставщика медицинских услуг другому, помимо выполнения других функций. Другие цифровые приложения могут улучшить прогнозирование расхода лекарств и обеспечить электронное обучение для медицинских работников, людей с ТБ и сообществ, затронутых ТБ.³⁸

Потенциал повышения качества лечения ТБ с помощью цифровых технологий в контексте комплексного ухода и поддержки все еще в значительной степени не используется. Однако цифровой инструмент Onelmpact, разработанный Партнерством «Остановить туберкулез», упрощает мониторинг на базе сообществ (СВМ), побуждая людей, затронутых ТБ, сообщать о барьерах, препятствующих доступу к качественным и своевременным услугам по лечению и поддержке при ТБ в целях укрепления системы

мониторинга и борьбы с ТБ и улучшения реагирования на потребности людей. В целях содействия расширенному использованию цифровых инструментов для лечения ТБ ВОЗ недавно завершила работу по сбору фактических данных пилотных проектов в области цифрового здравоохранения и разработке ТРР для цифровых инструментов, а также предоставила рекомендации относительно того, как наилучшим образом внедрять цифровые медицинские инструменты и оплачивать их использование в целях ликвидации ТБ.^{39,40}

Прецизионная (точечная) медицина также может способствовать улучшению клинического лечения, ухода за пациентами и мер реагирования общественного здравоохранения на ТБ. Новые достижения в секвенировании и интерпретации всего генома могут в конечном итоге заменить традиционный ТЛЧ, который тестирует только ограниченное количество мутаций устойчивости и для получения результатов которого требуется несколько недель. Интерпретация может быть подкреплена системами поддержки принятия клинических решений, которые представляют собой компьютерные системы,

37 Yoeli E, Rathauer J, Bhanot S, et al. Digital health support in treatment for tuberculosis. *N Eng J Med*. 2019;381:986–87. doi:10.1056/NEJMc1806550

38 Digital health in the TB response: scaling up the TB response through information and communication technologies. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 г. <http://www.who.int/tb/publications/eHealth-tb/en/>

39 Digital health in TB care and control [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения. <https://www.who.int/tb/areas-of-work/digital-health/en/>

40 Handbook for the use of digital technologies to support tuberculosis medication adherence. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 г. https://www.who.int/tb/publications/2018/TB_medication_adherence_handbook_2018/en/

позволяющие клиническим специалистам различными способами оптимизировать уход за пациентами в соответствии с их конкретными потребностями.⁴¹

Искусственный интеллект (ИИ) не является нововведением, но в последнее десятилетие он завоевал популярность в сфере здравоохранения отчасти благодаря успехам нейронных сетей глубокого обучения. Нейронные сети с большим успехом используются для распознавания речи и все чаще применяются в здравоохранении для различных целей в области распознавания изображений. ИИ для распознавания изображений имеет ряд потенциальных применений при ТБ. Например, он может использоваться для анализа рентгеновских снимков грудной клетки и в других областях, которые в настоящее время анализируются людьми. В рамках TB REACH была предоставлена поддержка значительному количеству ранних исследований, в которых ИИ используется для анализа рент-

генограмм грудной клетки. Последние разработки включают в себя опубликованное исследование, в котором рассматриваются различные виды применения аналитических приложений глубокого обучения на нескольких объектах.⁴² Согласно полученным данным, три различных приложения глубокого обучения показали лучшие результаты, чем опытные специалисты по анализу соответствующих изображений. Использование ИИ для анализа рентгеновских снимков грудной клетки предоставляет множество преимуществ, в том числе возможность стандартизировать оценку, сэкономить на затратах на тестирование GeneXpert и улучшить процесс обнаружения заболевания при использовании рентгенографии грудной клетки в качестве сортировочного теста. Использование ИИ для анализа рентгеновских снимков грудной клетки может быть особенно полезным там, где не хватает обученных специалистов в данной области и требуется обеспечить высокую пропускную способность скрининга.

41 Temesgen Z, Cirillo D, Raviglione M. Precision medicine and public health interventions: tuberculosis as a model? *Lancet Pub Health*. 2019;4(8):e374. doi:10.1016/S2468-2667(19)30130-6

42 Qin ZZ, Sander MS, Rai B, et al. Using artificial intelligence to read chest radiographs for tuberculosis detection: a multi-site evaluation of the diagnostic accuracy of three deep learning systems. *Scientific Reports*. 2019;9:15000. doi:10.1038/s41598-019-51503-3

ТАБЛИЦА 6.6: КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ПРОФИЛЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНИЯ ПРОДУКТОВ ДЛЯ ЦИФРОВЫХ ИНСТРУМЕНТОВ, СВЯЗАННЫХ С ТБ¹

Функция	ТРП: краткое описание
Лечение пациентов	1. Лечение с использованием видеонаблюдения (VOT) через мобильные устройства 2. Портал электронного здравоохранения для больных ТБ
Наблюдение и мониторинг	3. Графические панели управления для ТБ 4. Электронная система регистрации случаев ТБ 5. ePV для ТБ
Лабораторные информационные системы	6. ePV для ТБ
Электронное обучение	7. Информационная платформа о ТБ и прекращении курения для пациентов 8. Онлайн-обучение медицинских работников по вопросам ТБ и прекращения курения 9. Системы поддержки принятия клинических решений для лечения от ТБ и пристрастия к табаку

1 Профили предназначения продуктов и приоритетные цифровые медицинские продукты для ТБ [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения. <https://www.who.int/tb/areas-of-work/digital-health/target-product-profiles/en/>

ИИ также можно использовать для классификации других данных, включая звуки. Разрабатываются дополнительные приложения с поддержкой ИИ для борьбы с ТБ, в том числе электрические дистанционные мониторы кашля и автоматические анализаторы микроскопических исследований. ИИ также может определить «проблемные точки» кампаний скрининга на ТБ или помочь медикам в выявлении получающих лечение от ТБ людей, которые могут нуждаться в особом внимании и поддержке. Огромный объем данных, поступающих от программ по борьбе с ТБ, поможет в разработке новых приложений с ИИ и способов их применения в противотуберкулезных мероприятиях.

По мере роста числа вариантов применения цифровых медицинских инструментов, расширения доступа к информационным и коммуникационным технологиям в ССНУД и увеличения потенциала искусственного интеллекта оперативные исследования по-прежнему будут играть важную роль в понимании того, как лучше всего применять цифровые инструменты для поддержки людей с ТБ и улучшения качества лечения. Сохраняются опасения, что цифровые технологии могут заменить контакты между людьми или даже избыточно применяться в ситуациях, которые выходят за рамки улучшения поддержки и качества лечения, нарушая при этом права людей на неприкосновенность частной жизни и независимость. Следовательно, по-прежнему будет крайне важно получать обратную связь от людей с ТБ и лиц, переживших ТБ, в процессе разработки приложений для цифрового здравоохранения. Соблюдение этических стандартов также будет оставаться критически важным в ходе решения вопросов, связанных с конфиденциальностью, надзором, подотчетностью, общественным доверием, руководством и управлением данными при применении цифровых медицинских инструментов.

ВСТАВКА 6.6.

ПРОЕКТЫ ТБ REACH В ОБЛАСТИ ЦИФРОВЫХ СРЕДСТВ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ (DAT)

На шестой стадии ТБ REACH при поддержке Фонда Билла и Мелинды Гейтс профинансировала 13 проектов, направленных на использование цифровых средств повышения приверженности лечению (DAT) для усиления поддержки лечения и улучшения его результатов. Эти проекты реализуются в 12 странах, поддерживают различные группы населения, применяются в разнообразных условиях и используют несколько инструментов DAT, такие как 99DOTS, evriMED, SureAdhere (технология видеонаблюдения или VOT) и другие технологии, разработанные на местном уровне. 13 проектов DAT в рамках механизма ТБ REACH предоставляют уникальную возможность для понимания эффективности применения и внедрения DAT в области лечения ТБ в различных условиях. Уроки, извлеченные из этих проектов, помогут ликвидировать глобальный пробел в понимании влияния этих инструментов на результаты лечения, а также любых проблем и возможностей, связанных с применением данных инструментов в отношении людей с ТБ, их использованием медицинскими работниками и в рамках программ по борьбе с ТБ.

Дополнительная информация приводится по следующему адресу:

<http://www.stoptb.org/global/awards/tbreach/wave6DAT.asp>



7.ПОТРЕБНОСТЬ В РЕСУРСАХ



РЕЗЮМЕ

Сохраняется неотложная потребность в увеличении инвестиций на борьбу с ТБ. Выполнив свои обязательства, взятые в рамках ЗВУООН по ТБ, о ежегодном инвестировании не менее 13 миллиардов долларов США в профилактику и лечение ТБ и увеличении финансирования исследований и разработок в области ТБ более чем до 2 миллиардов долларов США в год, правительства смогут направить мир на путь ликвидации ТБ.

ПОСРЕДСТВОМ ФИНАНСИРОВАНИЯ ИНВЕСТИЦИОННОГО СЦЕНАРИЯ ГЛОБАЛЬНОГО ПЛАНА (2018–2022 ГГ.):

1 страны достигнут целевых показателей лечения на 2022 год, установленных в рамках ЗВУООН;

2 контрольные показатели Стратегии по ликвидации ТБ на 2020 год будут достигнуты на год позже, в 2021 году;

3 мир встанет на путь достижения контрольных показателей 2025 года;

4 НИР позволят найти новые средства для заключительной битвы по ликвидации ТБ к 2030 году.

Финансирование профилактики и лечения ТБ. Коэффициент окупаемости инвестиций (ROI) в профилактику и лечение ТБ составляет 44 доллара США на каждый потраченный доллар. Удовлетворение всех потребностей в ресурсах для лечения и профилактики ТБ в 2018–2022 годах приведет к тому, что лечение от ТБ получат 40 миллионов человек, включая 3,5 миллиона детей и 1,5 миллиона больных ЛУ-ТБ, а более чем 30 миллионов смогут пройти профилактическое лечение ТБ. В результате смертность от ТБ сократится на 1,5 миллиона случаев и будут предотвращены 48 миллионов DALY.

Финансирование исследований и разработок новых инструментов борьбы с ТБ. Наличие новых инструментов играет важную роль в ликвидации ТБ. Полное удовлетворение потребностей в ресурсах для НИР в области

ТБ позволит разработать новые методики диагностики, лекарства и эффективную вакцину, необходимую для прекращения эпидемии ТБ. Пятилетняя задержка в увеличении финансирования НИР в области ТБ приведет к гибели примерно еще 2 миллионов человек и развитию заболевания у других 13,9 миллиона — такова цена бездействия. (См. главу 6, в которой более подробно рассматривается цена бездействия).

Хотя основная часть этих инвестиций должна поступить из внутренних ресурсов и от международных доноров, мобилизация альтернативных источников финансирования (финансирование частного сектора, смешанное финансирование, кредиты со сниженной процентной ставкой, социальное медицинское страхование, благотворительные пожертвования состоятельных частных

лиц, облигации социального воздействия, небольшие сборы и налоги, а также объединенные фонды доноров) может значительно ускорить темпы наращивания масштабов деятельности.

ПРИОРИТЕТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Для устранения дефицита средств для финансирования профилактики и лечения ТБ необходимо предпринять следующие приоритетные меры.

Правительства:

- ✦ Главы государств и правительств всех стран с высоким бременем ТБ должны мобилизовать средства для увеличения объемов внутреннего финансирования на борьбу с ТБ.
- ✦ Страны БРИКС и страны с уровнем дохода выше среднего должны увеличить свои внутренние ресурсы для борьбы с ТБ, чтобы полностью удовлетворить возросшие потребности в финансировании для достижения целевых показателей в области лечения, установленных в рамках ЗВУООН.
- ✦ После сбора полного пакета финансовых ресурсов Глобальным фондом правительства в рамках достижения амбициозных целей ЗВУООН должны использовать все инструменты для максимального увеличения объема средств для борьбы с ТБ, выделяемых Глобальным фондом, что включает в себя полное освоение финансовых средств, выделяемых стране, увеличение стимулирующего финансирования и определение приоритетов для оптимизации грантовых средств.
- ✦ Странам следует изучить возможность финансирования доли расширения услуг по борьбе с ТБ за счет экономии затрат в рамках существующих бюджетов на ТБ путем децентрализации лечения ТБ, резкого сокращения числа госпитализируемых больных ТБ и сокращения времени госпитализации. Необходимо искать пути повышения эффективности противотуберкулезной программы без снижения ее качества.
- ✦ Необходимо мобилизовать дополнительное внешнее финансирование и предоставить его странам с низким уровнем дохода и отдельным странам с доходами ниже среднего, которые имеют ограниченные финансовые возможности для увеличения своих внутренних бюджетов.
- ✦ Правительствам следует повысить инвестиционную привлекательность проектов по борьбе с ТБ на уровне страны, используя моделирование и калькуляции затрат для обоснования национальных стратегических планов, а также адвокацию для мобилизации и распределения ресурсов.
- ✦ НТП и их партнеры должны использовать весь потенциал схем социального медицинского страхования, инновационного и стимулирующего финансирования борьбы с ТБ.

Партнеры по развитию:

- ✦ Всемирный банк и другие банки развития должны рассматривать все доступные инструменты займов и грантов странам с высоким бременем ТБ в ходе переговоров

по кредитным соглашениям, чтобы обеспечить наличие средств на борьбу с ТБ, включая механизмы смешанного финансирования и кредиты со сниженными процентными ставками.

- ✦ Партнеры и активисты должны взаимодействовать со стратегически важными странами со средним уровнем дохода и высоким бременем ТБ, чтобы их правительства смогли вдвое или втрое увеличить внутренние бюджеты на борьбу с ТБ.

Устранение дефицита финансирования НИР в области ТБ требует следующих безотлагательных действий:

- ✦ Мировое сообщество должно признать, что финансирование НИР в области ТБ является общей ответственностью. Страны должны тратить не менее 0,1% своего GERD на борьбу с ТБ.

- ✦ Поскольку с странах БРИКС проживают более половины людей с ТБ в мире и они обладают значительным потенциалом в области НИР, их правительства должны существенно увеличить финансирование НИР в области ТБ.

- ✦ Расширить поддержку НИР в области ТБ со стороны объединенных механизмов финансирования, таких как Партнерство по клиническим исследованиям в Европе и развивающихся странах и Фонд инновационных технологий в области глобального здравоохранения.

- ✦ Инновационные формы финансирования, финансирование со стороны частного сектора и механизмы начального финансирования следует задействовать для продвижения и финансирования разработки новых инструментов.

Потребности в инвестициях для достижения целей ЗВУООН

Для достижения целей, которые правительства взяли на себя в рамках ЗВУООН по ТБ, требуется значительное увеличение ресурсов на текущие мероприятия и разработку новых инструментов. Окупаемость этих инвестиций будет впечатляющей как в гуманитарном, так и в экономическом плане.

В период с 2018 по 2022 годы потребуются в общей сложности 77,8 миллиарда долларов США, которые распределяются следующим образом:

- ✦ Общая сумма в 65 миллиардов долларов США для профилактики и лечения ТБ.
- ✦ 12,8 миллиарда долларов США для разработки новых инструментов и проведения фундаментальных научных исследований, причем эта сумма, в свою очередь, складывается из следующих:

- минимум 10,8 миллиарда для исследований и разработок новых способов диагностики, лекарств и минимум одной вакцины от ТБ, т. е. в среднем 2,16 миллиарда долларов США в год;
- в общей сложности 2 миллиарда требуется на фундаментальные научные исследования, связанные с ТБ, или в среднем 400 миллионов долларов США в год.

Подробная информация о финансировании профилактики и лечения ТБ представлена ниже. Подробная информация о финансировании исследований приводится в главе 6.

На рисунке 7.1 показаны потребности в ресурсах для профилактики и лечения ТБ на глобальном уровне, финансирование, которое будет доступно, если текущая тенденция финансирования сохранится без дальнейшего увеличения, и возникающий в результате дефицит финансирования.

