

МАРТ 2023 г.

# Смертельный разрыв

БОРЬБА С ТБ:  
ОБЯЗАТЕЛЬСТВА  
И РЕАЛЬНОСТЬ

— Доклад затронутых туберкулезом сообществ и гражданского общества о подотчетности -  
**Приоритеты по устранению смертельного разрыва**



Фото обложки: © Stop TB Partnership

**Данный доклад о подотчетности сообществ и гражданского общества, затронутых ТБ, далее именуемый "Доклад о подотчетности", посвящен всем людям, болеющим и затронутым ТБ, их семьям и гражданскому обществу, которое их поддерживает.**

Каждый день почти 4400 человек умирают от болезни, которую можно как предотвратить, так и вылечить, в результате чего ежегодно гибнет около 1,6 миллиона человек. По мере снижения смертности от COVID-19, туберкулез возвращает себе звание первого в мире инфекционного заболевания-убийцы. Зачастую жертвами туберкулеза становятся представители наиболее уязвимых и маргинализированных сообществ. Несмотря на некоторые успехи, общие меры по искоренению ТБ остаются устаревшими, отличающимися самонадеянностью и часто противоречащими основным правам человека. Этот доклад написан сообществами, затронутыми ТБ, и гражданским обществом в знак солидарности с ними, чтобы стимулировать преобразования, направленные на ликвидацию ТБ.

**СМЕРТНОСТЬ ОТ ТБ / ЕЖЕДНЕВНО  
4400 человек**

**СМЕРТНОСТЬ ОТ ТБ / ЕЖЕГОДНО  
1,6 миллион человек**

**Посвящение**

# Благодарности

Этот доклад был бы невозможен без вклада 1018 коллег из 394 организаций в 91 стране, представляющих сообщества, затронутые ТБ, включая людей с ТБ и перенесших ТБ, представителей гражданского общества и наших партнеров, которым мы чрезвычайно благодарны (см. **Приложение**). Их коллективный опыт и мнения служат доказательством усиления динамики борьбы с ТБ. Когда в 2020 году был подготовлен первый доклад "Смертельный разрыв", в нем приняли участие около 150 человек из 61 страны, таким образом, вовлеченность в эту инициативу 2.0 возросла почти в десять раз.

Мы выражаем глубокую благодарность за неустанные усилия лидерам региональных сообществ Мейринде Себаян (Азиатско-Тихоокеанский регион), Олайде Аканни (Англоязычная Африка), Бертрану Кампуру (Франкоязычная Африка), Делиане Гарсия (Северная и Южная Америка), Тимуру Абдуллаеву (Восточная Европа и Центральная Азия) и Робин Уэйт (страны с высоким уровнем дохода). С неослабевающим энтузиазмом они помогли разработать методологию, возглавить информационную работу и написать этот доклад вместе с Амритой Дафтари (Йоркский университет и SSHIFTB), Пушпитой Саминой и Шейлой Норьега-Местанза (SSHIFTB). Делегация НПО развивающихся стран, делегация НПО развитых стран и делегация сообществ Совета директоров партнерства "Остановить ТБ" выражают благодарность за их видение, лидерство и приверженность усилению голоса сообществ, затронутых ТБ, и гражданского общества как проводников изменений в противодействии ТБ. Высоко оцениваются усилия всех тех, кто предоставил рецензии, включая Люсику Диту, Сувананда Саху, Виорела Солтана, Брайана Кайзера, Уэйна Ван Гемерта, Каойма Смита, Сухаира Талаба, Андрея Моснягу, Янику Хаузера и Рею Лобо.

Необходимо отметить Партнерство "Остановить ТБ" и Афро-Глобальный Альянс за координацию этих усилий, особенно Джеймса Малара из Партнерства "Остановить ТБ" и Остина Обиефуну и Рейчел Оту-Ампонса из Афро-Глобального Альянса за стимулирование процессов и их преданную поддержку и ободрение на протяжении всего процесса.

Рекомендуемая цитата для данного доклада:

*Доклад об подотчетности сообществ и гражданского общества, затронутых туберкулезом: Приоритеты для преодоления смертельного разрыва. Делегация НПО развивающихся стран, делегация НПО развитых стран и делегация сообществ Партнерства "Остановить ТБ". 24 марта 2023 года.*



<b>РЕЗЮМЕ</b>	7
<b>ПРИЗЫВЫ К ДЕЙСТВИЮ</b>	10
<b>ВВЕДЕНИЕ</b>	17
Основание для подготовки доклада сообществ	18
Методология	19
Цели по ликвидации ТБ	21
Преодоление разрыва	22
Глобальный план действий по ликвидации ТБ на 2023–2030 годы	24
<b>ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ</b>	
Приоритетное Направление 1: Устранение пробелов в ТБ-профилактике, диагностике, лечении и уходе за счет обеспечения охвата всех людей с ТБ	26
Приоритетное Направление 2: Сделать к 2025 году ответные меры на ТБ справедливыми, гендерно-чувствительными, основанными на правах человека и свободными от стигмы, с центральной ролью сообщества людей, затронутых ТБ, и гражданского общества	34
Приоритетное Направление 3: Ускорить разработку, внедрение и доступ к новым важным инструментам для ликвидации ТБ	42
Приоритетное Направление 4: Инвестировать средства, необходимые для ликвидации туберкулеза	48
Приоритетное Направление 5: Приоритет ТБ в предотвращении, готовности и реагировании на пандемии (ПГРП), устойчивость к противомикробным препаратам (УПП) и всеобщем охвате услугами здравоохранения (ВОУЗ)	54
Приоритетное Направление 6: Принять обязательства по межсекторальным действиям, решительному руководству и подотчетности	59
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ: МЕТОДОЛОГИЯ</b>	68
<b>ССЫЛКИ</b>	79

# Содержание

# Аббревиатуры

<b>ADPP</b>	Ajuda de Desenvolvimento de Povo para Povo	<b>ДОТ</b>	Лечение под непосредственным наблюдением
<b>ИИ</b>	Искусственный интеллект	<b>DRAF-TB</b>	Francophone Africa Response Dynamics on Tuberculosis
<b>СПИД</b>	Синдром приобретенного иммунодефицита	<b>ДРК</b>	Демократическая Республика Конго
<b>АММО</b>	Ассоциация горняков Мозамбика	<b>ЛУТБ</b>	Лекарственно-устойчивый туберкулез
<b>УПП</b>	Устойчивость к противомикробным препаратам	<b>ЛЧТБ</b>	Лекарственно-чувствительный туберкулез
<b>BCF</b>	Bridge Consultants Foundation	<b>ВЕЦА</b>	Восточная Европа и Центральная Азия
<b>Bonela</b>	Botswana Network on Ethics, Law and HIV/AIDS	<b>EGPAF</b>	Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation
<b>ВРaL/ВРaIM</b>	Бедаквилин, претоманид, линезолид/ Бедаквилин, претоманид, линезолид Моксифлоксацин	<b>КФД</b>	Комбинации с фиксированной дозировкой
<b>БРИКС</b>	Бразилия, Китай, Индия, Россия, ЮАР	<b>FMR</b>	Foundation for Medical Research
<b>CAD</b>	Club des Amis Damien	<b>GAVI</b>	GAVI, the Vaccine Alliance
<b>КД</b>	Компьютерная диагностика	<b>ГСТА</b>	Global Coalition of Tuberculosis Advocates
<b>ОБС/ОГО</b>	Организация на базе сообщества / Организация гражданского общества	<b>GloVax</b>	Initiative for Global Vaccine Access
<b>СКМ</b>	Страновые координационные механизмы	<b>GTBC</b>	Global TB Caucus, Глобальная группа по борьбе с туберкулезом
<b>КИПЭ</b>	Коалиция для инноваций в подготовке к эпидемиям	<b>СВБТБ</b>	Страны с высоким бременем ТБ
<b>СИВС</b>	Стратегическая инициатива Глобального фонда по вовлечению сообществ	<b>ВГС</b>	Вирусный гепатит С
<b>CFCS</b>	Challenge Facility for Civil Society	<b>СВУД</b>	Страны с высоким уровнем дохода
<b>OMP</b>	Общественные медицинские работники	<b>ВИЧ</b>	Вирус иммунодефицита человека
<b>MPC</b>	Мониторинг под руководством сообществ	<b>МОТ</b>	Международная организация труда
<b>COVID-19</b>	Коронавирусная инфекция 2019	<b>IMCI</b>	Комплексная программа управления в области детских болезней
<b>КС</b>	Консультанты из сообщества	<b>МОМ</b>	Международная организация по миграции
<b>СПГ</b>	Сообщества, права и гендер	<b>КНАНА</b>	Khmer HIV/AIDS NGO Alliance
<b>ОГО</b>	Организации гражданского общества	<b>КНРТ</b>	Karnataka Health Promotion Trust
<b>CSTF</b>	Civil Society Task Force	<b>КНСУ</b>	Tuberculosis Foundation
<b>ЦТОП</b>	Цифровые технологии обеспечения приверженности	<b>КУГН</b>	Ключевые и уязвимые группы населения
<b>DLB</b>	Delft Light Backpack	<b>LAMP</b>	Изотермическая амплификация с петлевым протоколом
		<b>СНСУД</b>	Страны с низким и средним уровнем дохода
		<b>ММП</b>	Механизм многосекторальной подотчетности

<b>MPP</b>	Medicine Patent Pool	<b>ОПН</b>	Общественные пункты наблюдения
<b>MSATBA</b>	Maharashtra State Anti-Tuberculosis Association	<b>SAMA</b>	Южно-африканская ассоциация шахтеров
<b>MSF</b>	Médecins Sans Frontières	<b>STP TAG</b>	Партнерство «Остановить ТБ» Treatment Action Group
<b>МТБ</b>	Микобактерия туберкулеза	<b>ТБ</b>	Туберкулез
<b>НИЗ</b>	Неинфекционные заболевания	<b>TIMS</b>	Tuberculosis in the Mining Sector in Southern Africa
<b>НГО</b>	Негосударственная организация	<b>ПЛТБ</b>	Профилактическое лечение туберкулеза
<b>NITHA</b>	Северное межплеменное управление здравоохранения	<b>U-ASHA</b>	Urban Accredited Social Health Activists
<b>NFM4</b>	New Funding Model 4	<b>УКАРТВ</b>	UK Academics and Professionals to end TB
<b>НСП</b>	Национальные стратегические планы	<b>ООН</b>	Организация Объединенных Наций
<b>НТБП</b>	Национальная ТБ-программа	<b>ЮНИСЕФ</b>	Детский фонд Организации Объединенных Наций
<b>OGRA</b>	Благотворительный фонд в Кении	<b>ЗВУ ООН</b>	Заседание Высокого Уровня Организации Объединенных Наций
<b>ЛЛС</b>	Люди, лишённые свободы	<b>ВОУЗ</b>	Всеобщий охват услугами здравоохранения
<b>PEER</b>	Partnership for Enhanced Engagement in Research	<b>США</b>	Соединенные Штаты Америки
<b>PHF</b>	Philomera Hope Foundation	<b>USAID</b>	United States Agency for International Development
<b>ЛЖВ</b>	Люди, живущие с ВИЧ	<b>СМО</b>	Сеть местных организаций
<b>МОМП</b>	Место оказания медицинской помощи	<b>vDOT</b>	ВидеоДОТ
<b>СИЗ</b>	Средства индивидуальной защиты	<b>ВПП</b>	Всемирная продовольственная программа
<b>ПГРП</b>	Предотвращение, готовность и реагирование на пандемии	<b>ВОЗ</b>	Всемирная организация здравоохранения
<b>ПТБЗЛ</b>	Посттуберкулезное заболевание легких	<b>Wok</b>	Wellness on Wheels Keke
<b>НИР</b>	Научно-исследовательские разработки	<b>РВЭД</b>	Рекомендуемая ВОЗ экспресс-диагностика
<b>REACH</b>	Resource group for Education and Advocacy for Community Health		
<b>SADC</b>	Сообщество развития юга Африки		
<b>ЦУР ООН</b>	Цели устойчивого развития ООН		
<b>SMART4TB</b>	Supporting, Mobilizing and Accelerating Research for Tuberculosis Elimination		



---

# Резюме

**Мы обращаемся с этим Призывом к действию, чтобы потребовать соблюдения социальной справедливости и инициировать ответные меры по борьбе с туберкулезом (ТБ) - болезнью, которую можно предотвратить и вылечить, но от которой ежедневно умирают 4400 человек, включая 700 детей. Мы хотим, чтобы выступили те из нас, на кого эта болезнь оказывает наибольшее влияние, а именно сообщества, затронутые ТБ, и гражданское общество — чтобы наша реальность и приоритеты были услышаны, а наши жизни были спасены.**



Мы подчеркиваем — хотя туберкулез может коснуться абсолютно каждого, он не влияет на всех одинаково. Социальные детерминанты состояния здоровья и неравенство, которые находятся вне прямого влияния человека, могут сделать некоторых из нас более уязвимыми к ТБ и/или с большей вероятностью столкнуться с барьерами в доступе к услугам по борьбе с ТБ. Те из нас, кто относится к ключевым и социально уязвимым группам населения (КУГН), затронутым ТБ, достойны справедливого и инклюзивного ответа, который признает и удовлетворяет различные потребности.