В таблице 7.1 приводятся ежегодные потребности в ресурсах (2018–2022 гг.) на профилак-

тику и лечение ТБ для достижения целей по лечению, установленных ЗВУООН на 2022 г., и для того, чтобы вывести мир на путь ликвидации ТБ. Потребности в ресурсах показаны как для всего мира, так и для разных групп стран. Разбивка глобальных потребностей в ресурсах показывает, что 61 миллиард долларов США необходим странам, не входящим в ОЭСР, и 44 миллиарда долларов США – странам, имеющим право на получение финансирования Глобального фонда в период с 2018 по 2022 годы. Потребности в ресурсах отдельных стран приведены по адресу:

(<http://stoptb.org/resources/countrytargets/>).

РИСУНОК 7.1: РЕСУРСЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТБ НА ГЛОБАЛЬНОМ УРОВНЕ (В МЛРД ДОЛЛ. США)

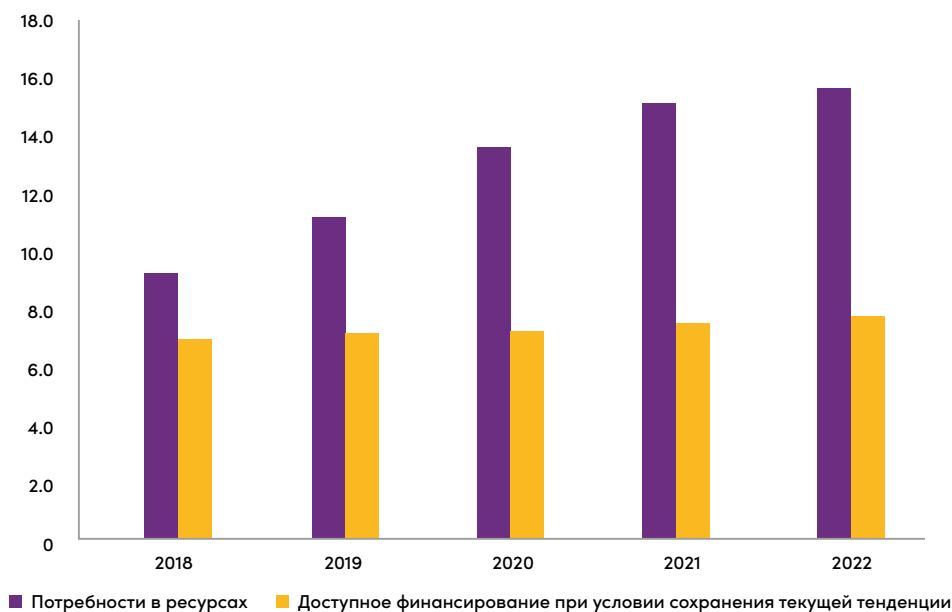
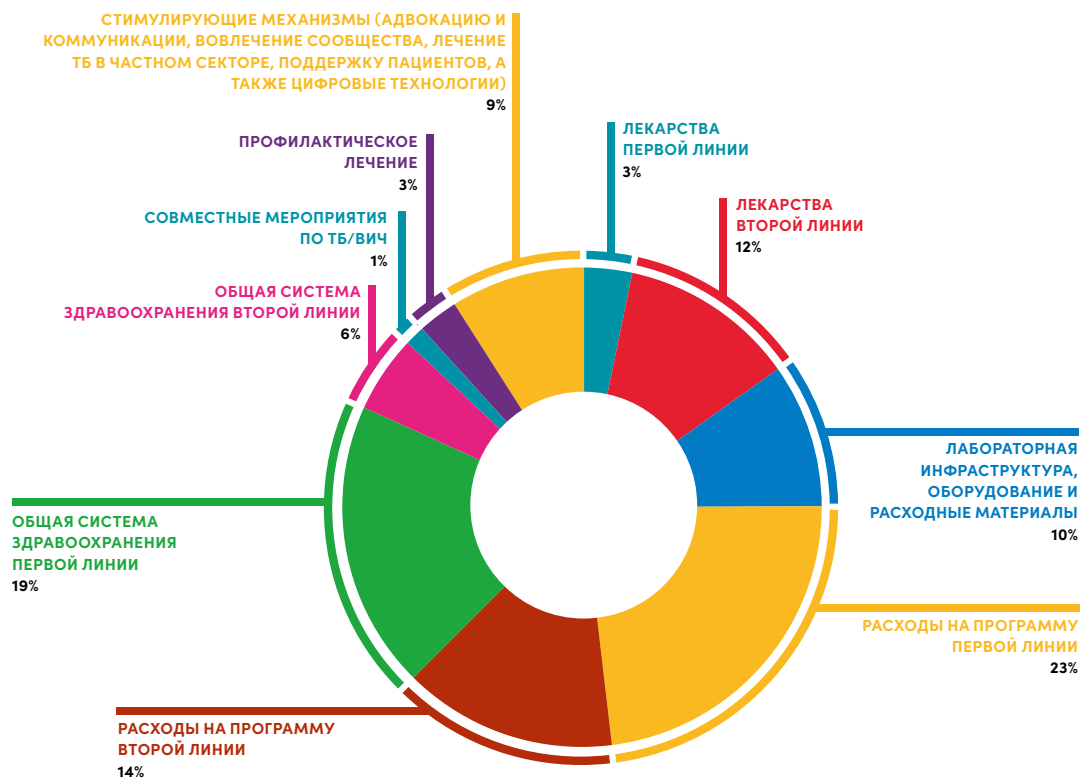


ТАБЛИЦА 7.1: РЕСУРСЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ФИНАНСИРОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТБ (МЛРД ДОЛЛ. США)

	2018	2019	2020	2021	2022	Итого
ИТОГО ПО ВСЕМУ МИРУ						
Итого (по всему миру, включая страны ОЭСР)	9,24	11,18	13,64	15,15	15,61	64,82
Итого (по всему миру, исключая страны ОЭСР)	8,54	10,48	12,97	14,51	15,00	61,50
ПО УРОВНЮ ДОХОДА						
Низкий доход	0,87	1,13	1,60	1,85	1,95	7,38
Доход ниже среднего	3,20	4,35	5,88	6,86	7,19	27,48
Доход выше среднего	4,51	5,05	5,55	5,86	5,92	26,90
Высокий доход	0,66	0,65	0,61	0,58	0,55	3,05
СТРАНЫ, ИМЕЮЩИЕ ПРАВО НА ПОМОЩЬ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА, ПО УРОВНЮ ДОХОДА						
Низкий доход	0,87	1,13	1,60	1,85	1,95	7,38
Доход ниже среднего	3,20	4,35	5,87	6,85	7,19	27,46
Доход выше среднего	1,57	1,82	1,96	2,00	2,04	9,39
Итого	5,64	7,30	9,43	10,70	11,17	44,24
СТРАНОВЫЕ КЛАСТЕРЫ ГЛОБАЛЬНОГО ПЛАНА						
Высокое бремя МЛУ-ТБ	2,53	2,74	2,97	3,16	3,21	14,60
Высокое бремя ТБ/ВИЧ, САДК	0,86	1,09	1,37	1,50	1,56	6,38
Высокое бремя ТБ/ВИЧ, не САДК	0,84	1,20	1,90	2,23	2,33	8,49
Умеренное бремя, СОЕ	0,31	0,42	0,62	0,73	0,77	2,84
Высокое бремя, частный сектор	1,15	1,66	2,32	2,80	3,01	10,94
Умеренное бремя, средний доход	0,89	1,03	1,12	1,16	1,15	5,34
Индия	0,88	1,14	1,31	1,45	1,50	6,27
Китай	1,02	1,13	1,25	1,33	1,31	6,04
Низкое бремя, высокий доход	0,77	0,79	0,79	0,79	0,76	3,91
СТРАНОВЫЕ КЛАСТЕРЫ ГЛОБАЛЬНОГО ПЛАНА						
Восточное Средиземноморье (EMR)	0,28	0,43	0,75	0,97	1,06	3,49
Африка (AFR)	1,97	2,65	3,79	4,35	4,55	17,30
Северная и Южная Америка (AMR)	0,71	0,82	0,88	0,91	0,91	4,23
Европа (EUR)	2,85	3,05	3,27	3,44	3,48	16,10
Западная часть Тихого Океана (WPR)	1,86	2,09	2,39	2,58	2,58	11,50
Юго-Восточная Азия (SEAR)	1,56	2,14	2,56	2,89	3,04	12,20
БРИКС (BRA, CHN, IND, RUS, ZAF)						
Итого	3,96	4,60	5,18	5,60	5,71	25,05

РИСУНОК 7.2: КАТЕГОРИИ ЗАТРАТ НЕОБХОДИМОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТБ, 2018–2022 ГГ.



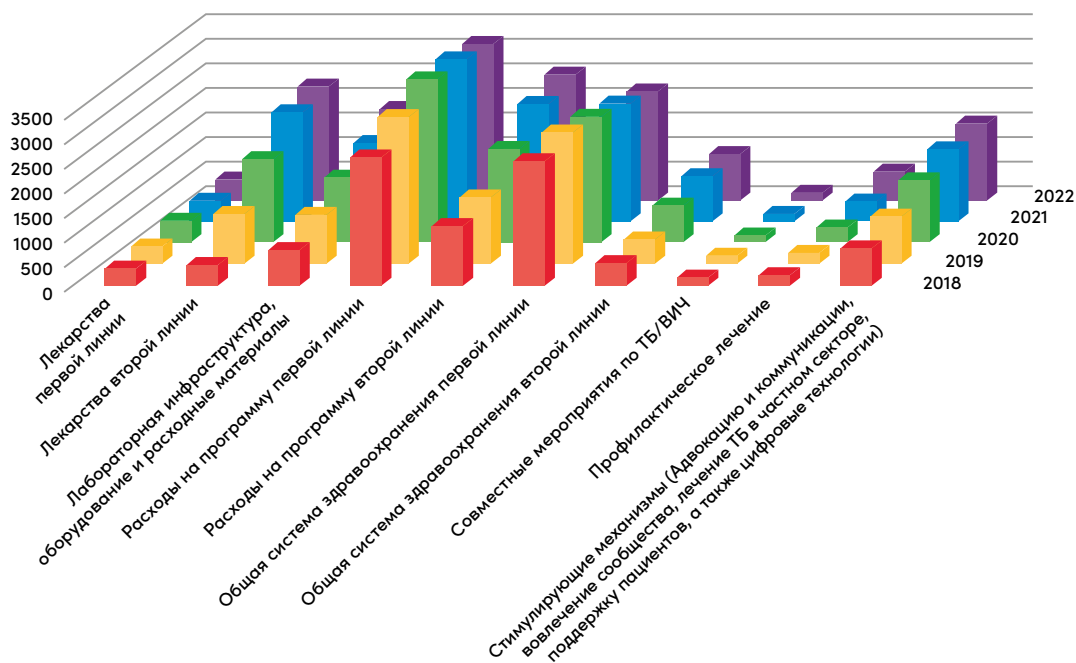
На рисунке 7.2 показана разбивка общих потребностей в финансировании для профилактики и лечения ТБ на 2018–2022 годы по категориям затрат, а на рисунке 7.3 показаны категории затрат по годам.

Расходы на программу по лечению препаратами первого ряда включают в себя расходы на управление и мониторинг, человеческие ресурсы для программы по борьбе с ТБ, обучение, разработку политики, совещания, закупку офисного оборудования/транспортных средств, строительство зданий для НТП, регулярный надзор, адвокацию и коммуникации, мероприятия по совместной работе государственного и частного секторов, вовлечение сообществ, активный поиск случаев ТБ, инфекционный контроль, управление закупками и распределением противотуберкулезных препаратов.

Затраты на программу по лечению с использованием препаратов второго ряда включают в себя расходы на управление услугами по лечению ЛУ-ТБ, ремонт отделений для больных МЛУ-ТБ, деятельность, связанную с инициативой «Комитета зеленого света», отслеживание случаев ТБ, «упущенных для последующего наблюдения», и их контактов, а также на паллиативную помощь.

Общие категории расходов системы здравоохранения (как первого, так и второго ряда) включают амбулаторные консультации в больнице, расходы на госпитализацию

РИСУНОК 7.3: КАТЕГОРИИ ЗАТРАТ НЕОБХОДИМОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ НА 2018–2022 ГГ., В МЛН ДОЛЛ. США



и амбулаторное лечение, а также расходы на распределение противотуберкулезных ресурсов. Эти расходы часто не включаются в бюджеты НТП, а покрываются из бюджетов системы здравоохранения.

Сотрудничество между программами по борьбе с ТБ и ВИЧ включает в себя создание координационных органов, совместное обучение и планирование, тестирование на ВИЧ для людей с ТБ, совместное распространение информации и адвокацию, связанную с ТБ и ВИЧ.

В категорию расходов на профилактику ТБ входят лекарства для всех, получающих превентивную терапию, но тестирование на латентный ТБ предусматривается только для контактов в возрасте старше 5 лет. Предполагается, что устаревшие схемы лечения на основе изониазида будут постепенно заменяться новыми на основе рифапентина. Затраты на выявление контактов и исключение активного ТБ до начала про-

филактического лечения не входят в данную статью расходов, так как финансирование данных мероприятий уже предусмотрено программами первого ряда и бюджетом совместной деятельности в области ТБ и ВИЧ. Аналогичным образом затраты на человеческие ресурсы для профилактического лечения ТБ включены в бюджеты программ первого и второго ряда.

В категорию расходов на вспомогательные средства входят мероприятия, которые обеспечивают благоприятную среду для быстрого расширения масштабов профилактики и лечения ТБ. Эти вспомогательные средства включают в себя адвокацию и коммуникации, укрепление и вовлечение систем сообщества, лечение ТБ в частном секторе, поддержку и защиту пациентов, а также цифровые технологии. Хотя отдельные страны включают некоторые из этих мероприятий в категорию расходов, связанную с программой, они остаются без достаточного финансирования. Таким образом, доля бюд-

жета на эти вспомогательные меры основана на передовом опыте некоторых стран, примененных к другим странам или странам с аналогичными условиями (например, лечение ТБ в частном секторе предусматривалось только в странах, где частный сектор занимается лечением значительной доли случаев ТБ).

Примерные ежегодные потребности в ресурсах с 2018 по 2022 годы должны увеличиться из-за роста числа людей, нуждающихся

в диагностике и лечении, а также в связи с ожидаемым ростом нескольких статей удельных затрат, как описано в Приложении 1. Лаборатории представляют собой самую быстрорастущую статью удельных затрат из-за ожидаемых изменений в диагностических технологиях и увеличения числа людей, проходящих тестирование на ТБ.

Подход к расчету затрат и ограничения

Потребности в ресурсах оценивались на основе сведений из финансовой базы данных ВОЗ по ТБ, которая включает информацию о бюджетах, представленную более чем 100 странами, и расходы на систему здравоохранения, самостоятельно рассчитанные ВОЗ. Исходя из этих данных, были рассчитаны удельные затраты для статей расходов, скорректированных с учетом будущих тенденций на основе мнений экспертов, а затем эти значения были применены к целевым показателям масштабирования лечения из модели TIME. Для стран, которые не представили отчеты в ВОЗ, удельные затраты были вменены с помощью алгоритмов обучения в рамках процесса моделирования. Подробная методология оценки потребностей в ресурсах для достижения целей ЗВУООН представлена в Приложении 1.

Подход к расчету затрат имеет определенные ограничения. Способ, которым различные статьи затрат объединяются и сообщаются ВОЗ, является ограничением, которое не позволяет осуществлять разбивку статей затрат другими способами. Кроме того, расчет расходов на период с 2018 по 2022 гг. не учитывает внедрение в будущем новых диагностических средств или лекарств, которые в настоящее время недоступны.

Глобальный план рекомендует выполнить более надежный сбор финансовых данных от НТП, из национальных отчетов в сфере здравоохранения и у международных партнеров по развитию, а также увеличить инвестиции в отслеживание и улучшение учета удельных затрат и расходов на новые мероприятия и внутренние инвестиции. Кроме того, для лучшего понимания финансовых последствий

в момент сбора данных необходимо осуществлять разбивку отдельных статей затрат.

Правительствам следует создать эпидемиологическую модель ТБ на национальном уровне и разработать подробные прогнозы затрат для их учета при разработке стратегических планов и наборов инструментов инвестирования в целях ликвидации ТБ. НТП и активисты по борьбе с ТБ могут использовать эти национальные стратегические планы и наборы инструментов инвестирования для пропаганды увеличения финансирования борьбы с ТБ в рамках национальных процессов составления бюджета, а также для привлечения доноров.

Каких целей позволит достичь Глобальный план?

Вылеченные пациенты, спасенные жизни и прогресс в ликвидации ТБ

Удовлетворение всех потребностей в ресурсах для лечения и профилактики ТБ на 2018–2022 годы приведет к следующим результатам:

- ⊕ лечение ТБ 40 миллионов человек, включая:
 - 3,5 миллиона детей;
 - 1,5 миллиона больных ЛУ-ТБ;
- ⊕ профилактическое лечение ТБ более чем 30 миллионов человек;
- ⊕ сокращение числа смертей от ТБ на 1,5 миллиона;
- ⊕ предотвращение 48 миллионов DALY (подробные сведения о предотвращенных DALY см. в Приложении 1);

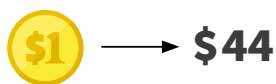
Своевременное получение новых средств диагностики, лекарств и вакцины для ликвидации ТБ

Полное удовлетворение потребностей в ресурсах на разработку новых средств позволит создать новые методики диагностики, лекарства и эффективную вакцину для прекращения эпидемии ТБ.

Задержка увеличения финансирования НИР на пять лет приведет примерно к следующему:

- ⊕ 2 миллиона человек погибнут от ТБ;
- ⊕ еще 13,9 миллиона человек заболеют ТБ;
- ⊕ 49,8 миллиона DALY будут потеряны в связи с ТБ (75,1 миллиона без учета снижения);
- ⊕ дополнительные расходы на лечение ТБ составят 14,2 миллиарда долларов США (21,6 миллиарда долларов США без учета снижения);
- ⊕ убытки в размере 172 миллиардов долларов США из-за снижения производительности (259 миллиардов долларов США без учета снижения).

(См. главу 6, в которой рассматриваются прочие аспекты цены бездействия).



Окупаемость инвестиций (ROI)

Когда программы по борьбе с ТБ обеспечивают людям эффективную профилактику и лечение, предотвращая смерть и инвалидность, они получают дополнительные экономические выгоды. Во-первых, возможно, что профилактика ТБ позволит снизить расходы домохозяйств на медицинские услуги. Во-вторых, после предотвращения (или эффективного лечения) ТБ члены домохозяйства смогут продолжить или возобновить продуктивную работу.

Анализ ROI для Глобального плана на 2018–2022 годы был выполнен на основе методологии Комиссии по инвестициям в здравоохранение журнала *Lancet*¹, но адаптирован к новым руководящим принципам анализа выгод и затрат после совместной работы с Глобальным фондом по оценке ROI нового цикл пополнения ресурсов на 2020–2022 годы. Методология описана в Приложении 1.

В таблице 7.2 приведены чистая экономическая выгода и ROI для каждого доллара США, вложенного в мероприятия Глобального плана, по группам стран и статусу дохода.

ROI составляет 43,7 доллара США на каждый доллар, потраченный на профилактику и лечение ТБ в соответствии с положениями Глобального плана на 2018–2022 гг. Чистая экономическая выгода от инвестиций оценивается в 711 миллиардов долларов США.

Показатель ROI, равный 1:44, делает расширение масштабов профилактики и лечения ТБ в соответствии с Глобальным планом на 2018–2022 годы одним из лучших видов инвестиций в рамках ЦУР.

1 Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. The Lancet Commissions. 2013;382(9908):1898–955. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2813%2962105-4>

ТАБЛИЦА 7.2: ROI И ЧИСТАЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ВЫГОДА ОТ РЕАЛИЗАЦИИ ГЛОБАЛЬНОГО ПЛАНА НА 2018–2022 ГГ

ROI (на вложенный доллар США) в сравнении с традиционным сценарием	Чистая выгода, 2018–2022 гг. (в млн долл. США)	ROI, 2018–2022 гг., на каждый вложен- ный доллар США
Весь мир	711 000	43,7
ПО СТРАНОВОЙ ГРУППЕ		
Высокое бремя МЛУ-ТБ	18 000	8,2
Высокое бремя ТБ/ВИЧ, САДК	86 000	48,3
Высокое бремя ТБ/ВИЧ, за пределами САДК	62 000	16,5
Умеренное бремя, СОЕ	3 000	2,9
Высокое бремя, частный сектор	177 000	40,4
Умеренное бремя, средний доход	33 000	55,4
Индия	204 000	184,4
Китай	66 000	58,7
Низкое бремя, высокий доход	2 000	632,4
ПО УРОВНЮ ДОХОДА		
Низкий доход	39 000	12,7
Доход ниже среднего	308 000	36,0
Доход выше среднего	269 000	96,1
Высокий доход	95 000	57,8

ВСТАВКА 7.1.

ИНВЕСТИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИЕ ТБ ПРИНОСИТ ДОЛГОСРОЧНЫЕ ВЫГОДЫ СИСТЕМАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Инвестиции в лечение ТБ укрепляют системы здравоохранения в долгосрочной перспективе, повышая их способность бороться с другими заболеваниями и вспышками эпидемий. Существует несколько способов укрепления систем здравоохранения.

Во-первых, инвестиции в раннюю и эффективную диагностику ТБ создают в системе здравоохранения долгосрочные возможности в сфере диагностики, лабораторных исследований и выявления заболеваний. Симптомы ТБ не являются специфическими и сопровождают различные заболевания. Поэтому такие инструменты, как микроскопы и рентгеновские аппараты, могут применяться при диагностике многих других болезней, помимо ТБ. Меры по улучшению раннего выявления ТБ могут положительно повлиять на раннее выявление других заболеваний, особенно тех, которые поражают легкие.

Как известно, сети противотуберкулезных лабораторий внедряют процессы стандартизации и обеспечения качества, которые могут оказать положительное влияние на качество работы лабораторий общественного здравоохранения по всем направлениям. Глобальный план предусматривает интеграцию противотуберкулезных лабораторий и диагностики ТБ в системы здравоохранения и улучшение доступа к ним посредством организации транспортировки образцов. Он предусматривает использование хорошо интегрированных противотуберкулезных программ в качестве промежуточного средства для улучшения ранней диагностики заболеваний в рамках укрепления систем здравоохранения.

Во-вторых, инвестиции, содействующие улучшению исследования контактов при ТБ, создадут надежную

систему, которую можно будет применять во время вспышек других инфекционных заболеваний, к примеру, лихорадки Эбола, которая требует быстрой мобилизации как медицинских учреждений, так и сообществ для проведения широкомасштабного изучения контактов больных.

В-третьих, борьба с ТБ требует инвестиций в методики борьбы с инфекциями, передаваемыми воздушно-капельным путем. Такие инвестиции наращивают возможности систем здравоохранения для быстрого реагирования на вспышки других воздушно-капельных инфекций, таких как грипп и респираторные синдромы.

В-четвертых, поскольку лечение ТБ требует длительного взаимодействия с пациентами и сообществами, инвестиции в ТБ могут усилить общее взаимодействие с этими сообществами в интересах других программ здравоохранения.

В-пятых, лечение ТБ требует эффективных и надежных систем поставок лекарств. Дальнейшее совершенствование этих систем и их более тесная интеграция в более масштабные системы здравоохранения стран приносят непосредственную пользу системам здравоохранения, стремящимся улучшить цепочки поставок для других заболеваний.

Наконец, расходы, помимо товарных или прямых затрат, составляют большую часть всей стоимости. Эти расходы включают в себя затраты на модернизацию лабораторий, улучшение компонентов системы здравоохранения и развитие кадровых ресурсов, что может оказать долгосрочное положительное влияние на общую эффективность систем здравоохранения.¹

1 Harries A, Jensen P, Zachariah R, et al. How health systems in sub-Saharan Africa can benefit from tuberculosis and other infectious disease programmes. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2009;13(10):1194–9.

Источники финансирования Глобального плана

Природа большинства инвестиций в ТБ имеет отношение к «глобальным общественным благам»², что делает их приоритетным направлением финансирования, приносящим множество выгод

2 «Глобальные общественные блага» — это блага, которые являются «неконкурентными» (т. е. любое лицо может потреблять благо без ущерба для полезности, получаемой в результате его потребления) и «неисключаемыми» (т. е., когда благо создано, никто не может быть лишен права пользования им). The World Bank Group A to Z. Вашингтон, округ Колумбия: Всемирный банк; 2015 г. https://elibrary.worldbank.org/doi/10.1596/978-1-4648-0484-7_global_public_goods

обществу. Фактически, инвестиции в ТБ имеют один из лучших показателей ROI среди всех ЦУР.³ По оценкам Центра Копенгагенского консенсуса, каждый доллар, вложенный в борьбу с ТБ, приносит 43 доллара США в виде экономической выгоды. Инвестиционный сценарий Глобального плана приводит аналогичную рентабельность инвестиций в размере 44 долларов США на каждый вложенный доллар, как описано выше. На заседании, состоявшемся в январе 2019 года, совет Партнерства «Остановить туберкулез» принял документ под названием «Призыв к действию».⁴

3 Post-2015 Consensus: what are the smartest targets for the post-2015 development agenda? Тьюксбери: Центр Копенгагенского консенсуса; 2015 г. <https://www.copenhagenconsensus.com/post-2015-consensus>

4 The Stop TB Partnership Board calls for a dramatic increase in funding for TB. Женева: Партнерство «Остановить туберкулез»; 2019 г. http://www.stoptb.org/news/stories/2019/ns19_005.asp

ВВИДУ ПОТРЕБНОСТИ В УВЕЛИЧЕНИИ РЕСУРСОВ И СЕРЬЕЗНОГО ДЕФИЦИТА ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕЙ ЗВУООН В ОБЛАСТИ ТБ НА 2022 ГОД СОВЕТ ПРИЗВАЛ К СЛЕДУЮЩИМ ДЕЙСТВИЯМ:

- 1** Полностью восполнить финансы Глобального фонда и использовать все имеющиеся инструменты для максимального увеличения объема средств для борьбы с ТБ с целью достижения амбициозных целей ЗВУООН, что включает в себя полное освоение национальных грантовых проектов, расширение стимулирующего финансирования, определение приоритетов для оптимизации гранта и т. д.
- 2** Главы правительств всех стран с высоким бременем ТБ должны увеличить внутреннее финансирование на борьбу с ТБ, а Партнерство «Остановить туберкулез» и его партнеры призваны провести работу со стратегически важными странами со средним уровнем дохода и высоким бременем ТБ, чтобы эти страны удвоили или утроили свои внутренние бюджеты на борьбу с ТБ;
- 3** Всемирный банк и другие банки развития должны рассмотреть все доступные инструменты займов и грантов странам с высоким бременем ТБ в ходе переговоров по кредитным соглашениям, включая механизмы смешанного финансирования и кредиты со сниженными процентными ставками в течение начального периода, для предоставления средств на борьбу с ТБ.
- 4** Партнерство «Остановить туберкулез» обязуется провести работу с партнерами с целью использования всего потенциала схем социального медицинского страхования, инновационного финансирования и стимулирующего финансирования борьбы с ТБ;
- 5** Мировому сообществу необходимо признать, что финансирование НИР в области ТБ является общей ответственностью; в силу этого Совет поддерживает предложение о разработке конкретных целевых показателей НИР в области ТБ для каждой страны с учетом того, что разные страны могут поддерживать местные или региональные исследовательские инициативы;
- 6** Партнерство «Остановить туберкулез» обязуется сформировать Целевую группу по финансированию борьбы с ТБ для работы над имеющимися традиционными и инновационными вариантами увеличения финансирования борьбы с ТБ, особенно в контексте ВОУЗ, с целью определения возможностей и предоставления совету и секретариату стратегических рекомендаций по мобилизации ресурсов для глобального противодействия ТБ.

Существует три основных источника финансирования для внедрения и исследований: внутреннее, внешнее и инновационное финансирование.

Внутреннее финансирование

В странах с высоким уровнем дохода, странах БРИКС и странах с уровнем дохода выше среднего почти все инвестиции на борьбу с ТБ должны поступать из внутренних ресурсов. Российская Федерация и другие восточно-европейские страны в состоянии профинансировать значительную долю мероприятий по расширению противотуберкулезных услуг за счет экономии затрат в рамках уже существующих бюджетов по борьбе с ТБ, продолжая существующую тенденцию ориентированного на людей лечения, уменьшая количество госпитализируемых пациентов и сокращая время госпитализации. Другие страны со средним уровнем дохода и высоким бременем ТБ могли бы рационализировать свою деятельность по борьбе с ТБ, улучшив интеграцию лечения ТБ в общую систему медицинских услуг. Однако смена парадигмы, нацеленная на ликвидацию ТБ, станет возможной только в том случае, если страны готовы выделить на это специальные бюджетные статьи, как это сделала Южная Африка. Индия в последнее время в четыре раза увеличила внутренний бюджет на борьбу с ТБ, что обусловлено политическими обязательствами высокого уровня и стремлением премьер-министра покончить с ТБ к 2025 году, на пять лет раньше срока достижения глобальной цели. Такое резкое увеличение (удвоение, утроение или увеличение в четыре раза) внутренних бюджетов на борьбу с ТБ необходимо в нескольких странах со средним уровнем дохода и высоким бременем ТБ.

Экономические реалии в странах с низким уровнем дохода сильно различаются. Большинство стран с высоким бременем ТБ в этой подгруппе по-прежнему сильно зависят от внешнего финансирования программ

по борьбе с ТБ. Более того, большая часть бюджетов на борьбу с ТБ в настоящее время остается без финансирования. Этим странам потребуется дополнительная внешняя финансовая поддержка, в том числе гранты и кредиты по сниженным ставкам от банков развития.

Чтобы определить правильное сочетание источников финансирования мероприятий, указанных в Глобальном плане, необходимо учитывать условия в каждой конкретной стране. Такие условия могут быть самыми различными. Важно отслеживать увеличение внутреннего финансирования за счет улучшения систем финансовой отчетности, предоставляемой странами, особенно с помощью национальных отчетов в сфере здравоохранения там, где они существуют. Межправительственные координационные механизмы, такие как Африканский союз, также должны играть роль в адвокации и мониторинге для увеличения внутреннего финансирования борьбы с ТБ.

Повышение эффективности национальных программ по борьбе с ТБ

Политики, разрабатывающие программы по борьбе с ТБ, и исполнители, реализующие такие программы, сталкиваются с трудностями, связанными с постоянно высоким бременем заболевания, ограниченными ресурсами и необходимостью сравнивать новые технологии с более дешевыми (но более старыми и менее эффективными) подходами.

Эта проблема требует перехода к эффективному распределению ресурсов, то есть к максимальному улучшению результатов лечения с использованием наиболее экономически эффективного комплекса медико-санитарных мероприятий, направленных на целевые группы населения в самых приоритетных областях, за счет более рационального предоставления услуг. Закупка лекарств и средств диагностики — это одна

из областей, в которых можно повысить эффективность расходования внутреннего бюджета, приобретая товары гарантированного качества по низким ценам через Глобальный механизм по обеспечению лекарственными средствами (GDF), учрежденный Партнерством «Остановить туберкулез». Именно поэтому в Политической декларации ООН о борьбе с ТБ содержится призыв ко всем странам об использовании ресурсов GDF.

Глобальный план призывает страны применять аналитические подходы, включающие данные о стоимости и эффективности мероприятий в реальных условиях и позволяющие оценить, как можно решить проблему ТБ с использованием имеющихся ресурсов. Он также поощряет страны искать пути повышения эффективности программ по борьбе с ТБ без снижения их качества.