Мы напомним о Заседании Высокого Уровня ООН по ТБ (ЗВУ ООН по ТБ) в 2018 году и его целях и обязательствах, а также о докладе о прогрессе сообщества «Смертельный разрыв: ТУБЕРКУЛЕЗ: ОБЯЗАТЕЛЬСТВА И РЕАЛЬНОСТЬ», опубликованном два года спустя. Сегодня, во Всемирный день борьбы с туберкулезом 2023 года, мы размышляем о достигнутом прогрессе, историях успеха, а также о недостатках наших усилий в последующие годы. Сегодня мы стремимся наметить курс для второго Заседания Высокого Уровня ООН по ТБ в 2023 году и далее, чтобы ликвидировать ТБ к 2030 году. Мы опираемся на "дорожную карту", разработанную Глобальным планом по ликвидации ТБ на 2023–30 годы и, что более важно, на вдохновение и уроки, полученные от более чем 1000 партнеров из сообществ и гражданского общества 90 стран, затронутых ТБ, которые предоставили богатый и уникальный опыт, включая вклад в более чем 30 тематических исследований, для руководства и извлечения уроков, которые обеспечат прогресс в борьбе с ТБ.

Мы заявляем, что шесть призывов к действию, приведенных ниже, имеют решающее значение для прекращения современной пандемии туберкулеза. Они призывают нас расставить приоритеты и обратить внимание на три факта, которые исторически тормозят прогресс. Во-первых, нам необходимо, чтобы ТБ удостоился того политического внимания и амбициозных целей, которых он заслуживает. Необходимо, чтобы он стал экономическим и политическим приоритетом, который рассматривается через призму прав человека и социальной справедливости. Во-вторых, мы должны обеспечить немедленное выделение внутренних и внешних финансовых ресурсов на борьбу с ТБ. Дефицит финансирования должен быть ликвидирован, существующие инновации и инструменты должны быть доступны для всех, а научно-исследовательские разработки (НИР) в области ТБ должны получить уровень инвестиций, который мы наблюдали для COVID-19. В-третьих, слишком долго не учитывалось расширение прав и возможностей сообществ, затронутых ТБ, и партнеров из гражданского общества. Необходимо признать наш жизненный опыт и уникальные дополнительные знания, развить их и интегрировать в концепцию, планирование и финансирование борьбы с ТБ. Без этих мер прогресс будет остановлен, мы будем по-прежнему терять человеческие жизни, а экономика будет по-прежнему страдать от результатов такого невнимания.



Призывы к действию

# 01 Устранить дисбаланс в ТБ-профилактике, диагностике, лечении и уходе, охватывая каждого человека с ТБ



- Обеспечить использование рекомендованной ВОЗ экспресс-диагностики (РВЭД) в качестве первичного теста на ТБ.
- Обеспечить всем людям, затронутым ТБ, включая туберкулезную инфекцию и туберкулез, а также лекарственно-устойчивый ТБ (ЛУТБ), и их контактам доступ к новейшим и лучшим схемам профилактики и лечения.
- Разработать и достичь амбициозных целей по профилактике ТБ путем отслеживания контактов и охвата профилактическим лечением ТБ (ПЛТБ), а также путем устранения социальных детерминант ТБ и срочного создания новой вакцины против ТБ.
- Предоставить качественную противотуберкулезную помощь, ориентированную на потребности людей, на базе сообществ и ориентированную на ключевые уязвимые группы, для улучшения показателей заболеваемости туберкулезом, включая услуги, учитывающие потребности детей, для улучшения показателей заболеваемости детским туберкулезом, посредством обучения персонала, внимательного отношения и ресурсов для выявления и преодоления социальных и экономических барьеров при доступе к лечению.
- Обеспечить интегрированное оказание услуг по борьбе с ТБ/ВИЧ, первичной медицинской помощью и/или службами гигиены труда, используя модели совместной локализации, для улучшения выявления и лечения ТБ при сопутствующих заболеваниях, таких как ВИЧ, силикоз, недоедание и диабет.
- Совместные модели
- Использовать потенциал частного сектора для улучшения доступа к ТБ-помощи, особенно в государствах с многочисленными частными поставщиками услуг.

# К 2025 году сделать ответные меры на ТБ справедливыми, гендерно-чувствительными, основанными на правах человека и свободными от стигмы, при центральной роли сообществ, затронутых ТБ, и гражданского общества

- Обеспечить, чтобы в Политической декларации ЗВУ ООН по ТБ на 2023 год сообщества, права и гендер (СПГ) и устранение стигмы, а также конкретные цели оказались в приоритете, и включить их в Национальные стратегические планы (НСП) и ТБ-программы.
- Выделять донорские и внутренние средства на инициативы сообществ по борьбе с ТБ, включая усилия по адвокации, мониторингу и подотчетности в рамках Партнерства "Остановить ТБ", Challenge Facility for Civil Society (CFCS), Глобального фонда и других механизмов технической поддержки.
- Обеспечить полноценное участие сообществ и гражданского общества, затронутых ТБ, в качестве экспертов в разработке национальных стратегий развития, планировании обзоров ТБ-программ по ТБ, а также в процессах разработки страновых заявок на международные гранты во всех странах с высоким бременем ТБ, в том числе через национальные сети людей, затронутых ТБ, и расширение возможностей и лидерства женщин и девочек.
- Провести оценку СПГ, рутинное измерение стигмы, разработать и внедрить планы действий СПГ по борьбе с ТБ во всех странах с высоким бременем ТБ, включающие мониторинг ответных мер на ТБ под руководством сообщества (МРС) и СПГ в рамках ответных мер на ТБ.
- Определить, провести подсчеты численности и выделить финансирование для систематического удовлетворения специфических потребностей ТБ КУГН, таких как люди, живущие с ВИЧ, мигранты, беженцы и внутренне перемещенные лица, потребители наркотиков, люди, находящиеся в местах лишения свободы, люди с диабетом, малоимущие слои городского населения и люди, живущие в условиях трущоб, шахтеры и люди с силикозом, коренные народы и дети, на основе уязвимости и барьеров доступа, но не ограничиваясь ими.
- Усилить социальную защиту и безопасность для людей, затронутых ТБ, и обеспечить, чтобы она включала доход, медицинское обслуживание, жилье, поддержку питания, поддержку психического здоровья и юридическую помощь.
- Усилить социальную защиту и безопасность для людей, затронутых ТБ, и обеспечить, чтобы она включала доход, медицинское обслуживание, жилье, продовольственную помощь, поддержку психического здоровья и юридическую помощь.

# Ускорить разработку, внедрение и обеспечение доступа к основным новейшим инструментам для ликвидации ТБ

- Разработать и обеспечить наличие и доступность новых ТБ-вакцин, чтобы к 2025 году добиться резкого спада заболеваемости, используя стабильный канал финансирования.
- Обеспечить, чтобы к концу 2024 года все люди, затронутые ТБ, получали новейшие короткие схемы лечения, включая туберкулезную инфекцию и болезнь, а также лекарственно-устойчивый ТБ (ЛУТБ).
- Разработать новые виды рекомендуемой ВОЗ экспресс-диагностики в пунктах медицинской помощи, в том числе безопасные для детей и позволяющие измерять лекарственную устойчивость к новейшим и разрабатываемым схемам лечения, параллельно с разработкой более коротких схем лечения инфекции и болезни ТБ, основанных на новых лекарственных формулах.
- Усилить использование и инвестиции в цифровые технологии, включая цифровой портативный рентген, диагностику с поддержкой искусственного интеллекта и механизмы МРС, такие как OneImpact.
- Ускорить внедрение и доступ на рынок новых и перспективных инструментов – от разработки и адаптации до внедрения, формирования спроса и оценки – с помощью финансируемых консультативных механизмов сообществ, кампаний под руководством сообществ и практических исследований.
- Координировать усилия между поставщиками, например, через глобальные альянсы и некоммерческие партнерства по разработке препаратов для создания ориентированных на людей и доступных вакцин, средств диагностики, лечения и цифровых технологий для лечения ТБ, обеспечивая их свободу от интеллектуальной собственности или соответствующих отраслевых или нормативных ценовых барьеров, которые препятствуют доступности и приемлемым ценам.



# Инвестировать средства, необходимые для ликвидации ТБ



- Ликвидировать дефицит финансирования борьбы с ТБ за счет инвестиций в размере 210 млрд долларов США в период с 2023 по 2030 год, включая 40 млрд долларов США на научно-исследовательские работы в сфере ТБ, для выполнения шести пунктов призыва к действию и реализации Глобального плана по борьбе с ТБ.
- Поддерживать восполнение глобальных механизмов финансирования, таких как CFCS от Партнерства и TB REACH, Глобальный фонд и Unitaid, с пропорциональным выделением средств на борьбу с ТБ, а также для сообществ, затронутых ТБ, и партнеров из гражданского общества.
- Мобилизовать внутренние ресурсы на борьбу с ТБ и интегрировать их в системы здравоохранения для повышения эффективности существующих инвестиций и снижения зависимости от внешних фондов.
- Ликвидация катастрофических затрат, с которыми сталкиваются домохозяйства, затронутые ТБ, посредством межсекторальных инвестиций, координации и применения законодательной базы.
- Внедрять инновационное финансирование для расширения пула инвесторов и повышения эффективности финансирования противотуберкулезных мероприятий.
- Обеспечить признание и включение ТБ в состав инвестиций в предотвращение, готовности и реагирование на пандемии, борьбу с устойчивостью к противомикробным препаратам и обеспечение универсального доступа к услугам здравоохранения.

# 05

## Приоритет ТБ в вопросах предотвращения, готовности и реагирования на пандемии (ПГРП), устойчивости к противомикробным препаратам (УПП) и всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ)

---

- Обеспечить, чтобы ПГРП опирался на опыт современных пандемий, таких как ТБ, и учитывал их роль в будущих пандемиях, передающихся воздушно-капельным путем, с соответствующим финансированием.
- Обеспечить, чтобы вопросы лекарственной устойчивости к ТБ были включены в эпиднадзор за УПП и рассматривались в стратегическом планировании УПП и согласованном финансировании.
- Обеспечить включение скрининга, профилактики, диагностики, лечения и ухода в сфере ТБ в национальные пакеты основных услуг для первичной медико-санитарной помощи и ВОУЗ, и, наоборот, обеспечить, чтобы все люди, затронутые ТБ, включая КУГН и членов семей, были зарегистрированы и защищены в национальных схемах ВОУЗ, тем самым используя ТБ в качестве индикатора прогресса в достижении ВОУЗ.
- Разработать финансируемые модели для значимого включения сообществ, затронутых ТБ, и гражданского общества в качестве равноправных партнеров в ПГРП (включая Фонд Пандемии), УПП и ответные меры по ВОУЗ, с представительством и правом голоса в рамках механизмов управления на глобальном и страновом уровнях.