Создание механизмов общественных договоров для финансирования местных НПО из внутренних национальных фондов имеет важное значение для обеспечения участия гражданского общества в повышении эффективности противотуберкулезных мероприятий в стране и большего охвата ими населения. Такая система может привести к существенному улучшению доступа к услугам, их качества, равноправного распределения и эффективности.

Социальное медицинское страхование (СМС)

Социальное медицинское страхование (СМС) — это механизм, который позволяет собирать и объединять средства для финансирования медицинских услуг в пределах страны.⁵ В европейских системах СМС сотрудники и их работодатели платят взносы, обеспечиваю-

щие пакет услуг для застрахованного лица и его иждивенцев. Многие правительства также субсидируют такие системы для обеспечения их устойчивости.

Программы взносов призваны обеспечить систему, при которой более состоятельные люди платят больше, чем бедные, а больные не платят больше, чем здоровые. Кроме того, некоторые правительства распространили действие страхования и на те категории населения, которые не могут за него платить, например, бедных и безработных, посредством внесения взносов вместо таких лиц или субсидирования их взносов.

Этот подход имеет преимущества в контексте ТБ. Поскольку схемы СМС обычно предусматривают взимание страховых взносов по более высоким ставкам с более состоятельных людей (у которых меньше шансов заболеть ТБ) и часто предоставляют бесплатное страховое покрытие более бедным людям (с большей вероятностью инфицирования), механизмы СМС могут помочь устранить неравенство в сфере здравоохранения, избежать катастрофически высоких затрат для людей с ТБ и перераспределить средства на борьбу с ТБ, увеличив тем самым общий объем финансирования, предназначенного для расширения доступа к лечению ТБ и услугам, связанным с ТБ.

Ряд стран планируют внедрить СМС и/или расширить масштабы его применения в рамках мероприятий по достижению ВОУЗ. Программам по борьбе с ТБ следует включить лечение ТБ в пакет услуг, предусмотренных СМС. Насколько это возможно, все формы ТБ, лечение которых осуществляют государственные и частные системы здравоохранения, должны быть охвачены схемами СМС. Следует также приложить усилия для того, чтобы схемы СМС стали инклюзивными и охватили ключевые группы населения, например, мигрантов.

Что касается ВОУЗ, некоторые страны

⁵ Doetinchem O, Carrin G, Evans D. Thinking of introducing social health insurance? Ten questions. Technical brief for policy-makers, Номер 4/2009. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2009 г. https://www.who.int/health_financing/documents/cov-pb_e_09_04-10qshi/en/

меняют схемы финансирования здравоохранения, внедряя стратегические закупки услуг и ряд механизмов осуществления платежей поставщикам с использованием или без использования систем социального медицинского страхования. Представители программ по борьбе с ТБ должны принимать активное участие в обсуждении этих вопросов, чтобы воспользоваться такими подходами к финансированию здравоохранения.

Международное финансирование

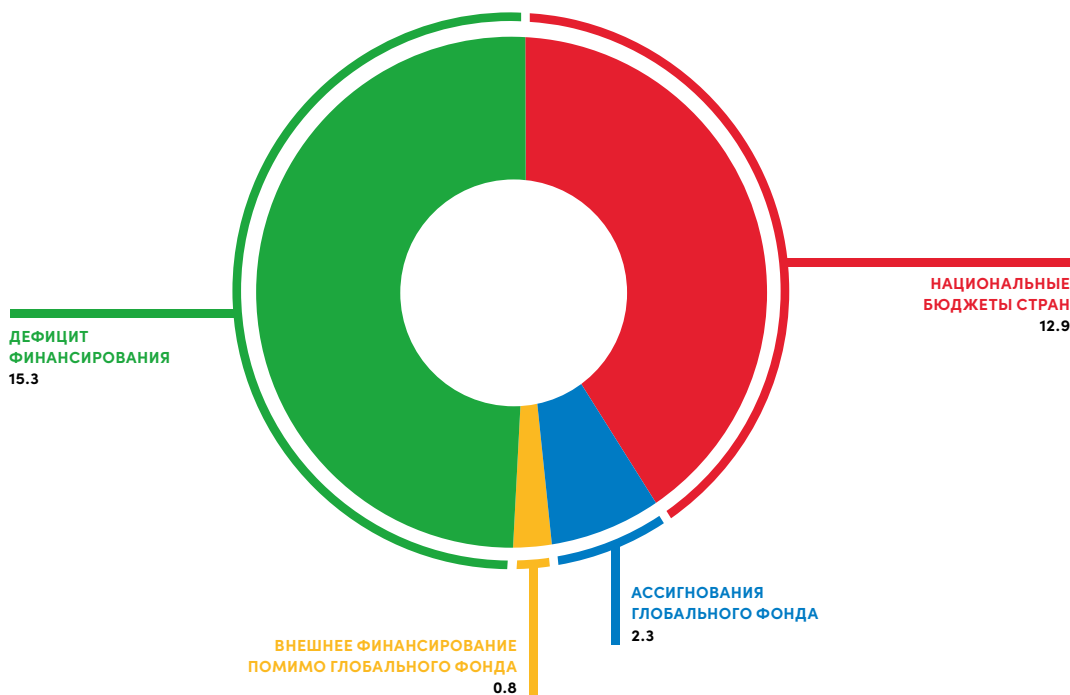
На рисунке 7.4 проиллюстрирована необходимость увеличения международного финансирования в странах, имеющих право на получение помощи от Глобального фонда. Схема демонстрирует средства, получение

которых ожидается из внутренних источников, Глобального фонда и других внешних источников, а также дополнительное финансирование, которое потребуется странам сверх средств из вышеуказанных источников.

Учитывая, что показатели внутреннего финансирования основаны на оптимистичных сценариях, подготовленных Глобальным фондом, становится очевидным, что существует значительная и растущая потребность в дополнительной помощи от Глобального фонда и других международных источников. Без такого дополнительного финансирования цели 2022 года не будут достигнуты.

Для стран, имеющих право на получение помощи от Глобального фонда, общая потребность в ресурсах для цикла финан-

РИСУНОК 7.4: 31,3 МЛРД ДОЛЛ. США, НЕОБХОДИМЫЕ В СТРАНАХ, КОТОРЫЕ ИМЕЮТ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОМОЩИ ОТ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА, В 2020–2022 ГГ.: ВОЗМОЖНЫЕ ИСТОЧНИКИ И ДЕФИЦИТ



сирования Глобального фонда 2020–2022 гг. составляет 31,3 миллиарда долларов США. Оптимистичный сценарий увеличения внутреннего финансирования наряду с сохранением внешнего на текущих уровнях позволит получить до 16 миллиардов долларов США, в результате чего сохраняется потребность в дополнительном финансировании в размере 15,3 миллиарда долларов США.

Кредиты банков развития, включая займы по сниженным ставкам и преобразование задолженности в гранты

Всемирный банк и региональные банки развития предоставляют странам кредиты, которые при разумном использовании могут стать значительным ресурсом для финансирования борьбы с ТБ. Такие кредиты уже используются странами в этой сфере в течение нескольких лет. Совсем недавно начали применяться инновационные подходы, объединяющие займы и гранты из разных источников, которые делают кредиты более привлекательными для стран. Одним из таких подходов является использование грантов Глобального фонда, двусторонних доноров или частного сектора для оплаты процентов по кредитам Всемирного банка или региональных банков развития. Такой грант часто называют «байдауном». Например, правительство Индии получило кредит Всемирного банка в размере 500 миллиардов долларов США на реализацию своей программы по борьбе с ТБ, а Глобальный фонд выплатил по этому кредиту проценты на сумму около 40 миллионов долларов США. В странах с низким уровнем дохода также может быть реализован другой подход к конвертации кредитов в гранты.

Состоятельные частные лица и «Дарственная»

«Дарственная» — это обязательство самых состоятельных людей и семей мира жерт-

вовать большую часть своего богатства на благотворительность. По состоянию на 2019 год 204 человека обязались внести взносы на общую сумму более 500 миллиардов долларов США. До сих пор этот источник финансирования не использовался для борьбы с ТБ.

Инновационные формы финансирования

Глобальная система здравоохранения обладает большим опытом разработки инновационных форм финансирования. Несмотря на то что Глобальный фонд и Unitaid по-прежнему в основном поддерживаются традиционными донорами, они разработали инновационные подходы к мобилизации, объединению, распределению и использованию ресурсов, позволяющие быстро направлять крупные суммы в СНСУД.⁶

Такие механизмы продолжают играть ключевую роль в борьбе с ТБ. Один только Глобальный фонд предоставляет почти 70% международного финансирования.⁷ Однако необходимо также привлечь средства нетрадиционных доноров.

Облигации воздействия

Одним из инструментов, который может потенциально обеспечить дополнительное финансирование, являются облигации воздействия. Это финансовая схема, при которой инвесторы заранее оплачивают мероприятия для достижения согласованных результатов. Затем они работают над достижением этих результатов в сотрудничестве с организациями, осуществляющими мероприятия. Источники финансирования

6 Atun R, Knaul FM, Akachi Y, et al. Innovative financing for health: what is truly innovative? *Lancet*. 2012;380(9858):2044–9. doi:10.1016/S0140-6736(12)61460-3

7 Dieleman J, Murray CJL, Haakenstad A. Financing global health 2014: shifts in funding as the MDG era closes. Сиэтл: Институт показателей измерения и оценки здоровья; 2015 г. <http://www.healthdata.org/policy-report/financing-global-health-2014-shifts-funding-mdg-era-closes>

результатов (правительства и/или доноры) переводят платежи инвесторам в случае успеха мероприятий, причем уровень дохода связан с уровнем успешности достигнутых результатов. В этом смысле облигации воздействия похожи на другие ориентированные на результаты подходы, но предполагают авансовое предоставление капитала. Оно обеспечивает финансирование по доступным ценам для поставщиков услуг. Существует два основных типа облигаций воздействия: облигации социального воздействия (ОСВ), которые обычно реализуются в масштабе города или района, и облигации развивающего воздействия (ОРВ), которые обычно реализуются в масштабе страны или крупного региона.

В контексте программ по борьбе с ТБ облигации воздействия могут побуждать инвесторов к предоставлению авансового капитала для поддержки мероприятий по улучшению диагностики и лечения ТБ, проводимых различными поставщиками услуг в сообществах с высоким бременем заболевания.

Такие мероприятия принесут как социальные, так и финансовые выгоды. Социальные эффекты будут связаны со снижением бремени заболевания и ростом производительности населения благодаря уменьшению количества активных случаев ТБ. Правительства и компании, предоставляющие услуги по лечению ТБ (например, в сообществах шахтеров), получают финансовые выгоды за счет снижения затрат на лечение пациентов. Государство также выиграет от увеличения налоговых поступлений от более экономически продуктивного населения. Сэкономленные средства станут частью капитала, возвращаемого инвесторам.⁸

Смешанное финансирование

Смешанное финансирование — это еще одна

схема, которая может увеличить финансирование программ по борьбе с ТБ и НИР. Как следует из названия, этот подход облегчает совмещение государственного и частного капитала для финансирования целей в области развития.

Его основная задача — привлечь инвестиции из частного сектора. Как правило, клинические испытания новых инструментов (например, тесты на ТБ) представляют собой высокорисковую деятельность без гарантированной финансовой прибыли для компании. Схема смешанного финансирования призвана снизить эти риски путем предоставления государственных средств и благотворительных пожертвований для покрытия таких издержек программы, которые не может взять на себя компания: например, расходов на техническую поддержку обучения и разработку мероприятий. Таким образом, этот подход потенциально позволяет использовать инвестиции, инновации и опыт частного сектора для осуществления проектов, которые в противном случае остались бы нереализованными.

Микросборы/налоги

Налоги и микросборы на потребительские товары также могут стать источником ресурсов для мировой системы здравоохранения. Наиболее часто упоминаемый пример — небольшой налог на покупку авиабилетов. Этот налог, изначально введенный в 2006 году во Франции, впоследствии приняли Камерун, Чили, Конго, Мадагаскар, Мали, Маврикий, Нигер и Республика Корея. Собранные средства помогают Unitaid в приобретении лекарств от ВИЧ, туберкулеза и малярии. Налог в размере около 1 доллара США за билет эконом-класса и 40 долларов США за место в бизнес-классе по состоянию на 2019 год позволяет Unitaid управлять портфелем проектов в области здравоохране-

⁸ Innovative financing for global health R&D. Санта-Моника: Институт Милкена; 2012 г. <https://assets1c.milkeninstitute.org/assets/Publication/InnovationLab/PDF/FIL-Global-Health-Report.pdf>

ния на сумму 1,3 миллиарда долларов США.⁹ Существуют и другие возможности взимания подобных налогов в областях добывающей промышленности, переработки, потребления и финансов.

Объединенные донорские трастовые фонды

Донорские трастовые фонды — это объединенные фонды, которые выделяют организациям гранты для достижения определенных социальных результатов. Их главная особенность заключается в использовании подхода, предполагающего привлечение средств множества доноров. Такой подход призван улучшить координацию финансирования программ, одновременно повышая осведомленность о проблемах, требующих дополнительного внимания.

Трастовые фонды могут упростить процесс предоставления грантов и максимально увеличить их результативность. Например, Power of Nutrition — это независимый благотворительный фонд, основанный в 2015 году и финансируемый Правительством Великобритании (Министерством Великобритании по международному развитию) и The Children's Investment Fund Management (взносы в размере 150 миллионов долларов США). Дополнительные учредительные взносы поступили от UBS Optimus Foundation, а Всемирный банк и ЮНИСЕФ выступили в качестве партнеров по реализации. Этот фонд занимается увеличением эффективности финансирования борьбы с недостаточным питанием и достижением других конкретных целей в области здравоохранения, связанных с задержкой роста и истощением. Для реализации мероприятий, связанных с решением данных проблем, требуется, чтобы страны предоставили соответствующий капитал.

Корпоративная социальная ответственность (КСО)

КСО — это механизм социальной ответственности бизнеса, предоставляющего обществу, являющемуся сферой его деятельности, средства на решение социальных задач, а также проблем в области здравоохранения и окружающей среды. Важно вовлекать крупные корпорации и предприятия, работающие в странах с высоким бременем ТБ, в процесс инвестирования в борьбу с ТБ, и предоставлять им для этого соответствующие стимулы. В последние годы нефтяные компании Нигерии (Agbami Partners) построили и оборудовали туберкулезные клиники, а затем передали их правительству. В Индии¹⁰ и Индонезии¹¹ были достигнуты успехи в увеличении финансирования, предоставляемого компаниями для разработки инноваций в области ТБ.

¹⁰ Tuberculosis projects. Мумбаи: Индийский фонд здравоохранения; 2019 г. <http://www.indiahealthfund.org/tuberculosis-centre/tuberculosis-projects/>

¹¹ Innovative investment in Indonesia Health Fund. Женева: Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией; 2019 г. <https://www.theglobalfund.org/en/news/2014-04-09-innovative-investment-in-indonesia-health-fund/>

⁹ Годовой отчет за 2018–2019 гг. Женева: Unitaid; 2019 г. <https://unitaid.org/annual-report-18-19/>

Удовлетворение потребностей в финансировании НИР

Острая потребность в финансировании НИР в области ТБ

Эпидемию ТБ не удастся ликвидировать с помощью доступных сегодня средств. Страны могут добиться значительных успехов путем расширения масштабов применения существующих инструментов для достижения целей ЗВУООН. Однако после 2025 года воздействие таких средств будет все время снижаться, и их будет недостаточно, чтобы в значительной степени изменить эпидемическую кривую туберкулеза и достичь контрольных показателей Стратегии по ликвидации ТБ. Каждый день эпидемии только увеличивает гуманитарные и экономические издержки. Для их предотвращения необходимо в срочном порядке увеличить инвестиции в разработку новых средств диагностики, схем лечения и вакцин. Задержка таких инвестиций хотя бы на один год может привести к миллиардам долларов дополнительных затрат только на лечение. НИР в области ТБ, доступ к новым средствам борьбы с ТБ и их оптимизация подробно рассматриваются в главе 6.

Существует огромный дефицит финансирования НИР, нацеленных на разработку новых средств борьбы с ТБ. В 2017 году в НИР в области ТБ было инвестировано 772 миллиона долларов США, что составляет всего 38,6% от годового целевого показателя в 2 миллиарда долларов США.¹² Этот дефицит финансирования означает, что исследователям приходится ограничивать масштаб проектов в соответствии с условиями финансирования, подавляя творческий потенциал, сдерживая инновации и откладывая эксперименты,

необходимые для разработки новых средств диагностики, лекарств и вакцин. Особенно важно, что дефицит ресурсов ограничивает число исследователей, желающих начать или продолжить НИР в области ТБ.

Разнообразие (диверсификация) базы финансирования НИР в области ТБ

Поддержание текущих партнерских отношений и диверсификация базы финансирования с помощью привлечения новых доноров, инвесторов и субъектов частного сектора — это приоритетные задачи.

Следует активизировать усилия в этой сфере. Правительство, государственный сектор и благотворительные фонды, в частности Фонд Билла и Мелинды Гейтс, предоставили необходимое финансирование для НИР в области ТБ. Некоторые партнеры из фармацевтической промышленности также инвестировали свои ресурсы, знания и опыт.

Однако наращивание инвестиций из стран БРИКС, на которые приходится почти половина случаев ТБ и которые обладают важной исследовательской инфраструктурой и потенциалом, обеспечило бы значительный прирост общего объема финансирования. Создание Нового банка развития БРИКС (НБР) с капиталом в 50 миллиардов долларов США открывает одну из возможностей инвестирования в исследования и разработки в области ТБ со стороны БРИКС.

Также существует ряд дополнительных источников финансирования, включая такие объединенные механизмы, как Партнерство по клиническим испытаниям в Европе и развивающихся странах и Глобальный фонд инновационных технологий здравоохране-

¹² Tuberculosis research funding trends 2005–2017. Нью-Йорк: Группа действия «Лечение»; 2018 г. <https://www.treatmentactiongroup.org/resources/tbrd-report/tbrd-report-2018/>

ния. Крайне важно усилить и дополнить эти инициативы, а также обеспечить их должную координацию.

Сложности, затраты и риски, связанные с НИР в области ТБ, потребуют множества платформ и партнеров для финансирования, а также комбинации механизмов стимулирования и вовлечения. Механизмы стимулирования, такие как традиционные гранты, обеспечивают авансовое финансирование исследований НИР, снижая риск для исследователей и разработчиков. Механизмы вовлечения стимулируют инвестиции частного сектора в НИР. Например, в 2007 году Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США предоставило ваучеры на приоритетное рассмотрение заявок компаниям, занимающимся разработкой лекарств от редких заболеваний. Эти ваучеры можно впоследствии продать на вторичном рынке.¹³ Pour les diagnostics, l'expansion du marché

Что касается диагностики, расширение рынка за счет масштабного внедрения существующих решений при одновременном повышении доступности новых средств диагностики помогло бы стимулировать положительный цикл создания спроса. (См. главу 6, в которой подробнее рассматриваются потребности финансирования НИР в области ТБ).

¹³ Noor W. Placing value on FDA's priority review vouchers. In *Vivo*. 2009;27(8):1-8.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ОЦЕНКА СТОИМОСТИ И ВОЗДЕЙСТВИЯ ГЛОБАЛЬНОГО ПЛАНА ПО ЛИКВИДАЦИИ ТБ НА 2018–2022 ГГ¹

¹ Документ подготовлен Карелом Преториусом (Avenir Health)

ОБЗОР

В данном документе подробно описана методология, разработанная для моделирования стоимости и воздействия Глобального плана по ликвидации ТБ на 2018–2022 гг.

Стратегия основана на целевых показателях «90–(90)–90», установленных в Глобальном плане по ликвидации ТБ на 2016–2020 гг., с добавлением конкретных целей, сформулированных в рамках ЗВУООН по ТБ: лечение 40 миллионов человек с ТБ в период с 2018 по 2022 гг., в том числе 3,5 миллиона детей и 1,5 миллиона человек с ШЛУ-ТБ, а также предоставление профилактического лечения более чем 30 миллионам человек. Эти цели являются результатом серии совещаний и заявлений, сделанных в рамках Генеральной Ассамблеи ООН в Нью-Йорке и направленных на ликвидацию ТБ.²

Методы моделирования воздействия можно обобщить в качестве рамочной программы для корректировки тенденций, касающихся ключевых показателей ТБ, таких как заболеваемость, смертность и регистрация случаев ТБ, для отражения воздействия реализации программы Глобального плана по ликвидации ТБ на 2018–2022 гг на эпидемию.

Моделирование проводилось с использованием компонента воздействия из модели «Моделирование и оценки воздействия на ТБ» (TIME)³, динамической компартментной модели ТБ, разработанной в общедоступном пакете программ Spectrum.

Метод оценки ресурсов, необходимых для реализации Глобального плана на 2018–2022 годы, можно описать как систему расчета удельных затрат по ключевым категориям бюджета, таким как лекарственные средства первого и второго ряда, расходы на лаборатории и управление программами, на основе данных о бюджетах, передаваемых в ВОЗ. Отсутствующая информация по странам, которые предоставили только часть данных о финансировании или вообще их не предоставили, была вменена из набора данных с использованием многомерного статистического метода. Тенденции, касающиеся регистрации случаев, были применены к оценкам удельных затрат, а затем использованы для прогнозирования потребностей в ресурсах для Глобального плана на 2018–2022 годы. Вывод об увеличении удельной стоимости был сделан из рекомендаций руководящей группы по моделированию, предусматривающих внедрение новых руководящих принципов и передовых практик. Без такого увеличения удельной стоимости общие потребности в

ресурсах должны уменьшиться, поскольку сокращение заболеваемости приведет к сокращению регистрируемых случаев, что, как прогнозируется, должно произойти до 2022 года.

ГЛОБАЛЬНЫЙ ПЛАН 2018–2022 ГГ.: ЦЕЛИ ЗВУООН

Цели в отношении лечения

Было принято несколько решений для постановки целей ЗВУООН с использованием модели TIME. Первое касается общих целей по регистрации случаев.

Для достижения цели ЗВУООН по лечению 40 миллионов человек до 2022 года мы линейно увеличили показатель скрининга в модели TIME⁴ от значений исходного года (2017 г.) до значения, которое позволит достичь 40 миллионов совокупных случаев лечения к 2022 году. Ко всем странам был применен один и тот же окончательный показатель скрининга, что предполагает соответствующее сочетание видов воздействия.⁵ Другой способ для более конкретного определения страновых долей с точки зрения их вклада в достижение показателя 40 миллионов отсутствует. Также следует отметить, что воздействие в любой стране было ограничено на уровне не более чем 10% за любой год. Это ограничение было предложено в ходе технических консультаций с ВОЗ и согласовано с другими партнерами из руководящей группы.

На основе данных о распределении детского ТБ среди всех пациентов был рассчитан целевой показатель регистрации и лечения 3,7 миллиона детей с ТБ без каких-либо корректировок.

Целевой показатель по МЛУ-ТБ в 1,5 миллиона был получен при использовании общего подхода к увеличению охвата ТЛЧ с уровней 2017 года до 100% случаев заболевания МЛУ-ТБ по отношению к общему числу зарегистрированных случаев. Таким образом, было сделано предположение, что выявление случаев МЛУ-ТБ связано с расширением масштабов регистрации новых случаев в целом.

Цели в отношении профилактического лечения ТБ

В Глобальном плане на 2018–2022 гг. уделяется большее внимание профилактическому лечению по сравнению с Глобальным планом на 2016–2022 гг. Обновленный план

2 При расчете целевых показателей использовались простые, нединамические, основанные на модели вычисления, предшествующие анализу.

3 Houben R, Lalli M, Sumner T, et al. TIME Impact: a new userfriendly tuberculosis (TB) model to inform TB policy decisions. BMC Med. 2016;14(1):56. doi:10.1186/s12916-016-0608-4

4 Все схемы увеличения масштабов в обновленном анализе Глобального плана были линейными в отличие от s-образных моделей, использованных в анализе Глобального плана на 2016–2020 гг.

5 Сочетание показателей скрининга могло бы гарантировать совокупность разных типов воздействия, но существует множество других основанных на модели факторов, вносящих свой вклад в сочетание факторов воздействия.

предусматривает 100-процентный охват в отслеживании контактов внутри домохозяйств для всех бактериологически положительных случаев к 2022 году. В соответствии с рекомендациями руководящей группы мы расширили определение источника заболевания за рамки понятия, используемого в Политической декларации ООН по борьбе с ТБ, чтобы включить в него 15% случаев с отрицательным мазком мокроты.⁶

Кроме того, было предусмотрено, что профилактическое лечение будет применяться также в отношении всех лиц, начинающих получать антиретровирусную терапию (АРТ), и 15% людей, уже получавших АРТ в 2018 году. К 2022 году этот показатель сократится до 0% пациентов, уже получающих АРТ. Оценки распределения активного и латентного ТБ у взрослых и детей в домохозяйствах источников заболевания были основаны на данных публикации Фокса и соавт., 2013 г.⁷. Оценки размера домохозяйств и процентная доля детей в возрасте до 5 лет были основаны на данных DHS, в тех случаях, когда они были доступны; при отсутствии данных DHS использовалось глобальное среднее значение (размер домохозяйств с пятилетними детьми и 15% домохозяйств с детьми в возрасте до 5 лет).

Результатом этих расчетов стали следующие цифры: предоставление профилактического лечения примерно 33 миллионам человек в период с 2018 по 2022 гг., в том числе 7 миллионам детей, 16 миллионам взрослых и 10 миллионам людей, живущих с ВИЧ и получающих АРТ.

Другие цели

Другие элементы стратегии Глобального плана на 2018–2022 годы были напрямую введены в качестве входных данных в модель ТИМЕ. Успех лечения указывался отдельно для случаев ТБ без МЛУ и МЛУ-ТБ и отдельно для ВИЧ-негативных и ВИЧ-позитивных пациентов, не получавших АРТ или получавших АРТ. Большинство значимых элементов программы, «на 100% связанных с надлежащим уходом», использовались в ТИМЕ напрямую: 100% зарегистрированных случаев ТБ/ВИЧ, в которых не предоставлялась АРТ, были связаны с АРТ.

6 Степень расширения профилактического лечения была указана руководящей группой.

7 Fox GJ, Barry SE, Britton WJ, et al. Contact investigation for tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J*. 2013;41:140–56. doi:10.1183/09031936.00070812

МОДЕЛИРОВАНИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЭПИДЕМИЮ ГЛОБАЛЬНОГО ПЛАНА НА 2018–2022 ГГ.

Страны и группы стран/условий, связанных с ТБ

Потенциальное воздействие Глобального плана на 2018–2022 годы на эпидемию оценивалось путем применения структуры моделирования ТИМЕ. Модель была

изменена на основании полученных из 29 стран данных в рамках Глобальной программы ВОЗ по борьбе с ТБ. На эти страны с самыми различными условиями приходится 80% глобального бремени заболевания. Предполагаемое воздействие стратегии Глобального плана на 2018–2022 гг. в этих странах было затем перенесено на эпидемиологические тенденции Глобальной программы по борьбе с ТБ для 142 других стран⁸ путем закрепления за каждой из них смоделированной с помощью ТИМЕ страны с теми же условиями или из той же группы.

Условия или группы, связанные с ТБ, определялись с использованием статистического анализа многомерного набора данных. Переменные отражали бремя ТБ (случаи и смерти), бремя ВИЧ, бремя ТБ/ВИЧ и аспекты социально-экономического положения (например, ВВП на душу населения, Индекс человеческого развития, Индекс нестабильного состояния), оказание услуг, связанных с ТБ (например, успешность лечения) и общее финансирование системы здравоохранения (например, расходы на здравоохранение на душу населения).

Группа, соответствующая странам с высокой степенью участия частного сектора в диагностике и лечении ТБ, в дальнейшем использовалась для оценки потребностей в ресурсах. В отношении этих стран была предусмотрена надбавка к прогнозируемым бюджетам для покрытия их обязательств, касающихся усиления сотрудничества между государственным и частным секторами (ЧГС).

Эпидемиологические данные и тенденции Глобальной программы по борьбе с ТБ

Анализ бремени ТБ в Глобальном плане в значительной степени основывался на данных о заболеваемости и регистрации случаев, полученных в рамках Глобальной программы ВОЗ по борьбе с ТБ в 2017 году.

Подход с использованием кубической сплайн-регрессии применялся для прогнозирования базовых тенденций на основе данных о заболеваемости и регистрации случаев. Полученные таким образом тенденции могут противоречить прогнозам, разработанным в рамках стратегии Глобального плана на 2018–2022 годы, если такая стратегия будет полностью реализована в период с 2018 по 2022 годы.

Прогнозируемые тенденции заболеваемости ТБ использовались в сочетании с сообщенными данными о ТБ/ВИЧ для разделения общего числа случаев заболевания туберкулезом на три предполагаемых компонента: ВИЧ-отрицательные, ВИЧ-положительные, не получающие АРТ, и ВИЧ-положительные, получающие АРТ, как описано в

8 Набор результатов Глобального плана, определяемый посредством сопоставления данных Глобальной программы по борьбе с ТБ и файлов системы AIM/ERP Spectrum ЮНЭЙДС на национальном уровне, охватывают 142 страны. Spectrum AIM/ERP – это программное обеспечение, используемое ЮНЭЙДС для составления оценок бремени ВИЧ и потребностей в ресурсах на уровне стран.

публикации Преториуса с соавт., 2014 г.⁹. Этот метод дезагрегации также был основан на кубической сплайн-регрессии, объединившей данные Глобальной программы по борьбе с ТБ и ЮНЭЙДС на уровне страны.

Источником информации о CD4 и статусе АРТ, использованной в методе дезагрегации ВИЧ, стал набор данных ЮНЭЙДС. Данные по ТБ/ВИЧ были получены из трех источников, которые страны предоставляют в рамках Глобальной программы по борьбе с ТБ: общенациональные репрезентативные серологические обследования на ВИЧ среди выборки зарегистрированных случаев ТБ, данные дозорных групп ВИЧ и результаты стандартной проверки пациентов с ТБ при высоком охвате тестированием новых зарегистрированных случаев.

На смертность от ТБ влияет сложная взаимосвязь между активной формой ТБ и многими клиническими переменными. Мы приближенно выразили эти переменные в виде простой функциональной взаимосвязи между заболеваемостью и показателями летальности (ПЛ). Восемь категорий ПЛ (ВИЧ-отрицательные, ВИЧ-положительные, не получающие АРТ, ВИЧ-положительные, получающие АРТ < 6 мес., и ВИЧ-положительные, получающие АРТ ≥ 6 мес., по статусу регистрации случаев) были клинически значимыми, и их можно было оценить на основании имеющихся данных. С использованием этого подхода смертность от ТБ была рассчитана как произведение заболеваемости и ПЛ.

Модель TIME

Модель TIME использовалась лицами, отвечающими за разработку политики по борьбе с ТБ, и НТП в целях разработки стратегических ответных мер в отношении ТБ и

получения прогнозных показателей для подкрепления заявок на финансирование. Эта модель применяется во многих условиях, связанных с ТБ, в том числе в странах, в которых причиной ТБ является ВИЧ и/или неэффективные системы здравоохранения, в странах с высоким бременем МЛУ-ТБ и странах, в которых программы по борьбе с ТБ зависят от активного участия частного сектора. Компонент оценки TIME применялся в рамках Глобальной программы по борьбе с ТБ для получения оценок бремени ТБ/ВИЧ для Глобального отчета ВОЗ по ТБ.