# Принять обязательства по многосекторальным действиям, обеспечить эффективное лидерство и подотчетность



- Развивать партнерские отношения с журналистами, парламентариями, известными людьми и другими общественными деятелями для поддержки и реализации призывов к действию, содержащихся в данном докладе о подотчетности в области ТБ.
- Усилить сотрудничество в масштабах всего сектора и расширить внедрение механизма многосекторальной подотчетности для ускорения прогресса в ликвидации ТБ (ММП-ТБ), одновременно разрабатывая дополнительные механизмы для привлечения всех заинтересованных сторон к ответственности за выполнение обязательств и целевых показателей.
- Применять модели ММП-ТБ для понимания и решения проблем, с которыми сталкиваются сообщества, затронутые ТБ, включая стигму, нарушения прав человека, и документировать действия сообществ по устранению этих барьеров. Использовать эти данные для усиления национальных ответных мер по борьбе с ТБ, ПГРП и ВОУЗ и подотчетности для СПГ.
- Привлекать глав государств, руководителей высокого уровня, сообщества, затронутые ТБ, и гражданское общество к мониторингу и обзору национальных мер в ответ на ТБ, механизму многосекторальной подотчетности, а также к реализации обязательств по ТБ в рамках ПГРП, УПП и ВОУЗ в действия, в том числе на ЗВУ ООН по ТБ 2023 года.
- Обратиться к ВОЗ с призывом разработать график и план перехода на системы эпиднадзора в режиме реального времени и представления данных.
- Поручить включение сообществ и гражданского общества, затронутых ТБ, в состав государственных координационных комитетов (СКК) и технических рабочих групп, связанных с мониторингом и анализом национальных ответных мер, включая поддержку делегаций сообществ и НПО в рамках Партнерства «Остановить ТБ» для поддержки разработки отчетов о подотчетности в последующие годы.



# Введение

Туберкулез (ТБ) живет с человечеством уже много веков. Он поддается профилактике, лечению и излечению, но остается по-прежнему непобежденным. В 2018 году первое в истории Заседание высокого уровня Организации Объединенных Наций по ТБ (ЗВУ ООН по ТБ) послужило катализатором для принятия государствами-членами обязательств по ликвидации туберкулеза к 2030 году в рамках Политической декларации по борьбе с туберкулезом.<sup>1</sup> Декларация подтвердила Цели устойчивого развития ООН (ЦУР) на 2030 год<sup>2</sup>, Стратегию Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по ликвидации туберкулеза на 2030 год<sup>3</sup>, и Глобальный план Партнерства "Остановить туберкулез" (Партнерство) по ликвидации туберкулеза на 2016–2020 годы<sup>4</sup>, а также определила задачи по ликвидации туберкулеза на глобальном, региональном и национальном уровнях.

Прошло уже четыре года с момента проведения первого ЗВУ ООН по ТБ, а почти все цели по-прежнему не достигнуты. Многие цели также не соответствуют приоритетам сообществ. В 2021 году 10,6 миллиона человек заболели ТБ и 1,6 миллиона умерли от этой болезни.<sup>5</sup> Это означает, что каждый день около 29 000 человек заболевают ТБ и 15% из них не выживают. Пандемия COVID-19 обратила вспять многие успехи, достигнутые в борьбе с ТБ, и привела – впервые за последние десятилетия – к росту заболеваемости и смертности от ТБ.<sup>5</sup> Но и до пандемии ТБ был основной причиной смертности от одного инфекционного агента. Он угрожает сохранить за собой эту позицию в обозримом будущем. Если мы не предпримем меры немедленно.

В сентябре 2023 года состоится второе ЗВУ ООН по ТБ, на котором будут определены новые обязательства и цели по искоренению ТБ. Это время перелома для тех, кто находится в центре этой продолжающейся пандемии ТБ. Сообщества, затронутые ТБ, и гражданское общество должны призвать политических лидеров к ответу за обещания, данные ими в 2018 году, и, учитывая вопиющие пробелы в достигнутом прогрессе, потребовать приоритетности решительных действий и подотчетности для того, чтобы ликвидировать с ТБ, оставаясь при этом на переднем крае и в центре этого ответа. Со своей дорожной картой приоритетных действий по оказанию ТБ-помощи, ориентированной на человека, включая подробную оценку потребностей в финансовых ресурсах на ТБ-НИР, внедрение и инфраструктуру, "Глобальный план по ликвидации ТБ на 2023–2030 годы" обеспечивает столь необходимое для борьбы с ТБ вдохновение.<sup>6</sup>

<sup>1</sup>The Global Plan to End TB 2016–2020 was later revised in light of the 2018 UNHLM on TB Political Declaration. The Global Plan to End TB 2023–2030 is referenced from hereon.

## Основание для подготовки доклада сообществ

Сообщества, затронутые ТБ, и гражданское общество находятся в самом центре эпидемии ТБ, независимо от того, где она возникла. Они являются основными заинтересованными сторонами и носителями ответственности в любых усилиях по ликвидации ТБ. Однако их голос не имеет достаточного приоритета.

Последние пять лет отражают серьезные сдвиги в вовлечении сообществ в борьбу с ТБ и их активности, и данный доклад является своевременным отражением этих сдвигов. Первый доклад "Смертельный разрыв" был опубликован в 2020 году, обнажив серьезные пробелы между целями, одобренными главами государств и правительств, и достигнутыми результатами.<sup>7</sup> Второй доклад развивает это направление с оправданным энтузиазмом.

Сообщества, затронутые туберкулезом, и гражданское общество призывают к конструктивному участию в принятии решений, чтобы изменить статус-кво и способствовать осуществлению преобразующего ответа на ликвидацию ТБ, ориентированного на людей, справедливого, основанного на правах, свободного от стигмы, с инвестициями наравне с мерами по предотвращению, готовность и реагирование на пандемии (ПГРП), устойчивости к противомикробным препаратам (УПП) и всеобщему охвату услугами здравоохранения (ВОУЗ). Данный доклад отражает их беспрецедентный голос солидарности с людьми, непосредственно затронутыми ТБ, включая тех, кто часто остается в стороне от дискуссий о том, когда, где и как следует ликвидировать ТБ. В нем отмечаются действия сообществ, предпринимаемые во всем мире, и предоставляя важнейшие сведения о пробелах, которые можно предотвратить, предлагаются приоритетные рекомендации для активизации действий в шести ключевых областях, каждая из которых обусловлена их

целенаправленным участием и лидерством, а также их жизненным опытом борьбы с ТБ. Цель данного доклада — инициировать политическое и межсекторальное участие в продолжающемся глобальном кризисе и пробудить ответные меры, соизмеримые с разрушительными показателями смертности, маргинализации, инвалидности и социально-экономических потерь, которые ТБ причиняет из года в год.

### Пояснения

Для целей настоящего доклада под "сообществами, затронутыми ТБ, и гражданским обществом" подразумеваются:

- **Люди, затронутые туберкулезом (ТБ):** Любой человек с ТБ-инфекцией или ТБ-болезнью, или ранее страдавший ТБ-болезнью, а также лица, осуществляющие уход за ними, и ближайшие родственники, и представители ключевых и уязвимых групп населения (КУГН), затронутых ТБ, таких как дети, работники здравоохранения, коренные народы, люди, живущие с ВИЧ, люди, употребляющие наркотики, люди в тюрьмах (люди, лишённые свободы) и других закрытых учреждениях, шахтеры, мобильные и мигрирующие группы населения, женщины, городская и сельская малоимущая часть населения.
- **Общественные, гражданские и неправительственные организации и сети,** работающие над решением проблемы ТБ на местном, национальном, региональном и глобальном уровнях.

Термин "люди, пережившие туберкулез" используется, когда речь идет о людях, ранее переболевших туберкулезом. 'Люди с ТБ' или 'люди, затронутые ТБ' используется, когда речь идет о людях, у которых есть или ранее был ТБ.



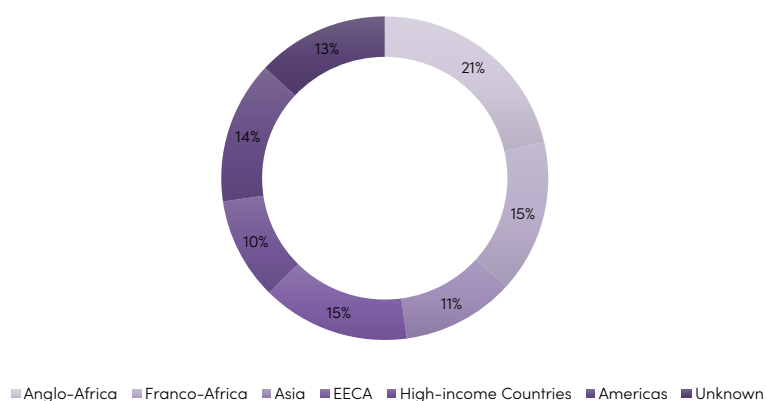
## Методология

Данный доклад основан на консолидированных мнениях 1018 человек, участвующих в борьбе с ТБ, из 394 организаций из 91 страны. Респонденты представляют Африку (англоязычную и франкоязычную Африку), Америку, Азию, Восточную Европу и Центральную Азию (ВЕЦА) и страны с высоким уровнем дохода (СВУД), включая людей, работающих на глобальном уровне (рис. 1-3). Их мнения были получены в ходе онлайн-опросов (n=860), интервью (n=158) и постоянных консультаций, проводимых сообществом людей, затронутых ТБ, и лидерами гражданского общества в каждом регионе, исследователями в области социальных наук и координирующими организациями, как указано в разделе "Благодарности", в период с сентября 2022 года по март 2023 года.

Примерно одна треть респондентов доклада идентифицировали себя как люди с ТБ или люди, пережившие ТБ (n=295). Другие респонденты (n=565) назвали себя представителями организаций на базе сообществ и организаций гражданского общества, включая неправительственные и некоммерческие организации, а также сетей людей, перенесших ТБ и КУГН (75%); далее следуют технические эксперты, включая разработчиков и представителей финансирующих организаций (10%); ученые или представители исследовательских учреждений (8%); представители правительства (3%); и журналисты (1%). Большинство (90%) участников живут и/или работают в странах с низким и средним уровнем дохода (НСУД), затронутых ТБ.

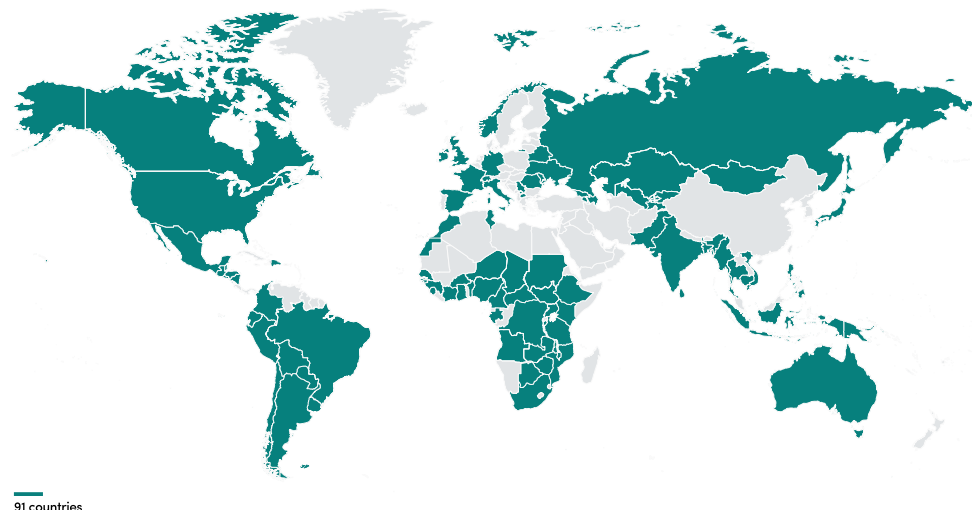
## Рисунок 1

Региональное распределение респондентов, участвовавших в исследовании и интервью



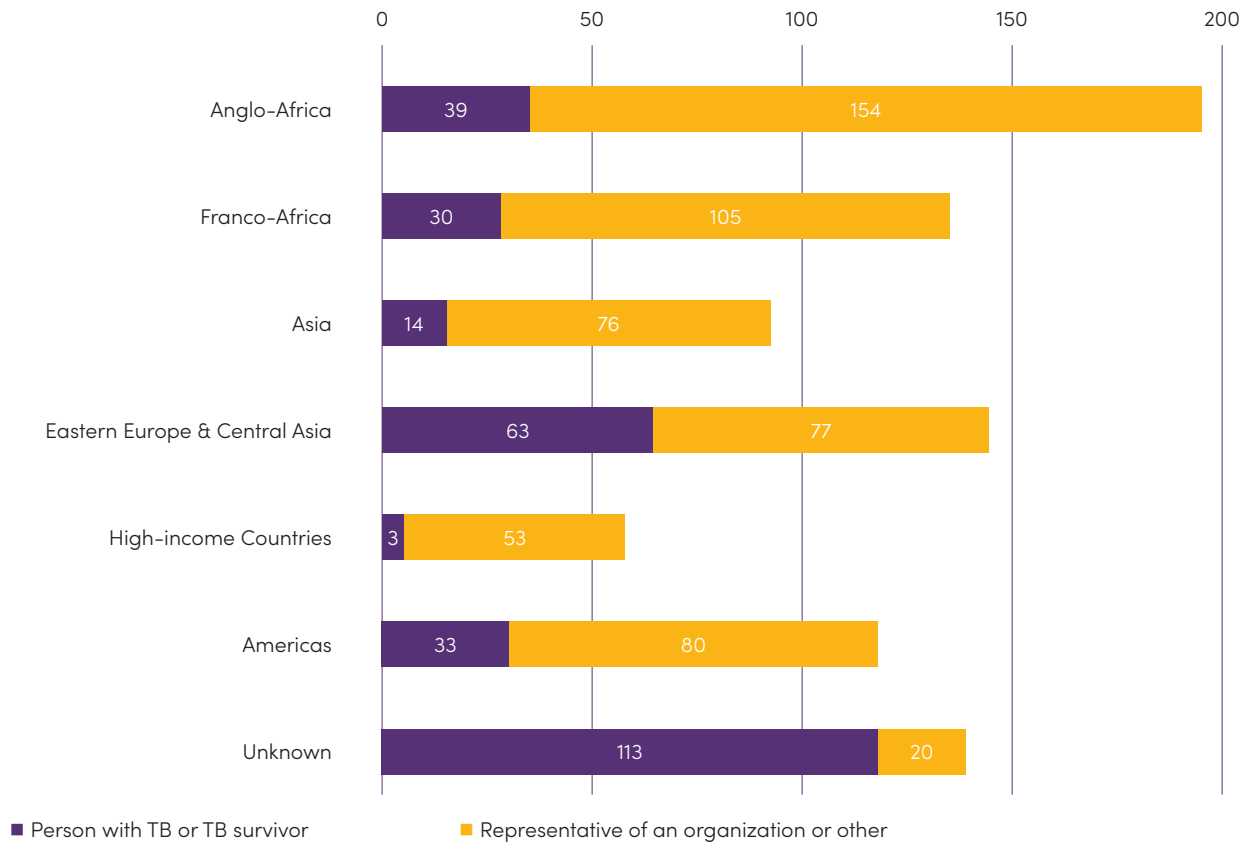
## Рисунок 2

Страны, представленные респондентами исследования и интервью



# Рисунок 3

## Характеристика респондентов исследования



Для анализа данных, полученных от респондентов, была применена концепция прав человека на уровне сообщества<sup>8</sup> в контексте с результатами, полученными в официальной и неофициальной литературе.

По шести приоритетным направлениям описано текущее положение дел с точки зрения респондентов, включая оценочный лист прогресса, достигнутого в реализации Политической декларации 2018 года<sup>1</sup>, и возможности для трансформации в сфере противодействия ТБ.

Оценочная таблица представляет собой количественную оценку прогресса, достигнутого в каждой сфере, где в Политической декларации 2018 года были установлены конкретные цели и где имелись количественные данные, и/или качественную оценку достигнутого прогресса с использованием цветового кода трафика, где цели не были указаны. Оценочная таблица также включала соответствующие данные из опросов, интервью и литературы, изученной для настоящего доклада.

В качестве доказательства их вклада и воздействия приведены 40 исследований, иллюстрирующих вклад в борьбу с туберкулезом сообществ, затронутых ТБ, и гражданского общества на глобальном, региональном, национальном и субнациональном уровнях. Эти примеры представляют собой лишь небольшую часть усилий, заслуживающих уважения, которые предпринимаются во всем мире, и ни в коем случае не могут считаться исчерпывающими.

Доклад в значительной степени написан в повествовательной манере, с использованием однозначно стигматизирующей лексики.<sup>9</sup> Количественные данные, которые хорошо проиллюстрированы в документах, подготовленных научным сообществом по ТБ, повторяются в минимальной степени. Напротив, доклад предоставляет описательные материалы, позволяющие представить ответные меры на ТБ, которые могут устранить сохраняющийся, предотвратимый и смертельно опасный разрыв между данными обещаниями и достигнутым прогрессом в деле ликвидации ТБ, а также стимулировать более амбициозные обязательства и цели. С полным текстом методики, подробно описывающей беспрецедентный уровень участия и вовлечения сообществ, затронутых ТБ, и гражданского общества, можно ознакомиться в **Приложении**.

### Тематические исследования сообществ, затронутых туберкулезом, и гражданского общества

В данном докладе приведены примеры действий и результатов, достигнутых сообществами. Сообщества, затронутые ТБ, должны быть включены на всех уровнях ответных мер на ТБ. Инвестиции в сообщества и гражданское общество, затронутые ТБ = инвестиции в искоренение ТБ.

## Цели по ликвидации ТБ

Цели по ликвидации ТБ были установлены в Политической декларации первого Заседания Высокого Уровня (ЗВУ ООН по ТБ в 2018 году (Таблица 1)<sup>1</sup>, в соответствии с ЦУР ООН 3 по искоренению ТБ к 2030 году (на основе заболеваемости ТБ на 100 000 населения) и Стратегией ВОЗ "Глобальный план по ликвидации ТБ" (Таблица 2).

В данном докладе упоминаются цели и обязательства Политической декларации 2018 года. В промежутке между 2018 и 2023 годами, можно отметить многие достижения, такие как разработка новых более коротких схем лечения ТБ-инфекции, заболевания и ЛУТБ, включая детский ТБ, и

развертывание профилактического лечения ТБ (ПЛТБ) для людей, живущих с ВИЧ. Однако мы по-прежнему не достигли почти всех целей.<sup>137i</sup> Существующие механизмы подотчетности также недостаточны, что приводит к серьезным пробелам в выполнении политических обязательств и финансовых инвестиций в противодействие ТБ. Ряд обязательств, связанных с сообществами, правами и гендером (СПГ), которые с самого начала были лишены показателей или целей, не привели к значимым инвестициям или действиям. Пандемия COVID-19 колоссально повлияла на усилия по ликвидации ТБ, но мы отстали в реализации обязательств еще до 2020 года. Поэтому мы имеем дело с растущим смертельным разрывом между обязательствами и реальностью, с которой сталкиваются пострадавшие от ТБ сообщества на местах.

## Таблица 1

### Первая Политическая декларация ЗВУ ООН. Цели и обязательства на 2022 год

Первая Политическая декларация ЗВУ ООН по ТБ	Цели и обязательства на 2022 год
<b>Охватить всех людей, преодолеть разрыв в диагностике, лечении и профилактике ТБ</b>	<p>Вылечить 40 миллионов человек с ТБ, в том числе 3,5 миллиона детей с ТБ.</p> <p>Вылечить 1,5 миллиона человек, в том числе 115 000 детей, от ЛУТБ.</p> <p>Обеспечить ПЛТБ 30 миллионам человек, включая 4 миллиона детей в возрасте до пяти лет, 20 миллионам бытовых контактов людей, заболевших ТБ, и 6 миллионам людей, живущих с ВИЧ.</p>
<b>Преобразовать меры по борьбе с туберкулезом таким образом, чтобы они были справедливыми, основанными на правах человека и ориентированными на людей</b>	<p>Отмена законодательства, политик и программ, дискриминационных по отношению к людям с туберкулезом.</p> <p>Защита и продвижение прав и человеческого достоинства.</p> <p>Признать социально-культурные барьеры при получении услуг по профилактике, диагностике и лечению ТБ, особенно для КУГН.</p> <p>Признание необходимости развития интегрированных, ориентированных на человека, общинных и гендерно-чувствительных медицинских услуг, основанных на правах человека.</p> <p>Положить конец стигме и дискриминации.</p>
<b>Инвестировать средства, необходимые для ликвидации туберкулеза</b>	<p>Увеличить общие глобальные инвестиции, направленные на ликвидацию ТБ, как минимум до US\$ 13 млрд/год.</p> <p>Увеличить общие глобальные инвестиции в исследования ТБ до US\$ 2 млрд, чтобы ликвидировать дефицит финансирования в US\$ 1,3 млрд.</p>
<b>Ускорить разработку новых инструментов, необходимых для ликвидации ТБ</b>	<p>Принять обязательства по поставке новых, надежных, эффективных, справедливых, доступных по цене вакцин, диагностике в пунктах оказания медицинской помощи и с учетом потребностей детей, тестам на чувствительность к лекарственным препаратам; более безопасным, эффективным и коротким схемам лечения; инновациям для укрепления систем здравоохранения (например, информационно-коммуникационным средствам и системам доставки новых и существующих технологий), чтобы обеспечить интегрированную профилактику, диагностику, лечение и уход, ориентированные на борьбу с ТБ.</p>
<b>Взять на себя обязательства по решительному и подотчетному глобальному лидерству, включая регулярную отчетность и анализ ООН</b>	<p>Обратиться к Генеральному директору (ГД) ВОЗ с просьбой продолжить разработку механизма многосекторальной подотчетности и внедрить ее к 2019 году.</p> <p>Обратиться к Генеральному секретарю ВОЗ (ГС) с просьбой представить отчет о ходе работы к 2020 году для информирования следующей ЗВУ ООН по ТБ в 2023 году для рассмотрения главами государств и правительств.</p>

<sup>1</sup> Из Политической декларации Заседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по борьбе с туберкулезом, 2018.

## Таблица 2

### Цели стратегии ВОЗ «Ликвидировать туберкулез» на 2020 и 2030 годы

Стратегия ВОЗ «Ликвидировать туберкулез»	Цели
Снизить заболеваемость туберкулезом	На 50% к 2025 г. и на 80% к 2030 г.
Снизить смертность от туберкулеза	На 75% к 2025 г. и на 90% к 2030 г.
Устранить катастрофические расходы, с которыми сталкиваются семьи, затронутые туберкулезом	До 0 к 2020 г.

Из стратегии ВОЗ «Ликвидировать туберкулез», 2015.<sup>2</sup>

Основными индикаторами или показателями прогресса являются использование экспресс-тестов на ТБ и новых препаратов, охват лечением и профилактикой ТБ, успешность лечения, а также катастрофические затраты, с которыми сталкиваются семьи, затронутые ТБ.