Модель TIME отражает ключевые аспекты естественной динамики ТБ, включая первичную и латентную инфекцию, реинфекцию и реактивацию латентного ТБ. Положительный или отрицательный результат мазка мокроты и его конверсия были обработаны в данной модели в явной форме. TIME также учитывает особенности детского ТБ, историю его лечения и лекарственную устойчивость. Эта модель располагает дополнительной структурой для ВИЧ/АРТ, которая повторяет структуру модуля «Модель воздействия на ВИЧ» (MBV) в Spectrum, чтобы напрямую использовать программные данные о ВИЧ. TIME включает два общих штамма по статусу резистентности: чувствительный и устойчивый к лечению. Резистентность может быть приобретена во время лечения или после передачи инфекции с показателями, которые отличают ее от чувствительного к лечению типа ТБ в данной модели.

Воздействие целей ЗВУООН на эпидемию

Рисунок 2.1, приведенный в главе 2, иллюстрирует смоделированную ситуацию в отношении случаев ТБ. Точками показаны данные об общем количестве случаев и базовая тенденция во всех этих данных. Предположение, лежащее в основе базовой тенденции, — это отсутствие дальнейшего расширения масштабов вмешательств после 2017 года, которое привело к постепенному сокращению количества случаев. Красная линия показывает

9 Pretorius C, Glaziou P, Dodd PJ, et al. Using the TIME model in Spectrum to estimate tuberculosis-HIV incidence and mortality. AIDS. 2014;28 Suppl 4:S477-87. doi:10.1097/QAD.0000000000000484

ТАБЛИЦА 1: СЛУЧАИ ТБ ПО РЕГИОНАМ ВОЗ

СЛУЧАИ ТБ						
Регион	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Восточное Средиземноморье (EMR)	796 800	772 300	730 400	687 200	643 000	3 629 700
Африка (AFR)	2 436 500	2 319 800	2 173 100	2 031 400	1 892 600	10 853 400
Северная и Южная Америка (AMR)	287 700	282 400	269 400	255 200	239 700	1 334 400
Европа (EUR)	257 500	244 900	230 600	217 900	208 300	1 159 200
Западная часть Тихого Океана (WPR)	1 823 400	1 764 600	1 659 200	1 555 800	1 453 000	8 256 000
Юго-Восточная Азия (SEAR)	4 357 700	4 183 600	3 920 800	3 666 800	3 419 700	19 548 600
С правом доступа к Глобальному фонду	8 694 000	8 350 800	7 839 500	7 340 700	6 851 500	39 076 500
Весь мир	9 959 474	9 567 640	8 983 464	8 414 228	7 856 295	44 781 101

влияние Глобального плана на 2018–2022 гг., а красный квадрат обозначает цель по ликвидации ТБ, которая представляет собой снижение примерных показателей 2015 года на 20% к 2020 году.

В таблице 1 показаны случаи заболевания ТБ в период с 2018 по 2022 годы в регионах ВОЗ, странах, имеющих право на помощь Глобального фонда, и случаи заболевания во всем мире.

Цели ЗВУООН по регионам ВОЗ, статусу доходов и группам стран

В таблицах 2.1, приведенных в главе 2, показаны прогнозируемые показатели численности пациентов с точки зрения общей регистрации случаев, регистрации случаев заболевания детей (в возрасте от 0 до 14 лет), регистрации случаев МЛУ-ТБ и профилактического лечения ТБ.

Эти прогнозируемые цели на глобальном уровне почти соответствуют целям ЗВУООН по ТБ.

МОДЕЛИРОВАНИЕ ФИНАНСОВЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ ГЛОБАЛЬНОГО ПЛАНА НА 2018–2022 ГГ.

Данные Глобальной программы по борьбе с ТБ о финансировании противотуберкулезных программ

При расчете затрат была использована база данных о финансировании ВОЗ, содержащая информацию более чем из 100 стран. На основании этих сведений были рассчитаны удельные затраты. Эти удельные затраты основывались на количестве зарегистрированных случаев и применялись к тенденциям регистрации для оценки будущих потребностей.

Следует отметить, что применение методик расчета, базирующихся на данных ВОЗ о финансировании борьбы с ТБ, зависит от известных и неизвестных ограничений данных, таких как полнота и точность, а также от способа агрегирования категорий затрат. Тем не менее ВОЗ располагает подробной и полной финансовой базой данных, которая регулярно используется в аналогичной работе по калькуляции затрат для глобальных прогнозов и проектов финансирования, связанных с ТБ.

Первым шагом для оценки потребностей в ресурсах для реализации Глобального плана на 2018–2022 годы был выбор между использованием сведений о расходах или бюджетных данных. Расходы ограничены реалиями финансирования, а бюджеты основаны на национальных стратегических планах по борьбе с ТБ. Бюджеты как таковые носят желательный характер и обычно включают запросы на улучшение диагностических средств, оборудования и структур для реализации программ. По сути, бюджеты основаны на типах улучшений программы по борьбе с ТБ, необходимых для достижения амбициозных

целей Глобального плана. Однако имеющаяся информация не позволяет напрямую сопоставить бюджетные данные, находящиеся в распоряжении ВОЗ, с элементами программ по борьбе с ТБ, подразумеваемыми Глобальным планом.

При подготовке анализа мы решили применить для расчета удельных затрат имеющиеся бюджетные данные. Кроме того, мы использовали информацию за 2016 год, представлявшуюся нам более полной, чем полученные данные за 2017 год, которые, возможно, на тот момент все еще обрабатывались. Примененные категории затрат перечислены в таблице 3 ниже.

В дополнение к этим категориям ВОЗ предоставила оценки затрат на госпитализацию и амбулаторное лечение. Хотя расходы, связанные со здоровьем пациентов с ТБ (т.е. госпитализация и амбулаторное лечение), обычно нельзя считать прямыми затратами на программу по борьбе с ТБ, речь идет о значительных суммах, связанных с организацией лечения, которые необходимо планировать, даже если такие расходы включены в другой бюджет, предусмотренный для целей здравоохранения. Данные затраты включают в себя расходы на пациента со дня его приема в лечебное учреждение до дня его выписки. Для оценки таких расходов на уровне страны ВОЗ использует приблизительные средние затраты на госпитализацию в сутки, взятые из базы данных Choice, и информацию о частоте контрольных приемов, сообщаемую в ответах на финансовый вопросник ВОЗ.

Вмещение отсутствующих данных об удельных затратах

По всем рассмотренным услугам только около 50% стран, участвующих в анализе, предоставили полные данные (информацию по всем категориям) об удельных затратах. Для расчета недостающих данных об удельных затратах был использован алгоритм обучения¹⁰. Обучающие наборы состояли из данных стран, сообщивших о ненулевых удельных затратах, за исключением Китая и Индии. В исходные модели были включены следующие переменные: общее количество зарегистрированных случаев ТБ; новые зарегистрированные случаи у ВИЧ-позитивных; подтвержденный РУ- и МЛУ-ТБ; смертность от ТБ без учета ВИЧ-инфицированных; смертность среди людей, живущих с ВИЧ; заболеваемость ТБ; заболеваемость ТБ среди людей, живущих с ВИЧ; численность населения; количество людей, живущих с ВИЧ; ежегодное количество смертей от СПИДа; общая потребность в АРТ; ВВП на душу населения; индекс развития человеческого потенциала; индекс нестабильного состояния и расходы на здравоохранение. Алгоритм был выбран из следующих вариантов: «эластичная сеть», «случайный лес», метод

10 Sinisi SE, Polley EC, Petersen ML, et al. Super learning: an application to the prediction of HIV-1 drug resistance. *Stat Appl Genet Mol Biol.* 2007;6:7. doi:10.2202/1544-6115.1240

опорных векторов, бустинг, AIC и алгоритм прямого хода. Определенный набор моделей использовался для прогнозирования удельных затрат во всех странах. Чтобы получить диапазоны неопределенности, мы повторили процесс 200 раз. При каждой итерации обучающий набор отбирался с заменой. Медиана симуляций, полученных для стран с отсутствующими данными, использовалась для вменения такой недостающей информации, а границы неопределенности в 95% были получены с использованием метода процентилей.

Естественно, существует множество проблем, связанных с вменением недостающих данных. Например, неизвестно, действительно ли данные отсутствуют или, возможно, они были сообщены в рамках другой категории. Кроме мнения экспертов, которые в некоторых случаях отвечали на эти вопросы, у нас не было никакой другой информации, чтобы определить, имела ли место такая ситуация и где она могла возникнуть.

При общей проверке наша оценка бюджета за исходный год (2016 г. в случае данных о финансировании) составила 6,5 миллиардов долларов США по сравнению с 6 миллиардами долларов США среди стран, предоставивших данные, т.е. имело место увеличение ожидаемых бюджетов на 9% в результате вменения того, что, по нашему мнению, являлось отсутствующими данными.

Тенденции удельных затрат

Руководящая группа по расчету затрат представила прогноз о распределении и увеличении расходов на различные схемы лечения, а также информацию об ожидаемом влиянии внедрения новых руководящих принципов на потребности в ресурсах.

Лечение

Мы применили данное распределение схем лечения (длительные и короткие схемы в случае с препаратами второго ряда, стоимость которых, как ожидается, удвоится, и предполагаемые 10% на лечение устойчивого к изониазиду ТБ, то есть добавление фторхинолонов, в случае с препаратами первого ряда) как в исходном году, так и в случае ожидаемого распределения.

Этот метод привел к ежегодному увеличению стоимости лекарств первого ряда на 4,5% и одновременному увеличению стоимости лекарств второго ряда на 110% в 2019 году.¹¹ Такой ежегодный рост является внешним компонентом для лекарств первого и второго ряда, который напрямую связан с затратами на лекарства. (В этих категориях имеются и другие расходы, включая резервные запасы и распределение, а также затраты на предварительные закупки).

¹¹ Это увеличение на 110% основано на ожидаемом краткосрочном и долгосрочном повышении цен на лекарства второго ряда и уже вносимых бюджетных корректировках.

Ведение пациентов с МЛУ-ТБ

Мы предположили 5-процентное увеличение категории удельных затрат на расширенный мониторинг лечения пациентов с МЛУ-ТБ и побочных эффектов, в частности, на основе оценки увеличения бюджета Южной Африки в период между 2015 и 2017 гг. (рост удельных затрат на 6%). Хотя в новых рекомендациях относительно случаев МЛУ-ТБ уделено большее внимание поддержке пациентов, которая требует увеличения удельных затрат, ее механизмы были обозначены отдельно в рамках стимулирующих мероприятий. Следовательно, этот аспект повышения затрат, касающихся МЛУ-ТБ, остался в умеренных пределах.

Лаборатории

Что касается увеличения удельных затрат на лаборатории, с точки зрения составления бюджета и инвестирования в расширенное применение рентгенографии для скрининга и GeneXpert для первичной диагностики, в качестве страны-модели была использована Южная Африка. Результатом стало повышение удельных затрат на лаборатории на 17,8%. Для этого проекта мы также использовали расчет в электронных таблицах, который позволил получить примерный показатель ежегодного роста (консервативный) в размере 50%.¹² Мы предположили, что ежегодное увеличение удельных затрат, связанных с лабораториями, составит 25%.

Профилактическое лечение

Мы пришли к выводам о распределении всех случаев на схемы лечения рифапентином и менее дорогие схемы лечения. Было сделано предположение, что большой спрос и объемы приведут к снижению удельных затрат. Расходы на обеспечение приверженности лечению и завершение курса профилактического лечения учтены не были. Стоимость исключения активного ТБ и другие связанные с этим расходы на выявление контактов покрываются за счет расходов, предусмотренных программой, и затрат на лаборатории.

Госпитализация и амбулаторное лечение

Эти расходы включают в себя затраты на пациента со дня его приема в лечебное учреждение до дня его выписки, как указано в финансовой базе данных ВОЗ. Для оценки таких расходов на уровне страны ВОЗ использует приблизительные средние затраты на госпитализацию в сутки, взятые из базы данных Choice, и информацию о частоте контрольных приемов, сообщаемую в ответах на финансовый вопросник ВОЗ.

¹² В этой подборке электронных таблиц удельная стоимость из модели «Единое здравоохранение» использовалась для оценки стоимости перехода диагностической программы от преобладающего клинического использования микроскопии мазка к применению рентгенографии и GeneXpert к 2022 году. Метод также учитывал оснащение новых лабораторий для определения плотности населения в соответствии с руководящими принципами ВОЗ.

Ожидается, что более широкое использование неинъекционных препаратов второго ряда приведет к сокращению количества дней госпитализации пациентов с ЛУ-ТБ к 2022 году. Мы предположили, что страны с показателями госпитализации, превышающими средний (75 дней, по нашим оценкам), смогут к 2022 году достигнуть такого среднего показателя. Также не ожидается никаких изме-

нений в отношении годовых удельных затрат на госпитализацию первичных пациентов.

Вспомогательные расходы на программу

Мы исходили из предположения о том, что общие удельные затраты на управление программой не увеличатся. В бюджетных данных за последние несколько лет мало

ТАБЛИЦА 2: ПОЛЯ И ОПИСАНИЯ ИЗ ФИНАНСОВОЙ БАЗЫ ВОЗ

Поле базы данных	Название	Описание
Budget_lab	Лабораторная инфраструктура, оборудование и расходные материалы	Строительство, обслуживание и ремонт противотуберкулезных лабораторий, закупка и обслуживание лабораторного оборудования, расходные материалы для всех анализов (включая скрининг на ТБ людей, живущих с ВИЧ/СПИДом), обеспечение качества, переоснащение лабораторий и перевозка образцов
Budget_staff	Персонал НТП (персонал центрального подразделения и местный персонал, специализированный на ТБ)	Заработная плата и меры стимулирования для тех, кто занимается только противотуберкулезными мероприятиями на центральном и периферийном уровнях (например, областные координаторы по ТБ, районные координаторы по ТБ и т. д.); не включает персонал первичной медико-санитарной помощи, работающих с другими заболеваниями наряду с ТБ
Budget fld	ЛЧ-ТБ: лекарства	Лекарства для пациентов, проходящих лечение от ЛЧ-ТБ, включая детей, для случаев повторного лечения и резервный запас
Budget_prog	ЛЧ-ТБ: расходы на программу	Управление и надзор за программой по борьбе с ТБ, обучение, разработка политики, совещания, визиты для надзора, закупка офисного оборудования/транспортных средств, строительство зданий для их использования персоналом программы, регулярный надзор, информационно-просветительская деятельность и коммуникации, мероприятия ЧГС, вовлечение сообщества, активный поиск случаев заболевания, инфекционный контроль, управление закупками и распространением противотуберкулезных препаратов
Budget_sld	ЛУ-ТБ: лекарства	Лекарства для лечения ЛУ-ТБ (РР-ТБ, МЛУ-ТБ или ШЛУ-ТБ), включая лекарства для борьбы с побочными эффектами у пациентов с РР-, МЛУ- и ШЛУ-ТБ.
Budget_mdrmtg	ЛУ-ТБ: расходы на программу	Управление услугами по лечению ЛУ-ТБ, за исключением лекарств: например, ремонт отделений для больных МЛУ-ТБ, поддержка инициативы «Комитет зеленого света», проведение оценки ситуации по МЛУ-ТБ, отслеживание случаев «выпавших из-под последующего наблюдения» пациентов и их контактов, паллиативная помощь
Budget_tbhiv	Совместные мероприятия по ТБ/ВИЧ	Сотрудничество между программами по борьбе с ТБ и ВИЧ с целью снижения воздействия ТБ, связанного с ВИЧ; мероприятия включают создание координационных органов по ТБ/ВИЧ, совместное обучение и планирование борьбы с ТБ/ВИЧ, тестирование на ВИЧ для людей с ТБ, обследование на ВИЧ людей с ТБ, профилактическую терапию ко-тримоксазолом (СРТ), совместное обучение/коммуникации по ТБ/ВИЧ и АРТ для людей с ТБ; скрининг на ТБ людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, включен в раздел «Лабораторная инфраструктура, оборудование и расходные материалы»
Budget_patsup	Поддержка пациентов	Денежные переводы, продовольственные пакеты, транспортные ваучеры, образовательная и эмоциональная поддержка или другие пособия в натуральной форме, предоставляемые людям с ТБ
Budget_orsrvy	Оперативные исследования и опросы	Периодические опросы (распространенность, лекарственная устойчивость, катастрофические расходы для пациентов); плановое наблюдение (эпидемиологический обзор, инвентаризация, фармнадзор, систематическая оценка системы эпиднадзора); операционные исследования
Budget_oth	Все остальные статьи бюджета	