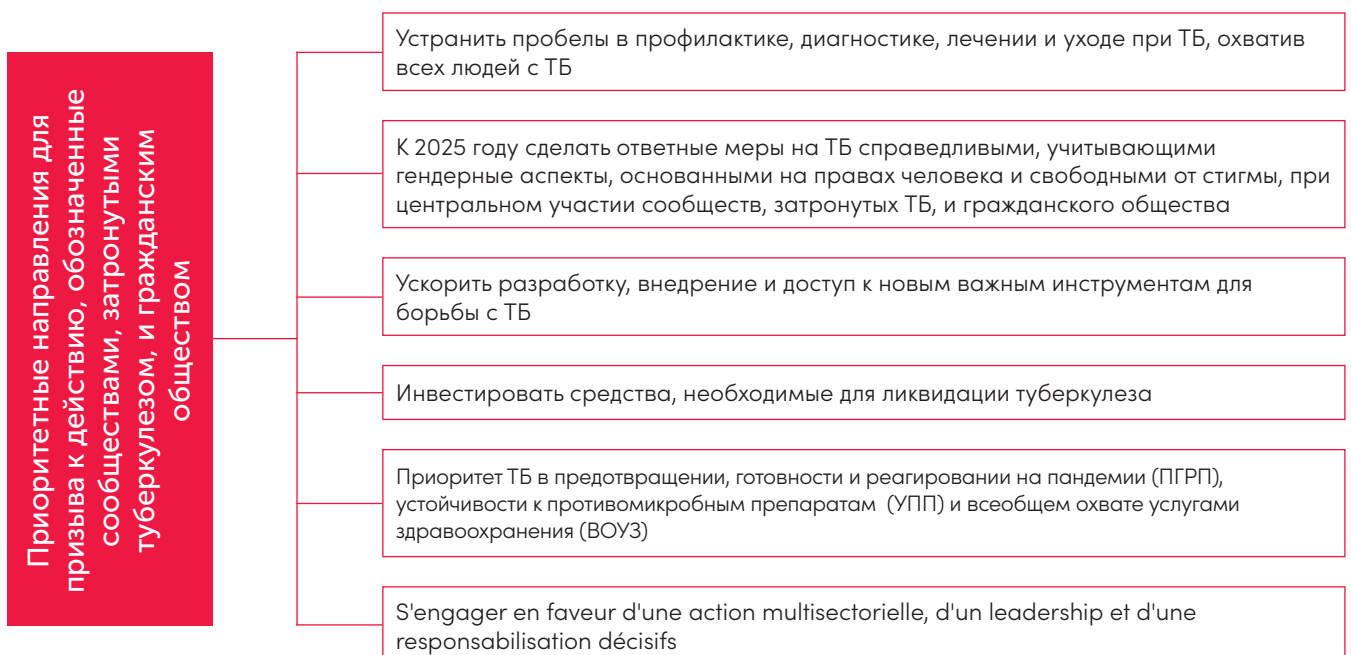
## Преодоление разрыва

Чтобы устранить смертельный разрыв между обещаниями, данными в Политической Декларации первого ЗВУ ООН по ТБ в 2018 году, и реальной ситуацией на местах, сообщества и гражданское общество, затронутые ТБ, требуют срочных и конструктивных действий в шести приоритетных сферах, обеспечивая их значимое участие и вовлечение в каждую из этих сфер (Рисунок 4).

Прогресс, достигнутый на сегодняшний день, препятствия и проблемы, а также передовой опыт, реализованный затронутыми сообществами и партнерами в этих областях, подробно описываются в последующих главах, выявляя сохраняющееся системное неравенство, ограниченные инвестиции и необходимость расширения набора приоритетных для сообществ целей для управления процессом принятия решений в области ТБ, многие из которых изложены в Глобальном плане по ликвидации ТБ на 2023–2030 годы<sup>6</sup>, о чем речь пойдет ниже.

## Рисунок 4

### Сферы деятельности для устранения разрыва между обязательствами и результатами



## Ключевые и уязвимые группы населения (КУГН), затронутые ТБ

Необходимо обеспечить более широкое признание и целенаправленную заботу о КУГН, и их мнение представлено в этом докладе.

Хотя туберкулез может поразить любого человека, люди, которые подвергаются повышенному риску заражения туберкулезом из-за места проживания или работы, люди, имеющие ограниченный доступ к качественным услугам по лечению туберкулеза и более широкому спектру медицинских услуг, а также люди с биологическими поведенческими факторами подвержены повышенному риску развития туберкулеза, столкнуться с плохими клиническими исходами и негативными социальными последствиями (**Таблица 3**).<sup>6</sup> Кроме того,

уязвимость к ТБ связана не только с заболеваемостью и распространенностью болезни. Она обусловлена правовыми, правозащитными, социально-экономическими, профессиональными и биологическими барьерами, которые больше испытывают на себе определенные люди, часто из-за глубокого социального и исторического неравенства.<sup>8</sup> В масштабах всего мира и в регионах могут существовать огромные различия между представителями КУГН, затронутых ТБ. В соответствии с обязательствами, связанными с "социальной интеграцией" и "равенством" в Политической декларации 2018 года<sup>1</sup>, ответные меры по борьбе с ТБ должны включать в себя особое внимание к характерным барьерам, с которыми сталкиваются КУГН. Сегодня все больше стран уделяют приоритетное внимание ТБ КУГН в своих национальных стратегических планах по борьбе с ТБ.<sup>10</sup>

# Таблица 3

## Ключевые и уязвимые к ТБ группы населения

### Люди, которые подвержены повышенному риску туберкулеза в связи с местом проживания или работы

Заклученные, работники секс-бизнеса, шахтеры, посетители больниц, работники здравоохранения и работники сферы общественного здравоохранения

Люди, которые:

- живут в городских трущобах;
- живут в условиях плохой вентиляции или запыленности;
- контактируют с пациентами с туберкулезом, включая детей;
- работают в переполненных помещениях;
- работают в больницах или являются медицинскими работниками;
- находятся в контакте с домашним скотом или живут с ним;
- живут или работают рядом с крупным рогатым скотом или употребляют сырое молоко или кровь.

### Люди, имеющие ограниченный доступ к качественной противотуберкулезной помощи

Трудовые мигранты, женщины в условиях гендерного неравенства, дети, беженцы или внутренне перемещенные лица, нелегальные шахтеры и нелегальные мигранты

Люди, которые:

- относятся к представителям племенного населения или коренных народов.
- бездомные.
- проживают в труднодоступных районах.
- проживают в домах престарелых.
- страдают психическими или физическими расстройствами.
- сталкиваются с юридическими барьерами при доступе к медицинским услугам
- лесбиянки, геи, бисексуалы или трансгендеры.

### Люди с высоким риском заболеть туберкулезом вследствие биологических или поведенческих проблем, которые ухудшают иммунную систему

Люди, которые:

- живут с ВИЧ.
- страдают диабетом или силикозом.
- проходят иммуносупрессивную терапию.
- недоедают;
- курят табак;
- страдают расстройствами, связанными с употреблением алкоголя и/или инъекционных наркотиков.

## Глобальный план действий по ликвидации ТБ на 2023-2030 годы

Партнерство "Остановить ТБ" в сотрудничестве с представителями ТБ-сообщества разработало Глобальный план по ликвидации ТБ на 2023–30 годы (**Таблица 4**). План содержит "дорожную карту" с подробной бюджетной сметой для ликвидации ТБ к 2030 году, политические мероприятия, призванные обеспечить всеобщую доступность ориентированной на человека медицинской помощи, и

руководство по устранению пробелов в ТБ НИР, а также по одобрению и широкому распространению как минимум одной новой вакцины против ТБ. Это план, ориентированный на сообщества, затронутые ТБ, и гражданское общество, а также среди прочих факторов учитывающий гендерные потребности, права и равенство, принимающий во внимание проблемы психического здоровья и взаимодействие с различными заболеваниями, такими как ВИЧ/СПИД. В нем есть несколько обязательств по ТВ СПГ, в том числе цель для стран – завершить оценку ТВ СПГ, разработать план действий по ТВ СПГ с указанием затрат, включить его в НСП и реализовать/полностью профинансировать этот план. Призывы к действиям, разработанные на основе данного доклада, четко соответствуют Глобальному плану.

### Таблица 4

Глобальный план Партнерства "Остановить ТБ"; по ликвидации ТБ на 2030-2023 годы. Приоритетные направления

Глобальный план по ликвидации ТБ на 2023-2030 годы	Приоритетные направления деятельности
<b>Ликвидация ТБ с использованием комплексных инвестиций, реализуемых в масштабах страны</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вкладывать средства в комплексный инвестиционный пакет.</li> <li>• Масштабирование интервенций для достижения ключевых целей и задач.</li> </ul>
<b>Масштабирование диагностики и лечения ТБ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пересмотреть представление о противотуберкулезной помощи, предоставляя услуги на основе ориентированного на человека подхода. Увеличить применение современных методов диагностики.</li> <li>• Найти людей с ТБ, не охваченных услугами здравоохранения</li> <li>• Расширять раннюю диагностику, в том числе на субклинических стадиях.</li> <li>• Разработать и внедрить коммуникационные стратегии для повышения знаний о ТБ и стимулирования своевременного обращения за медицинской помощью.</li> <li>• Интегрировать скрининг и тестирование на ТБ в комплекс других медицинских услуг, уделяя особое внимание услугам, направленным на борьбу с сопутствующими заболеваниями или группами риска, в зависимости от местного эпидемиологического контекста.</li> <li>• Обеспечить поддержку, которая позволит пациентам, получающим противотуберкулезную помощь, пройти полный курс лечения без чрезмерного бремени для них и их семей, а также избежать катастрофических затрат.</li> <li>• Укрепить системы закупок и логистические цепочки.</li> </ul>
<b>Активизация мер по профилактике туберкулеза</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Внедрить меры по профилактике и контролю инфекций, передающихся воздушно-капельным путем, в учреждениях системы здравоохранения и в местах скопления людей в помещениях с повышенным риском.</li> <li>• Обеспечить профилактическое лечение ТБ для лиц, живущих с ТБ-инфекцией и подверженных повышенному риску развития активной формы ТБ.</li> <li>• Внедрять эффективные вакцины, как только такие вакцины будут официально рекомендованы и доступны.</li> <li>• Устранить факторы риска ТБ и социальные детерминанты.</li> </ul>
<b>Партнерство с ключевыми партнерами: сообществами и представителями частного сектора</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличить минимум в четыре раза финансовую поддержку вовлечения сообществ, затронутых ТБ в ответные меры на ТБ.</li> <li>• Поддерживать модели профилактики и лечения ТБ на базе сообществ и по месту проживания.</li> <li>• Масштабировать подходы на основе сочетания государственного и частного секторов для повышения качества противотуберкулезной помощи, снижения расходов, оплачиваемых из собственных средств, и улучшения отчетности по данным в частном секторе здравоохранения.</li> <li>• Поддерживать многосекторальные ответные меры по борьбе с ТБ путем укрепления партнерских отношений.</li> </ul>



**Ликвидировать ТБ путем всеобщего охвата услугами здравоохранения, обеспечения готовности к пандемии и реагирования на нее, а также социально-экономических мер**

- Расширить доступ к ТБ-услугам путем реализации инициатив по всеобщему охвату услугами здравоохранения.
- Поставить меры по борьбе с ТБ в центр усилий по обеспечению готовности к пандемии и реагированию на нее.
- Инвестировать в борьбу с бедностью и устойчивое развитие.

**Права человека, стигма, гендер, ключевые и уязвимые группы населения**

- Позиционировать универсальные права человека как основу ответных мер на ТБ.
- Устранить ТБ-стигму и дискриминацию
- Обеспечить, чтобы мероприятия по борьбе с ТБ были гендерно-чувствительными и гендерно-трансформирующими.
- Определить приоритеты, охватить и привлечь ключевые и уязвимые группы населения.

**Ускорение разработки новых инструментов для борьбы с ТБ**

- Инвестировать, как минимум, 4 миллиарда долларов США в год для активизации научно-исследовательских разработок новых средств диагностики, лекарств и вакцин против туберкулеза. Необходимо мобилизовать ресурсы от правительств и благотворительных организаций, расширить взаимодействие с частным сектором, а также обеспечить внедрение инновационного и устойчивого финансирования.
- Разработать новую вакцину против туберкулеза к 2025 году.
- Ускорить разработку новых инструментов для профилактики, диагностики и лечения ТБ за счет поиска инновационных путей разработки препаратов и улучшения сотрудничества между участниками процесса разработки препаратов.
- Ежегодно инвестировать не менее 800 миллионов долларов США в исследования в сфере фундаментальных наук.
- Расширить масштабы применения оперативных исследований.
- Разработать и внедрить цифровые инструменты.
- Создать благоприятную среду для научно-исследовательских разработок в области ТБ.
- Применять лучшие практики вовлечения сообществ в процесс научно-исследовательских разработок.
- Применять принципы обеспечения доступа при внедрении и оптимизации использования новых инструментов.
- Усилить адвокацию в сфере ТБ-инноваций.

**Потребности в ресурсах, окупаемость инвестиций и цена бездействия**

- Привлечь 209,8 млрд. долларов США в период с 2023 по 2030 год для финансирования ухода и профилактики ТБ, из которых 52,6 млрд. долларов США предназначены для проведения вакцинации после создания новой вакцины. Ресурсы, необходимые для ухода и профилактики, за исключением вакцинации, составляют 157,2 млрд. долларов США, что в среднем составляет 19,65 млрд. долларов США в год.
- Привлечь 40,18 млрд. долларов США в период с 2023 по 2030 год для финансирования НИОКР по ТБ и исследований в области фундаментальных наук за счет использования диверсифицированной системы финансирования.

Из Глобального плана Партнерства "Остановить ТБ"; по ликвидации ТБ на 2030-2023 годы.<sup>6</sup>



# ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ 1 : Устранение пробелов в ТБ-профилактике, диагностике, лечении и уходе за счет обеспечения охвата всех людей с ТБ

## Введение

Как ТБ-сообщество, мы решительно заявляем, что право на доступ к наиболее качественной профилактике, диагностике, лечению и уходу при ТБ является фундаментальным правом каждого человека, независимо от того, кто он, где живет и работает или как он себя идентифицирует. Обязательными элементами являются короткие курсы лечения и быстрая молекулярная диагностика. Только при условии активизации политических инициатив можно обеспечить продвижение и защиту прав людей, затронутых ТБ. В этой главе мы поделимся мнениями представителей сообществ и гражданского общества, затронутых ТБ, о достигнутых успехах, имеющихся недостатках и возможностях для более широкого применения наилучших доступных научно обоснованных средств борьбы с ТБ, включая ЛУТБ, детский ТБ и коморбидные формы ТБ. Мы начинаем с обзора текущего положения дел, чтобы сформулировать представленные аргументы и подвести к амбициозному призыву к действию. Этот подход применяется в каждой главе.

## Текущее положение дел

### Система показателей

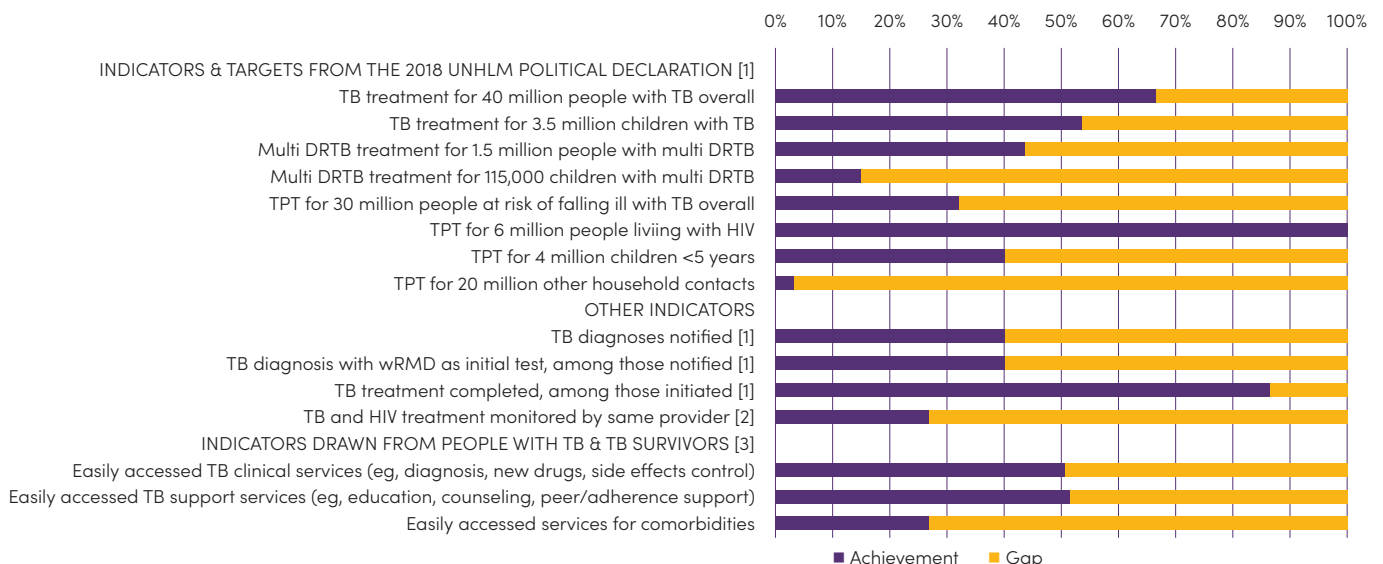
Был достигнут прогресс в устранении пробелов в профилактике, диагностике, лечении и уходе в связи с ТБ

в отношении соответствующих показателей Политической декларации 2018 года. В период с 2018 по 2022 год 26,3 миллиона человек, включая 1,9 миллиона детей, прошли лечение от ТБ; и 649 000 человек, включая 17 700 детей, прошли лечение от ЛУТБ. В целом, 12,5 миллиона человек были включены в программу профилактики ТБ, включая 10,3 миллиона людей, живущих с ВИЧ, 1,6 миллиона детей, контактирующих с членами семьи, и 600 000 других членов семьи. Это заслуживающие высокой оценки успехи, учитывая масштабные потрясения в противодействии ТБ во всех странах в связи с пандемией COVID-19. Однако остается очевидный пробел (**Рисунок 5**) который требует срочных действий, тем более что на момент написания настоящего доклада ТБ вновь занимает первое место в мире по числу жертв инфекционных заболеваний.

Следует отметить, что в 2021 году 4,2 миллиона из 10,6 миллиона человек, живущих с ТБ, не были диагностированы или уведомлены о заболевании<sup>5,11</sup>, а 60% из уведомленных не получили быстрый молекулярный диагностический тест в качестве первоначального диагностического теста<sup>5,11</sup>. В этой сфере существует множество других важных показателей, по которым отсутствуют глобальные данные. В последующих разделах эти успехи и недоработки рассматриваются через призму сообщества людей, затронутых ТБ, и представителей гражданского общества, включая респондентов из научно-технического сообщества, занимающегося вопросами ТБ.

## Рисунок 5

Таблица индикаторов для устранения пробелов в профилактике, диагностике, лечении и уходе в связи с ТБ



[1] Based on 2021 data in the WHO Global TB Report 2022;

[2] Based on 2021 data in the UNAIDS Global AIDS Monitoring database;

[3] Based on 2022 survey data from people with TB/TB survivors.

## Профилактика ТБ

Принятие новых и более коротких 1–3-месячных схем ПЛТБ стало прорывом в профилактике ТБ. Ускоренное обеспечение ПЛТБ 10,3 млн. людей, живущих с ВИЧ, что превысило целевые показатели Политической декларации, также является крупной победой благодаря быстрым корректировкам национальных руководств ряда стран (например, Кении, Ганы, ЮАР, Малави и Зимбабве), а также совместным усилиям сообществ и людей, затронутых ВИЧ. Однако целевые показатели охвата ПЛТБ были очень скромными, и ВИЧ-отрицательные люди, особенно члены семьи и дети, контактирующие с ТБ-пациентами, постоянно упускали возможность получить ПЛТБ. Необходим соответствующий уровень адвокации и действий для усиления расследования контактов и включения контактов в программу ПЛТБ, чтобы сравняться с показателями, достигнутыми среди людей, живущих с ВИЧ. [Кейс стади 1]

Респонденты данного отчета утверждали, что без подтверждения диагноза ТБ люди без симптомов заболевания — что неудивительно — не хотят принимать лекарства, а тем более не соглашаются на то, чтобы их дети начинали ПЛТБ, даже при коротком режиме лечения. Нельзя недооценивать необходимость точного теста для выявления ТБ-инфекции. Хотя были одобрены новые тесты, все они обладают своими недостатками.<sup>12,13</sup>

Профилактические меры в отношении ТБ также были очень ограниченными, в основном за счет фармацевтического воздействия. В большинстве медицинских учреждений и мест скопления людей отсутствуют меры по профилактике и контролю, которые способны снизить передачу инфекций, передающихся воздушно-капельным путем.<sup>14</sup> Не предпринималось согласованных попыток устранить основные социальные детерминанты ТБ, особенно факторы, способствующие распространению ТБ среди КУГН, такие как плохие и перенаселенные условия жизни и работы, а также снизить риск сопутствующих коморбидных состояний, таких как недостаточное/неполноценное питание, диабет, силикоз и табакокурение.<sup>15</sup> Наконец, отсутствие эффективной вакцины против ТБ является вопиющим пробелом, о котором говорится в разделе "Приоритетное Направление 3".

## Диагностика ТБ

По оценкам, разрыв в диагностике ТБ в 2021 году составил 40%.<sup>5,11</sup> Несмотря на резкое снижение числа выявленных случаев во время пандемии COVID-19, даже до 2020 года ТБ не был выявлен у каждого третьего пациента.<sup>5</sup> Сообщества, затронутые ТБ, и гражданское общество ожидают выхода следующего Глобального отчета по ТБ, чтобы узнать, удалось ли некоторым странам устранить этот разрыв.

Поиск людей с ТБ, не охваченных противотуберкулезной помощью, требует расширения доступа к рекомендованной ВОЗ экспресс-диагностики и ее использования в пунктах оказания медицинской помощи. Быстрая молекулярная диагностика существует на рынке уже более 12 лет. Хотя ее использование постепенно расширялось, особенно благодаря привлечению частного сектора [Кейс стади 2], респонденты подтвердили выводы Глобального доклада ВОЗ по ТБ о том, что эти тесты используются крайне ограниченно. В 2021 году шесть из десяти человек с диагнозом "туберкулез" не прошли РВЭД.<sup>11</sup> Проблема заключается в том, что даже самые лучшие тесты остаются сложными, дорогостоящими, требующими больших ресурсов и, следовательно, недоступными для большинства нуждающихся. Респонденты

сообщили, что люди с ТБ продолжают диагностироваться с помощью анализов мокроты и клинических анализов, которые нечувствительны, неспецифичны, не выявляют субклиническую форму заболевания и проводятся с опозданием, что вынуждает пациентов вынужденно переезжать из одного учреждения в другое и подолгу ожидать. Модифицированные РВЭД<sup>16</sup> которые можно использовать в районах с дефицитом электроэнергии (например, Truenat), для детей (например, взятие проб кала с помощью GeneXpert) и среди КУГН с нетипичными заболеваниями, такими как люди, живущие с ВИЧ (например, TB LAM), еще не доступны в широких масштабах.

Стандарт ВОЗ по обеспечению всеобщего доступа к быстрой диагностике ТБ, опубликованный после сбора данных для этого доклада, включает 12 контрольных показателей для прохождения людей через диагностический каскад<sup>13b1</sup>. При поддержке доноров и гражданского общества мы можем стать свидетелями сокращения разрыва в диагностике ТБ.

### Кейс стади 1 ПЛТБ-команды под руководством сообществ помогают решить проблемы с детским туберкулезом в Мозамбике

Выявление и последующее наблюдение за детским туберкулезом в **Мозамбике** серьезно затруднено из-за отсутствия активного скрининга в пунктах приема педиатрических служб, отсутствия информации о контактах с детьми, неэффективных методов отбора проб и анализа педиатрических тестов, слабой связи между отслеживанием контактов и ПЛТБ, а также слабым контролем за прохождением ПЛТБ. В 2022 году местная НПО ADPP (Ajuda de Desenvolvimento de Povo para Povo) адаптировала цифровую платформу мониторинга под руководством сообществ (MPC) OneImpact с помощью вспомогательной модели аутрич-работы, чтобы люди, включая детей, оказались в центре противодействия ТБ. За три месяца интервенции удалось выявить связанные с детским туберкулезом барьеры среди 504 жителей провинции Замбезия, а именно, что дети 88% участников не были охвачены ПЛТБ из-за дорожных расходов, долгих поездок в медицинское учреждение и ограниченного доступа к ПЛТБ-препаратам.

Местные ТБ-активисты ADPP вместе с медицинскими сестрами противотуберкулезной службы и детскими медсестрами провели кампанию по привлечению детей, имеющих право на ПЛТБ в соответствующих учреждениях. Кампания включала поиск контактов и разъяснительную работу по ТБ в рамках запланированных "ярмарок здоровья" в общинах. «ПЛТБ-команды» посетили 504 домохозяйства и обследовали 1 157 контактных лиц на дому, в результате чего диагноз ТБ был поставлен 124 людям, включая 77 детей в возрасте до 15 лет. Еще 320 детей были признаны соответствующими критериям и прошли курс ПЛТБ.