ТАБЛИЦА 3: ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ЕЖЕГОДНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ УДЕЛЬНЫХ ЗАТРАТ

Наименование статьи удельных затрат	Увеличение к 2022 году	Комментарий
Поддержка программы	0,0%	Нет данных
Лекарства первой линии	4,5%	Внедрение новых рекомендаций
Лекарства второй линии	110%	Внедрение новых рекомендаций. Разовое увеличение в 2019 году.
Ведение пациентов с МЛУ-ТБ	5,0%	На основе анализа бюджета Южной Африки
Лаборатории	25,0%	На основе анализа бюджета Южной Африки
ТБ/ВИЧ	0,0%	Профилактическое лечение приводится отдельно
Медицинские услуги, не связанные с МЛУ-ТБ	0,0%	Не подсчитано, но ожидается уменьшение
Медицинские услуги, связанные с МЛУ-ТБ	0,0%	Оценка снижения по конкретной стране

ТАБЛИЦА 4: СТИМУЛИРУЮЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, ВКЛЮЧЕННЫЕ В БЮДЖЕТЫ. ПП - ПОДДЕРЖКА ПАЦИЕНТОВ, МТ - МОБИЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ, ОГО - ОРГАНИЗАЦИЯ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА, АДВ И КОМ - АДВОКАЦИОННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ И КОММУНИКАЦИИ

Группа стран	ПП	МТ/ИКТ	ОГО	Адв и Ком	Мероприятия ЧГС	Итого
	Диапазоны надбавки для стимулирующих мероприятий					
	5,0%–8,0%	1,0%	2,5%–3,0%	1,0%–2,0%	2,0%–9,0%	
Высокое бремя МЛУ-ТБ, централизованное лечение	5,0%	1,0%	2,5%	1,0%	0,0%	9,5%
Высокое бремя ТБ/ВИЧ, САДК	5,0%	1,0%	2,5%	1,0%	0,0%	9,5%
Высокое бремя ТБ/ВИЧ, за пределами САДК	5,0%	1,0%	2,5%	1,0%	0,0%	9,5%
Умеренное бремя, СОЕ	5,0%	1,0%	2,5%	1,0%	0,0%	9,5%
Высокое бремя, част. сектор	5,0%	1,0%	2,5%	1,0%	8,0%	17,5%
Умеренное бремя, средний доход	5,0%	1,0%	2,5%	1,0%	0,0%	9,5%
Низкое бремя, высокий доход	5,0%	1,0%	2,5%	1,0%	0,0%	9,5%

оснований, оправдывающих рост расходов в данной сфере.

В таблице 3 обобщаются сведения об увеличении удельных затрат, использованных в анализе.

Стимулирующие мероприятия

Нехватка инвестиций в ключевые стимулирующие мероприятия является общеизвестным фактом. Руководящая группа согласилась равномерно увеличить прогнозируемые бюджеты для включения в них фиксированных процентных ставок на конкретные стимулирующие мероприятия, в том числе адвокационную деятельность, коммуникацию, мероприятия ЧГС и взаимодействие с сообществом.

Для расчета использовались подробные бюджеты таких стран, как Индия, Филиппины, Грузия и Таджикистан. Эти государства рассматривались как репрезентативные с точки зрения формирования бюджета на стимулирующие мероприятия и применялись для оценки размера категорий стимулирующих затрат, непосредственной поддержки пациентов, мобильных технологий, взаимодействия с сообществом, адвокационной деятельности и коммуникаций, а также мероприятий ЧГС по отношению к общему размеру бюджетов (см. таблицу 4). Затем национальные бюджеты были скорректированы для сохранения относительного размера этих оценок в период с 2018 по 2022 год. Классификации стран по группам, приведенные в Глобальном плане на 2016–2020 гг., использовались для распределения затрат на ЧГС для стран с высоким уровнем участия частного сектора.

Нигерия, Южная Африка, Кения и Объединенная Республика Танзания — страны, ранее относившиеся к группам с «высоким уровнем ВИЧ», — были также включены в группу «ЧГС».

В бюджеты стран с высоким уровнем дохода и низким бременем заболевания расходы на стимулирующие мероприятия включены не были.

Коэффициент увеличения, связанный со стимулирующими механизмами, не был добавлен к затратам на системы здравоохранения (т. е. главным образом к затратам на госпитализацию), поскольку эти расходы не покрываются НТП.

Результаты, касающиеся потребностей в ресурсах

В таблице 7.1, приведенной в главе 7, описаны потребности в финансовых ресурсах, необходимых для реализации Глобального плана на 2018–2022 гг., с разбивкой по уровню доходов, соответствие критериям для помощи Глобального фонда, страновой группе Глобального плана, региону ВОЗ, членству в БРИКС, а также в глобальном масштабе. Потребности в ресурсах существенно возрастут примерно с 9,2 миллиарда долларов США в 2018 году до примерно 15,6 миллиарда долларов США к 2022 году

при условии, что Глобальный план на 2018–2022 гг. будет полностью реализован. Всего в период с 2018 по 2022 годы потребуется 64,8 миллиарда долларов США, то есть в среднем 13 миллиардов долларов США в год.

В таблице 5 приведены средние затраты на лечение случаев ТБ без МЛУ и МЛУ-ТБ. Эти оценки включают в себя затраты на лекарства, общие расходы системы здравоохранения и вспомогательные расходы на программу.

За исключением стимулирующих механизмов, которые трудно отделить на основании статуса МЛУ, средняя стоимость лечения пациента с ТБ без МЛУ составляет около 1050 долларов США, а с МЛУ — 15 500 долларов США. В странах, имеющих право на получение помощи от Глобального фонда, эти цифры составляют соответственно 860 и 12 700 долларов США. Средняя стоимость лечения пациентов с МЛУ в европейском регионе ВОЗ, для которого, как правило, характерна высокая степень централизованного лечения, может достигать 32 000 долларов США.

Обратите внимание, что в период с 2018 по 2022 годы ожидается глобальное увеличение стоимости услуг по лечению пациентов с ТБ без МЛУ. Что касается МЛУ-ТБ, несмотря на ожидаемое увеличение стоимости лекарств, затраты на лечение одного пациента несколько компенсируются ожидаемым снижением затрат на госпитализацию. Следовательно, стоимость лечения одного пациента с МЛУ-ТБ в период с 2018 по 2022 гг. остается относительно стабильной.

ОКУПАЕМОСТЬ ИНВЕСТИЦИЙ

Анализ окупаемости инвестиций (ROI) был выполнен с использованием метода Глобального плана на 2016–2022 гг., то есть методологии Комиссии Lancet по инвестициям в здоровье (Джеймисон и соавт. 2013 г.¹³), но адаптирован к новым руководящим принципам анализа эффективности затрат после работы с Глобальным фондом в целях оценки ROI нового цикла пополнения запасов.

Скорректированное значение статистической продолжительности жизни (VSL) использовалось для расчета VSL для конкретной страны и года:

$$VSL_{it} = \left(VLSY_{USA} * \left(\frac{GDP_{it}}{GDP_{USA}} \right)^e \right) \quad t = 2018, 2018, \dots, 2022,$$

где VSL_{it} — это значение для страны i в году t ; значение $VLSY_{USA}$, рассчитанное на основании оценки VSL, приведенной в публикации Джеймисона и соавт. (2013 г.), для США в размере 9,4 миллиона долларов США, разделенное на предполагаемую оставшуюся продолжительность жизни в 40 лет; GDP_{it} — валовой внутренний продукт (ВВП) на душу населения, скорректированный

13 Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. The Lancet Commissions. 2013;382(9908):1898–955. doi:10.1016/S0140-6736(13)62105-4

по паритету покупательной способности (ППС), в стране i в году t в международных долларах, который был получен из Анализа развития мировой экономики за апрель 2018 года; GDP_{USA} — это ВВП на душу населения в США, скорректированный по ППС (оценивается в 57 815 долларов США на 2018 год); e — оценка эластичности дохода, равная 1,5.

Чтобы рассчитать чистую выгоду (или окупаемость) в отношении традиционного сценария, общее количество смертей, предотвращенных в результате реализации Глобального плана, было умножено на показатель VSL для конкретной страны за вычетом дополнительных расходов Глобального плана на 2018–2022 гг.:

Чистая-выгода = $(Deaths_BAU - Death_GP)_c * VSL_c - (Cost_GP - Cost_BAU)_c$

где c = страна. ROI приводится по следующей формуле:

$ROI = \text{Чистая-выгода} / (Cost_GP - Cost_BAU)_c$

Смертность и затраты были снижены до приведенных значений в 2018 году посредством применения коэффициента скидки в 3%. Рассматривались только случаи смерти людей без ВИЧ, поскольку ожидается, что большая часть предотвращенных случаев смерти людей с ВИЧ будет достигнута благодаря расширению АРТ в рамках программ по борьбе с ВИЧ, которые, как правило, не осуществляются за счет НТП.

Результаты представлены в таблице 7.2, приведенной в главе 7, которая показывает глобальную чистую выгоду в размере ~ 711 миллиардов долларов США и ROI примерно 1:44 к 2022 г. (1 доллар США приносит прибыль в размере 44 долларов США), при сохранении широкого охвата инвестициями, предусмотренными в рамках реализации Глобального плана на 2018–2022 годы. Следует отметить, что большая часть неудовлетворенных потребностей касается стран с низким уровнем дохода. Ожидается, что рентабельность инвестиций в этих странах будет значительно ниже — на уровне 1:13.

В прошлом ROI составляла 1:27 для «стандартного» сценария наращивания масштабов Глобального плана на 2016–2020 гг. Примерный показатель ROI для «ускоренной» реализации Глобального плана на 2016–2020 гг. составил 1:85. Примерный показатель ROI для Глобального плана на 2018–2022 годы с элементами ускоренного наращивания масштабов с помощью дополнительных расходов на стимулирующие мероприятия, находится в пределах предыдущих оценок ROI и приближается к показателю окупаемости стандартной инвестиционной программы Глобального плана на 2016–2020 годы.

ТАБЛИЦА 5: ЗАТРАТЫ НА ПАЦИЕНТОВ С ТБ БЕЗ МЛУ И МЛУ-ТБ, ПОЛУЧИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ, ПО УРОВНЮ ДОХОДА, ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ ОТ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА, СТРАНОВОМУ КЛАСТЕРУ ГЛОБАЛЬНОГО ПЛАНА, РЕГИОНУ ВОЗ И ЧЛЕНСТВУ В БРИКС

	2018	2019	2020	2021	2022	Итого
СТОИМОСТЬ НА ПАЦИЕНТА, ПРОШЕДШЕГО ЛЕЧЕНИЕ: ТБ БЕЗ МЛУ (ДОЛЛ. США)						
ИТОГО ПО ВСЕМУ МИРУ						
Итого (по всему миру, включая страны ОЭСР)	990,00	970,00	1 060,00	1 160,00	1 270,00	1 090,00
Итого (по всему миру, исключая страны ОЭСР)	910,00	910,00	1 000,00	1 100,00	1 210,00	1 020,00
ПО УРОВНЮ ДОХОДА						
Низкий доход	830,00	850,00	910,00	990,00	1 110,00	940,00
Доход ниже среднего	580,00	600,00	710,00	800,00	900,00	710,00
Доход выше среднего	1 970,00	2 040,00	2 190,00	2 340,00	2 510,00	2 190,00
Высокий доход	5 790,00	5 850,00	5 920,00	6 020,00	6 110,00	5 930,00
СТРАНЫ, ИМЕЮЩИЕ ПРАВО НА ПОМОЩЬ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА, ПО УРОВНЮ ДОХОДА						
Низкий доход	830,00	850,00	910,00	990,00	1 110,00	940,00
Доход ниже среднего	580,00	600,00	710,00	800,00	900,00	710,00
Доход выше среднего	2 680,00	2 790,00	3 060,00	3 380,00	3 760,00	3 110,00
Итого	780,00	800,00	900,00	1 010,00	1 130,00	920,00
СТРАНОВОЙ КЛАСТЕР ГЛОБАЛЬНОГО ПЛАНА						
Высокое бремя МЛУ-ТБ, централизованное лечение	6 540,00	6 810,00	7 410,00	8 050,00	8 480,00	7 360,00
Высокое бремя ТБ/ВИЧ, САДК	1 320,00	1 370,00	1 450,00	1 600,00	1 800,00	1 510,00
Высокое бремя ТБ/ВИЧ, не САДК	1 460,00	1 620,00	1 900,00	2 160,00	2 410,00	1 950,00
Умеренное бремя, СОЕ	680,00	700,00	760,00	820,00	920,00	780,00
Высокое бремя, частный сектор	480,00	510,00	560,00	630,00	720,00	580,00
Умеренное бремя, средний доход	1 890,00	1 990,00	2 060,00	2 170,00	2 300,00	2 080,00
Индия	330,00	340,00	370,00	400,00	450,00	370,00
Китай	1 240,00	1 260,00	1 310,00	1 350,00	1 410,00	1 310,00
Низкое бремя, высокий доход	4 660,00	4 640,00	4 720,00	4 840,00	4 980,00	4 760,00
РЕГИОН ВОЗ						
Восточное Средиземноморье (EMR)	430,00	460,00	500,00	560,00	650,00	520,00
Африка (AFR)	1 270,00	1 360,00	1 520,00	1 710,00	1 910,00	1 570,00
Северная и Южная Америка (AMR)	2 590,00	2 680,00	2 780,00	2 910,00	3 080,00	2 800,00
Европа (EUR)	6 270,00	6 480,00	6 940,00	7 430,00	7 790,00	6 910,00
Западная часть Тихого Океана (WPR)	1 210,00	1 210,00	1 230,00	1 280,00	1 350,00	1 250,00
Юго-Восточная Азия (SEAR)	400,00	410,00	460,00	500,00	570,00	470,00
БРИКС (BRA, CHN, IND, RUS, ZAF)						
Итого	780,00	760,00	810,00	870,00	950,00	830,00