Предоставляя в режиме реального времени информацию о недостатках и возможностях в сфере оказания услуг, цифровой MPC служил эффективной системой оповещения для быстрого, основанного на фактических данных реагирования сообщества и системы здравоохранения, что способствовало достижению целей по борьбе с детским туберкулезом.

### Кейс стади 2 Расширение доступа к услугам по борьбе с ТБ посредством взаимодействия с частными и неформальными поставщиками услуг

Во многих странах с низким и средним уровнем дохода две трети людей с симптомами ТБ первоначально обращаются за помощью к поставщикам, не входящим в государственный сектор.<sup>38</sup> Образовательная сеть TB PPM (tpppm.org) демонстрирует, как частные и неформальные поставщики услуг могут решать проблемы доступа, стигмы и неравенства. В 2019–20 годах при финансировании инициативы STP TB REACH фонд OGRA в **Кении** реализовал инициативу Maliza TB Mashinani ("Остановить ТБ на низовом уровне") для привлечения формальных и неформальных частных поставщиков услуг к ТБ-скринингу. Девочки-подростки и молодые женщины в качестве Binta Balozis (волонтеров здравоохранения на уровне общин) прошли обучение и были направлены в частные учреждения для оказания помощи персоналу в поиске людей с туберкулезом. За 10 месяцев было обследовано 45 003 человека, включая бытовые контакты, что привело к 250 подтвержденным диагнозам. Частные учреждения высоко оценили лидерство, продемонстрированное девочками-подростками и молодыми женщинами.

Примерно в то же время в **Пакистане** фонд Bridge Consultants Foundation (BHF) использовал финансирование TB REACH для привлечения женщин-частных провайдеров к ТБ-скринингу. В четырех районах было обследовано 1050 женщин с ТБ, что составило треть всех обследований среди женщин. Привлечение женщин, которые изначально занимались гинекологическими и педиатрическими проблемами, к участию в профилактических осмотрах, в которых преобладали мужчины, помогло преодолеть гендерные барьеры. Благодаря таким мероприятиям, как организация общинных форумов по здоровью легких, проведение адвокационных сессий по расширению прав и возможностей женщин и вовлечение в семьях мужчин в качестве помощников по лечению, женщинам стало комфортнее обращаться за медицинской помощью в связи с ТБ.

В **Индии**, в соответствии с программой "Джан Андолан" (Jan Andolan) Министерства здравоохранения и социального обеспечения семьи по теме "Привлечение религиозных лидеров и институтов Панчаяти Радж", Karnataka Health Promotion Trust (KHPT) запустил программу "Сохранить веру в борьбе с туберкулезом". При финансовой поддержке USAID KHPT привлек 154 религиозных лидера в четырех штатах Индии, разработал и распространил 16 специально разработанных видеообращений, чтобы развеять страхи населения перед туберкулезом, снизить стигму и привлечь людей к медицинскому обслуживанию.

### Лечение ТБ

Среди людей, получивших лечение от ТБ, наблюдается положительная динамика. Показатели успешного завершения лечения оставались на уровне 86% во время пандемии COVID-19, что свидетельствует о том, что качество медицинской помощи поддерживалось в период перебоев, в том числе благодаря ответным

### Кейс стади 3 Представители сообщества в Того оказывают помощь в лечении ТБ в разгар пандемии COVID-19

COVID-19 был обнаружен в **Того** в марте 2020 года. Как и во многих других странах, это привело к снижению уровня обращений за медицинской помощью в целом и, в случае ТБ, к прекращению лечения под непосредственным наблюдением (DOT) в медицинских учреждениях. В ответ на эти изменения Национальная программа по борьбе с туберкулезом (НТБП) Того предоставила пациентам с туберкулезом многомесячный запас лекарств. Хотя этот инновационный шаг был встречен с одобрением, он также создавал повышенный риск для обеспечения успешного лечения.

Таким образом, НТП Того опробовала поддержку лечения на основе DOT, полагаясь на агентов в сообществе, в частности, общественных медицинских работников (ОМР) и консультантов из сообщества (КС). Медицинские работники и консультанты были обучены и получали компенсацию за свои поездки для посещения и наблюдения за людьми, проходящими ТБ-лечение. В их задачи входило ежедневное наблюдение на этапе интенсивного лечения, ежемесячное наблюдение на этапе продолжения лечения, напоминание о приеме у ТБ-координаторов и повышение осведомленности в общине. Оценка проекта проводилась среди 182 участников, поровну распределенных между группами вмешательства и контроля. На втором месяце лечения показатель конверсии культур ТБ составил 89,01% в группе вмешательства по сравнению с 70,33% в контрольной группе. Результаты лечения в группе вмешательства по сравнению с контрольной группой включали (i) терапевтический успех: 93,41% против 78,02%; (ii) потеря зрения: 0% против 6,59%; и (iii) смерть: 1,10% против 5,59%. Успешным оказалось привлечение ОМР и КС для мониторинга лечения ТБ.<sup>39</sup>

Задокументированные достижения и вызовы из опыта Того можно использовать и развивать внутри страны и за ее пределами. Пандемия COVID-19 также вызвала у Того и других стран интерес к новым подходам к мониторингу и сопровождению лечения помимо ДОТ.

мерам, осуществляемым под руководством сообществ. [Кейс стади 3] Усилия лидеров сообществ также помогают поддерживать непрерывность противотуберкулезной помощи в зонах конфликтов, таких как Украина. [Кейс стади 4]

Быстрое утверждение ВОЗ новой четырехмесячной безопасной и эффективной схемы лечения лекарственно-чувствительного туберкулеза (ЛЧТБ) знаменует собой переломный этап.<sup>17-19</sup> Сообщества, затронутые ТБ, и гражданское общество приветствуют ожидаемое положительное влияние на лечение и уход, ориентированных на человека. Тем не менее, поражает тот факт, что 39% людей с ТБ не обращаются в медицинские учреждения, чтобы начать лечение, не говоря уже о доступе к новым схемам лечения.<sup>5</sup> Поэтому любые успехи в лечении ТБ должны быть сопоставлены с этим разрывом, о котором сообщили респонденты и из страны с высоким уровнем доходов [Кейс стади 5], и другими

## Кейс стадии 4 Ответ на вызовы войны в Украине

Война и вооруженные конфликты ограничивают доступ к основным услугам, включая диагностику и лечение ТБ. Война России против **Украины** нанесла ущерб украинской инфраструктуре здравоохранения, включая энергосистему. Расследование правозащитных групп сообщает о 700 атаках на больницы, медицинских работников и другую медицинскую инфраструктуру в Украине с начала вторжения.<sup>40</sup> С февраля по декабрь 2022 года было совершено 292 атаки, повредивших или разрушивших 218 больниц и клиник, 181 атака на другую медицинскую инфраструктуру, такую как аптеки, центры крови и стоматологические клиники, 65 атак на машины скорой помощи и 86 атак на медицинских работников, в результате которых 62 человека погибли и 52 получили ранения. Хотя данных пока нет, вполне вероятно, что война увеличила заболеваемость туберкулезом и уменьшила количество выявленных случаев, тем самым увеличив число людей с туберкулезом, не охваченных противотуберкулезной помощью. Людям с ТБ сейчас необходимы ресурсы для эвакуации, жизненно необходимые средства, такие как жилье и продукты питания, работа в регионах, куда их переселяют, и психологическая помощь.

В этих чрезвычайных обстоятельствах Украина и украинцы добились от общественности беспрецедентного отклика. Альянс общественного здравоохранения провел оценку потребности в ТБ-скрининге и финансировании, необходимом для восстановления документов внутренне перемещенных лиц, которые потеряли доступ к медицинской помощи. Европейская коалиция по борьбе с туберкулезом координировала проведение скрининга на туберкулез для детей и матерей в детских пунктах SPILNO ЮНИСЕФ, организовала эвакуацию гражданского населения с оккупированных территорий, а также закупку и доставку медикаментов в медицинские учреждения. Организация TBpeople Ukraine, а также другие организации в Украине переориентировались на оказание срочной гуманитарной помощи. Некоторые НПО доставляли медикаменты, продукты питания, воду и средства личной гигиены в медицинские учреждения и людям, находящимся под патронажем на оккупированных территориях, даже под открытым огнем. Точные цифры пока не сообщаются, но многие волонтеры, доставляющие гуманитарную помощь, были ранены, убиты и/или взяты в плен.

Центр общественного здравоохранения совместно с Министерством здравоохранения Украины обеспечивает руководство и координацию путем разработки Национального плана действий по оказанию медицинской помощи больным туберкулезом в условиях войны; управленческих мер по восстановлению цепи поставок для обеспечения непрерывной противотуберкулезной помощи; мониторинга потребностей региональных противотуберкулезных учреждений в средствах индивидуальной защиты (например, бронежилетах и касках), медикаментах и медицинских расходных материалах.

Сообщества и гражданское общество, затронутые туберкулезом, работают на переднем крае в знак солидарности с ТБ КУГН, пострадавшими от войны, и должны получать поддержку и финансирование для продолжения этой важнейшей работы.

## Кейс стадии 5 Барьеры на пути доступа к основным диагностическим средствам и лекарствам распространяются на страны с высоким уровнем дохода

Существует ложное представление о том, что люди, живущие в странах с высоким уровнем дохода, имеют доступ к более качественному и современному медицинскому обслуживанию.

Во многих странах с высоким уровнем доходов ТБ не так легко признается как проблема поставщиками медицинских услуг, общественностью и политиками, поскольку ТБ поражает относительно меньшее количество людей, большинство из которых маргинализированы или иным образом уязвимы. Люди, затронутые ТБ, сталкиваются с многочисленными проблемами, мешающими своевременно поставить диагноз. Люди, пережившие туберкулез в различных странах с высоким уровнем дохода, поделились своими историями.

Попытки получить доступ к наиболее эффективным методам лечения в странах с высоким уровнем дохода также не приносят желаемого результата. Несмотря на то, что рифапентин включен в Перечень основных лекарственных средств ВОЗ<sup>41</sup>, он недоступен во многих странах с высоким уровнем доходов, таких как **Канада**, из-за несправедливой корпоративной и внутренней политики. Например, правила Министерства здравоохранения Канады гласят, что лекарства могут быть импортированы только непосредственно от производителя, но компания Sanofi (sanofi.ca), производитель рифапентина, никогда не подавала заявку на получение разрешения на ввоз в страну. Это означает, что поставщики должны преодолевать сложные административные барьеры в рамках программы здравоохранения Канады "Срочные потребности общественного здравоохранения", чтобы люди с туберкулезом могли получить доступ к новейшим схемам лечения короткими курсами.

Аналогичный опыт имеется и в Европе, где компания Sanofi так и не подала заявку на регистрацию рифапентина в Европейское агентство лекарственных средств. В то же время некоторые другие страны, особенно страны с низким уровнем дохода и некоторые страны с высоким уровнем дохода, такие как **Австралия**, используют Глобальную службу обеспечения противотуберкулезными препаратами, координируемую Партнерством «Остановить ТБ», для импорта новых основных противотуберкулезных препаратов. Это привело к улучшению доступа к гарантированно качественным и ориентированным на людей комбинированным препаратам с фиксированной дозировкой (КПФД) в этих странах, по сравнению с подавляющим большинством стран с высоким уровнем дохода.