	2018	2019	2020	2021	2022	Итого
СТОИМОСТЬ НА ПАЦИЕНТА, ПРОШЕДШЕГО ЛЕЧЕНИЕ: МЛУ-ТБ (ДОЛЛ. США)						
ИТОГО ПО ВСЕМУ МИРУ						
Итого (по всему миру, включая страны ОЭСР)	14 680,00	16 920,00	15 550,00	15 200,00	15 430,00	15 500,00
Итого (по всему миру, исключая страны ОЭСР)	14 620,00	16 850,00	15 490,00	15 140,00	15 370,00	15 440,00
ПО УРОВНЮ ДОХОДА						
Низкий доход	14 460,00	19 520,00	19 190,00	19 360,00	19 700,00	19 110,00
Доход ниже среднего	6 730,00	9 670,00	10 330,00	10 620,00	10 830,00	10 140,00
Доход выше среднего	26 680,00	28 630,00	25 170,00	24 240,00	24 900,00	25 570,00
Высокий доход	21 650,00	27 510,00	26 940,00	26 420,00	26 650,00	25 890,00
СТРАНЫ, ИМЕЮЩИЕ ПРАВО НА ПОМОЩЬ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА, ПО УРОВНЮ ДОХОДА						
Низкий доход	14 460,00	19 520,00	19 190,00	19 360,00	19 700,00	19 110,00
Доход ниже среднего	6 730,00	9 660,00	10 330,00	10 620,00	10 830,00	10 140,00
Доход выше среднего	13 990,00	17 480,00	17 140,00	17 270,00	17 310,00	16 700,00
Итого	8 630,00	11 680,00	11 950,00	12 130,00	12 330,00	11 740,00
СТРАНОВОЙ КЛАСТЕР ГЛОБАЛЬНОГО ПЛАНА						
Высокое бремя МЛУ-ТБ, централизованное лечение	30 010,00	33 930,00	34 410,00	35 180,00	36 290,00	34 140,00
Высокое бремя ТБ/ВИЧ, САДК	8 750,00	13 800,00	15 190,00	15 940,00	16 280,00	14 670,00
Высокое бремя ТБ/ВИЧ, не САДК	13 580,00	17 620,00	16 980,00	16 960,00	17 180,00	16 910,00
Умеренное бремя, СОЕ	15 790,00	18 610,00	18 000,00	18 140,00	18 390,00	18 110,00
Высокое бремя, частный сектор	9 780,00	14 490,00	15 250,00	15 660,00	15 980,00	15 120,00
Умеренное бремя, средний доход	13 080,00	17 080,00	16 280,00	15 930,00	15 920,00	15 830,00
Индия	3 660,00	5 060,00	5 090,00	5 120,00	5 140,00	4 950,00
Китай	7 140,00	9 000,00	9 030,00	9 100,00	9 150,00	9 020,00
Низкое бремя, высокий доход	18 660,00	25 090,00	28 720,00	31 010,00	32 120,00	28 110,00
РЕГИОН ВОЗ						
Восточное Средиземноморье (EMR)	12 400,00	19 520,00	19 920,00	20 190,00	20 580,00	19 850,00
Африка (AFR)	10 860,00	16 060,00	17 250,00	17 900,00	18 240,00	17 030,00
Северная и Южная Америка (AMR)	16 570,00	21 970,00	21 410,00	21 310,00	21 140,00	20 790,00
Европа (EUR)	29 540,00	33 500,00	33 970,00	34 730,00	35 880,00	33 700,00
Западная часть Тихого Океана (WPR)	9 380,00	11 700,00	11 200,00	11 220,00	11 380,00	11 190,00
Юго-Восточная Азия (SEAR)	4 520,00	6 410,00	6 760,00	6 920,00	7 050,00	6 620,00
БРИКС (BRA, CHN, IND, RUS, ZAF)						
Итого	15 640,00	16 730,00	14 410,00	13 630,00	13 880,00	14 510,00

ТАБЛИЦА 6: ПОТРЕБНОСТИ В РЕСУРСАХ (МИЛЛИАРДЫ ДОЛЛ. США), ПО КАТЕГОРИИ РАСХОДОВ, ВКЛЮЧАЯ СТИМУЛИРУЮЩИЕ МЕХАНИЗМЫ

ПОТРЕБНОСТИ В РЕСУРСАХ (МИЛЛИАРДЫ ДОЛЛ. США)						
Категория расходов	2018	2019	2020	2021	2022	Итого
Лекарства первой линии	339,1	404,9	444,8	436,2	422,3	2 047,2
Лекарства второй линии	408,7	1 010,6	1 689,9	2 215,1	2 295,5	7 619,7
Лабораторная инфраструктура, оборудование и расходные материалы	705,3	1 000,3	1 312,5	1 566,7	1 833,8	6 418,7
Расходы на программу первой линии	2 560,8	2 947,8	3 276,6	3 258,5	3 147,5	15 191,2
Расходы на программу второй линии	1 191,0	1 346,1	1 891,2	2 364,9	2 527,4	9 320,7
Общая система здравоохранения первой линии	2 489,4	2 640,4	2 540,8	2 362,9	2 200,5	12 234,0
Общая система здравоохранения второй линии	445,6	494,7	751,1	931,0	925,1	3 547,7
Совместные мероприятия по ТБ/ВИЧ	155,8	156,6	157,5	158,2	158,6	786,7
Профилактическое лечение	206,5	217,7	316,3	399,8	565,2	1 705,6
Стимулирующие механизмы	741,7	960,6	1 263,9	1 454,1	1 530,4	5 950,7
Итого	9 244,0	11 179,7	13 644,7	15 147,4	15 606,4	64 822,2



**ПРИЛОЖЕНИЕ 2.
ИНВЕСТИЦИОННЫЕ ПАКЕТЫ
ПО СТРАНОВЫМ КЛАСТЕРАМ**

Страновые кластеры были определены в Глобальном плане на 2016–2020 гг. в рамках процесса классификации стран на основе эпидемиологии ТБ, геополитической ситуации, системы здравоохранения, доходов и т.д. Для классификации был проведен количественный анализ основных компонентов (АОК) с использованием 27 параметров, дополненных мнением экспертов.¹ Обновленный Глобальный план на 2018–2022 годы не содержит изменений, касающихся страновых кластеров.

Инвестиционные пакеты Глобального плана представляют собой группы мер, адаптированных к страновому кластеру. Они содержат рекомендации по приоритизации инвестиций для достижения целей ЗВУООН по ТБ и движению к ликвидации ТБ. Эти пакеты предусматривают инвестиции в интервенции, которые являются необходимыми, но в настоящее время либо не проводятся, либо требуют значительного расширения их масштабов.

Процесс выбора мер и инвестиционных пакетов для каждого кластера

С этой целью были предприняты следующие шаги:

1. Создание Оценочной матрицы для интервенций.

Все возможные интервенции приводятся с учетом

ранее проделанной работы над модульной рамочной структурой Глобального фонда по борьбе с ТБ. Предусмотрено 35 интервенций в четырех областях: выявление случаев и диагностика; лечение и ведение случаев; профилактика; поддерживающая среда и системы. Оценочная матрица была создана для формирования инвестиционных пакетов для девяти страновых кластеров.

2. Оценка интервенций в каждой стране с использованием Оценочной матрицы.

Шесть экспертов в области ТБ с обширным опытом на национальном и международном уровнях независимо друг от друга оценили интервенции для каждого кластера.

3. Оценка и анализ интервенций в каждом страновом кластере.

Агрегированные оценки экспертов использовались для определения приоритетности интервенций для каждого кластера. Консенсус был достигнут с использованием методики «Дельфи».

4. Предложение инвестиционных пакетов для девяти страновых кластеров.

¹ Приложения к Глобальному плану по ликвидации туберкулеза на 2016–2020 гг. Женева, Партнерство «Остановить туберкулез»; 2015 г. <http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/plan2/Annexes.pdf>



ОЦЕНОЧНАЯ МАТРИЦА ДЛЯ ИНВЕСТИЦИОННЫХ ПАКЕТОВ

1. Выявление случаев и диагностика

Интервенции	Описание
1.1. Расширение использования молекулярной диагностики в качестве начального теста на ТБ и РУ-ТБ	На периферическом уровне оказания помощи; Xpert MTB/RIF (на данный момент), а также другие технологии, которые будут одобрены в ближайшем будущем.
1.2. Транспортировка образцов	Предлагается включить транспортировку образцов мокроты в качестве отдельной интервенции, направленной на расширение доступа как к быстрым молекулярным методам (Xpert, LPA), так и к исследованиям культуры.
1.3. Посев культуры и ТЛЧ в референтных лабораториях и контроль качества в лабораториях	Обеспечение универсального ТЛЧ к препаратам первого и второго ряда с использованием быстрых методик на уровне референтных лабораторий. Также при необходимости включает секвенирование генома в ближайшем будущем.
1.4. Выявление случаев активного ТБ	Включает выявление случаев на уровне сообществ, в медицинских учреждениях и среди ключевых групп риска (например, заключенные, шахтеры и др.); мобильные диагностические подразделения, системы мобилизации сообщества и удобные для людей системы поддержки; конкретные стратегии, направленные на диагностику заболевания у детей, женщин и т. д.
1.5. Выявление и диагностика случаев ТБ/ВИЧ	Включает: i) скрининг на ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, и использование специальных методов диагностики у ЛЖВ, таких как ТБ-ЛАМ, и ii) тестирование и консультирование на ВИЧ среди людей с ТБ.
1.6. Исследование контактов	Рекомендуется отдельно включить исследование контактов, чтобы подчеркнуть важность расширения этой интервенции для выявления случаев активного ТБ (включая взрослых контактных лиц), тогда как тестирование на ЛТБИ и профилактическое лечение рассматриваются в модуле «Профилактика» ниже.
1.7. Другие мероприятия по выявлению случаев и диагностике	Рентгенография грудной клетки, цифровая рентгенография, компьютерная диагностика и другие мероприятия, связанные с данным модулем, которые не подпадают под вышеуказанные интервенции.

2. Лечение и ведение случаев

Интервенции	Описание
2.1. Лечение ЛЧ-ТБ у взрослых	Включает закупку препаратов первого ряда, а также другие соответствующие мероприятия (техническую помощь, обучение и т. д.), которые не подпадают под другие интервенции, упомянутые в этом модуле.
2.2. Лечение ЛЧ-ТБ у детей и подростков	То же, что и для интервенции 2.1 выше, но для детей 0–14 лет и подростков 15–17 лет.
2.3. Лечение случаев ЛУ-ТБ у взрослых	Включает закупку препаратов второго ряда, а также другие соответствующие мероприятия (техническую помощь, обучение и т. д.), которые не подпадают под другие интервенции, упомянутые в этом модуле.
2.4. Лечение ЛУ-ТБ у детей и подростков	То же, что и для интервенции 2.3 выше, но для детей 0–14 лет и подростков 15–17 лет.
2.5. Поддержка пациентов: стимулирование и вспомогательные мероприятия	Денежное стимулирование, продукты питания, возмещение транспортных расходов и другие стимулы (для всех типов случаев ТБ).
2.6. Поддержка пациентов: лечение с использованием видеонаблюдения и других цифровых технологий для повышения приверженности лечению	Важно развивать и отслеживать внедрение всех видов инновационных цифровых технологий для лечения ТБ.
2.7. Поддержка пациентов: другие мероприятия	Психосоциальная помощь, поддержка «равный равному», питание и предоставление средств к существованию, реабилитация и другие меры обеспечения приверженности лечению, не отнесенные к двум вышеупомянутым интервенциям.
2.8. Мониторинг лечения, управление побочными эффектами и фармаконадзор/ аМБЛ	Предлагается выделить данную интервенцию отдельно, чтобы подчеркнуть важность клинического мониторинга и аМБЛ (особенно для ЛУ-ТБ), хотя это также касается следующей интервенции.
2.9. Лечение ВИЧ-ассоциированного ТБ и других сопутствующих заболеваний	См. примечание выше. Включает антиретровирусную терапию, а также лечение других сопутствующих заболеваний, таких как гепатит, диабет и др.
2.10. Другие мероприятия по организации лечения и ведению случаев	Другие связанные с данным модулем мероприятия, которые не подпадают под вышеуказанные интервенции.

3. Профилактика

Интервенции	Описание
3.1. Тестирование и профилактическое лечение туберкулезной инфекции у детей	Включает препараты в рамках соответствующих схем лечения и мониторинг его выполнения, техническую помощь, обучение и другие потребности.
3.2. Тестирование и профилактическое лечение туберкулезной инфекции у людей, живущих с ВИЧ	То же, что для интервенции 3.1 выше.
3.3. Тестирование и профилактическое лечение туберкулезной инфекции среди взрослых семейных и других тесных контактов больных ТБ	То же, что для интервенции 3.1 выше.
3.4. Тестирование и профилактическое лечение туберкулезной инфекции в других группах риска	То же, что для интервенции 3.1 выше.
3.5. Профилактическое лечение лиц, контактирующих с больными ЛУ-ТБ	То же, что для интервенции 3.1 выше.
3.6. Инфекционный контроль	Предлагается включить инфекционный контроль в модуль «Профилактика». Включает инфекционный контроль в стационарных, амбулаторных и коммунальных учреждениях, обследование на ТБ для медработников и т. д.
3.7. Другие мероприятия по профилактике	Другие связанные с данным модулем мероприятия, которые не подпадают под вышеуказанные интервенции.

4. Поддерживающая среда и системы

Интервенции	Описание
4.1. Адвокация на высоком уровне, стратегическое планирование и вовлечение всех заинтересованных сторон	Поддержка мультисекторального и межсекторального взаимодействия на уровне страны в целях ликвидации ТБ, включая национальные стратегические планы и региональные/субнациональные планы.
4.2. Адвокация, коммуникации и социальная мобилизация	Включает в себя информационные и просветительские мероприятия для населения в целом и различных целевых аудиторий.
4.3. Финансирование здравоохранения и оказание противотуберкулезной помощи	Включает инициативы по реформированию и развитию системы здравоохранения, которые касаются улучшения профилактики и лечения ТБ в рамках ВОУЗ (связанные со схемами финансирования здравоохранения, распределением ресурсов, механизмами оплаты поставщиков, внедрением моделей противотуберкулезной помощи, ориентированных на интересы людей и пациентов).
4.4. Развитие кадровых ресурсов для оказания противотуберкулезной помощи	Включает в себя все виды инициатив в области кадровых ресурсов для здравоохранения (КРЗ), которые влияют на профилактику и лечение ТБ (например, реформы медицинского образования, перераспределение обязанностей, привлечение других поставщиков услуг, первичного звена медико-санитарной помощи, различные мероприятия по обучению и наращиванию потенциала и др.).
4.5. Мероприятия на уровне сообществ и вовлечение гражданского общества	Дальнейшее внедрение инициатив и проектов, которые обеспечивают эффективное участие общественных организаций и гражданского общества в профилактике и лечении ТБ. Примечание: конкретные проекты с участием гражданского общества, нацеленные, например, на поддержку приверженности лечению пациентов с ЛУ-ТБ, также могут рассматриваться в рамках интервенций 2.2–2.4 выше.
4.6. Удовлетворение особых потребностей ключевых групп риска (заключенных, мобильных групп населения, шахтеров и др.).	Включает специфические вмешательства, ориентированные на перечисленные группы (например, социальная поддержка бывших шахтеров с ТБ и их семей; противотуберкулезные мероприятия среди внешних мигрантов и т. д.).
4.7. Устранение барьеров в отношении доступа к противотуберкулезным услугам, связанных с правами человека и гендерными аспектами	Мероприятия, направленные на уменьшение стигматизации и дискриминации, а также связанные с правами человека и правовой грамотностью, юридическими услугами, мониторингом и реформой законов и правил, обучением законодателей, информированием медицинских работников о правах человека и медицинской этике и др.
4.8. Привлечение частных поставщиков медицинских услуг	Поддержка мероприятий ЧГС по выявлению случаев, лечению, профилактике и другим аспектам контроля за ТБ. Также включают в себя системы управления и инструменты, необходимые для эффективного внедрения и мониторинга ЧГС в области ТБ, требующие отдельного бюджета, например: промежуточные агентства, цифровые системы для регистрации и мониторинга, меры стимулирования и т. д., а также возмещение определенных расходов со стороны пациентов.
4.9. Системы закупок и управления снабжением (ЗУС)	Охватывает различные аспекты ЗУС в отношении лекарств и медицинских товаров, связанных с ТБ, с особым вниманием к вопросам перехода от донорского финансирования.
4.10. Информационные системы в области ТБ	Укрепление информационных систем, которые обеспечивают эффективный надзор, мониторинг и оценку мероприятий по борьбе с ТБ на национальном и субнациональном уровнях, а также международный обмен данными, в том числе эпиднадзор за ТБ в режиме реального времени, с интеграцией в общую информационную систему управления здравоохранением (ИСУЗ) или без таковой.
4.11. Другие мероприятия, поддерживающая среда и системы	Все прочие связанные с данным модулем мероприятия, которые не подпадают под вышеуказанные интервенции.



Stop  Partnership

Global Health Campus
Chemin du Pommier 40
1218 Le Grand-Saconnex
Geneva, Switzerland
(Швейцария)

www.stoptb.org