проблемами, подтвержденными исследованиями, такими как катастрофические расходы семей, затронутых ТБ<sup>20</sup>, долгосрочные последствия ТБ, такие как посттуберкулезное заболевание легких (ПТБЗЛ)<sup>21</sup>, et les conditions de comorbidités de la tuberculose, notamment les problèmes de santé mentale qui sont accélérés par la tuberculose.<sup>22,23</sup>

## Лекарственно-устойчивый ТБ

Руководящие принципы ВОЗ изменили стандарт лечения ЛУТБ в пользу новых безопасных и эффективных оральных шестимесячных схем лечения.<sup>24</sup> Респонденты часто отмечали, что это изменило ситуацию для людей с ЛУТБ, а ВОЗ сообщает, что к концу 2021 года 124 страны использовали бедаквилин, 109 стран использовали схемы без инъекций, а 92 — более короткие схемы.<sup>5</sup> Многие из этих успехов были достигнуты благодаря ранним усилиям по адвокации сообществ, затронутых ТБ, и гражданского общества, о которых сообщалось в первом отчете "Смертельный разрыв".<sup>7</sup> Среди людей, принимающих новейшие схемы лечения ЛУТБ, показатели успешности лечения почти удвоились и достигли 60%.<sup>5</sup> Несмотря на это, защита интеллектуальной собственности препятствует производству генериков и замедляет темпы обеспечения всеобщего доступа во многих регионах.<sup>25</sup> Недавнее решение Индии отказать в выдаче второго патента на бедаквилин, отчасти благодаря лоббистским усилиям людей, переживших туберкулез, стало облегчением для сообществ, затронутых ТБ, и гражданского общества.<sup>26</sup>

Внедрение новых методов лечения ЛУТБ по-прежнему должно сопровождаться совершенствованием технологий тестирования и практики его проведения. Данные за 2021 год показывают, что только 49% людей с устойчивым к рифампицину ТБ были протестированы на устойчивость к фторхинолонам — маркеру множественного ЛУТБ, и только один из трех человек с ЛУТБ был направлен на лечение.<sup>5</sup> Проблемы в области инноваций выделены в **Приоритетном Направлении 3**.

## Детский ТБ

Дети с ТБ теперь могут получать более короткие, подходящие для детей схемы лечения ТБ, включая ЛУТБ. Аналогичным образом, дети, контактирующие с пациентами с ТБ, также могут получать более короткие схемы лечения.<sup>27</sup> Успех лечения детей с ТБ стабильно составляет 88%, а ПЛТБ — 80%.<sup>5</sup> Однако дети до 15 лет составляют недопустимые 14% всех смертей, связанных с ТБ.<sup>5</sup> В период с 2018 по 2021 год менее половины всех детей, у которых предположительно был выявлен ТБ, были направлены на лечение, и только 15% детей с ЛУТБ получили лечение.<sup>5</sup> Охват ПЛТБ также низок; только один из трех детей в возрасте до 5 лет, контактировавших с людьми с ТБ, выявляется в ходе обследования домашних контактов и получает ПЛТБ.<sup>5</sup> Респонденты выразили серьезную озабоченность по поводу пробелов в диагностике ТБ у детей как основной причины таких плачевных результатов. Слишком много детей с ТБ или подверженных риску развития ТБ, просто не выявляются и, следовательно, не попадают в каскад медицинской помощи.

Сообщества, затронутые туберкулезом, и гражданское общество [**Кейс стади 6**] прилагают все усилия для преодоления барьеров, зафиксированных ранее<sup>28</sup>, таких как отсутствие дружественных к детям быстрых молекулярных тестов, слабая осведомленность и адвокация в отношении новых, более коротких схем лечения, а также сопротивление со стороны поставщиков услуг внедрению алгоритмов диагностики детского туберкулеза, а со стороны опекунов — направление детей на лечение. Заслуживают одобрения целенаправленные усилия по созданию безопасных для детей препаратов для лечения ЛУТБ, однако некоторые респонденты указали на сохраняющуюся проблему ограниченного доступа в отдаленных районах.

## Сопутствующие ТБ заболевания

От 15 до 60% людей с ТБ живут с основным или сопутствующим заболеванием, таким как ВИЧ, сахарный диабет, недоедание, силикоз, табакокурение и/или употребление психоактивных веществ, включая употребление алкоголя или наркотиков.<sup>29-34</sup> Многие из этих заболеваний повышают риск заболевания ТБ, и многие из затронутых людей относятся к КУГН. [**Кейс стади 7**] Интегрированная модель предоставления ТБ-услуг в рамках других программ здравоохранения, когда несколько услуг могут быть предоставлены в пределах одного клинического взаимодействия, может помочь найти потерявшихся людей с ТБ, обеспечить их лечением и уходом при обоих заболеваниях, а также облегчить проблему мультиморбидности.<sup>35</sup>

### Кейс стади 6 Женщины и девочки выступают в Камеруне против детского туберкулеза

В **Камеруне** около 5% больных ТБ — это дети в возрасте до 14 лет. По оценкам, истинное бремя детского ТБ выше, но низкий диагностический потенциал, пробелы в знаниях врачей, страх и ТБ-стигма, а также слабая интеграция услуг по борьбе с ТБ в первичную помощь являются огромными препятствиями. В 2020–21 годах НПО "За воздействие на социальное здоровье в Камеруне" (fiscameroun.org) провела кампанию по адвокации в рамках проекта малого гранта Фонда Элизабет Глейзер по борьбе с детским СПИДом (EGPAF) "Кап-ТБ Адвокация". Проект "Голоса женщин по проблеме детского туберкулеза в Камеруне" направлен на включение детского туберкулеза в национальные руководства и директивы по интегрированному ведению заболеваний детей и новорожденных путем:

1. Обучение женщин, затронутых детским туберкулезом, навыкам лидерства и эффективного общения.
2. Разработка адвокационных сообщений с помощью фокус-групп с участием женщин и девочек, затронутых туберкулезом.
3. Мобилизация партнеров для поддержки адвокационной кампании.
4. Привлечение социальных сетей и СМИ (ТВ и радио).
5. Усиление внимания к детскому туберкулезу в рамках интегрированного ведения заболеваний детей и новорожденных посредством стратегических встреч с Министерством здравоохранения.

Кампания мобилизовала 1100 женщин, которые использовали множество каналов, чтобы потребовать улучшения национального руководства и подотчетности в борьбе с детским ТБ. Она показала, что подотчетность и лидерство в достижении национальных целей по ликвидации ТБ могут быть обеспечены за счет вовлечения бенефициаров и адвокации.



## Кейс стади 7 Доступ к КУГН в Азии

Благодаря работе с населением, расширению прав и возможностей, наращиванию потенциала, выявлению контактов и активной поддержке людей, затронутых ТБ, Азия добивается прогресса в достижении целей по ликвидации ТБ. Организации гражданского общества и сообщества играют активную роль. В **Индонезии** 1,5 миллиона человек прошли тестирование на ТБ в 30 из 34 провинций благодаря самоотверженным усилиям таких организаций, как PR Komunitas Konsorsium Penabulu-STPI (tbckomunitas.id). Кроме того, сообщества объединились для продвижения ПЛТБ и внесли вклад в 50% национального охвата ПЛТБ. В **Камбодже** работа сообществ способствовала снижению уровня заболеваемости на 20% во время пандемии COVID-19. Кроме того, организации гражданского общества, такие как REACH и GCTA в **Индии**, KHANA в Камбодже и ACHIEVE на **Филиппинах**, выступили за признание прав человека, мониторинг с учетом гендерного фактора и мониторинг под руководством сообществ в национальной стратегии борьбы с ТБ и проводят параюридическое обучение на базе сообществ и правозащитную противотуберкулезную грамотность, чтобы помочь людям с ТБ отстаивать свои права.

Однако, несмотря на все усилия, эти организации сообществ и гражданского общества сталкиваются с огромными финансовыми трудностями, которые не позволяют им повышать квалификацию социальных работников и работников сообществ или разрабатывать инициативы, направленные на удовлетворение потребностей КУГН, включая проблемы, связанные со стигмой. ТБ является гораздо более комплексным заболеванием для КУГН, которые, в региональном контексте, включают людей, работающих в шахтах, недоедающих, живущих с ВИЧ, диабетом и другими сопутствующими заболеваниями, детей, принадлежащих к этническим меньшинствам или малообеспеченных. Необходимо увеличить инвестиции в усилия на уровне сообществ и гражданского общества, чтобы охватить наиболее маргинализированных людей и подключить их к противотуберкулезной помощи.

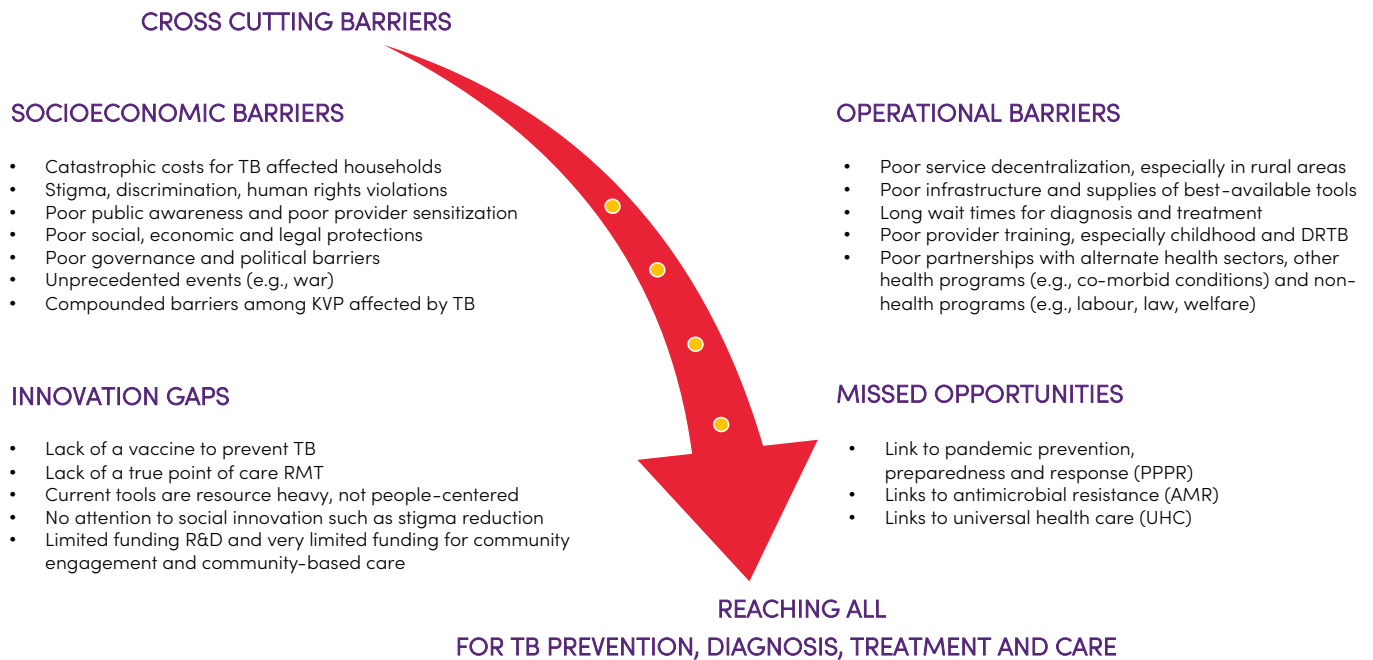
Совершенствование взаимодействия между программами по борьбе с ТБ и ВИЧ значительно улучшило результаты лечения обеих инфекций, но координация в других программах очень ограничена.<sup>35</sup> Даже в сфере ТБ-ВИЧ по-прежнему сохраняются пробелы. В 2021 году почти у каждого второго человека с ВИЧ, у которого развился ТБ, диагноз ТБ не был поставлен или о нем не сообщалось, а примерно одна из трех смертей, связанных со СПИДом, была вызвана ТБ. В подавляющем большинстве стран лечение ТБ и ВИЧ по-прежнему проводится в разных учреждениях и контролируется разными медработниками.<sup>29</sup> Совместные и интегрированные подходы к лечению сопутствующих ТБ заболеваний могут способствовать разработке программ, ориентированных на человека, как было доказано в систематическом обзоре<sup>36</sup>, особенно на уровне первичной медицинской помощи. Они также могут способствовать реализации всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ), как подчеркивается в **Приоритетном Направлении 5**.

## Межсекторальные барьеры

Цель по всеобщему охвату сдерживается межсекторными барьерами (**Рисунок 6**). Респонденты из различных областей рассказали о том, что доступ к услугам, инструментам и технологиям в области ТБ был сопряжен с оперативными проблемами, включая ограниченность ресурсов и технических средств, отсутствие ТБ-служб в местах проживания и работы затронутых людей (то есть недостаточная децентрализация), плохая подготовка медицинских кадров; а также социально-экономические проблемы, включая неверные представления о ТБ, стигму и дискриминацию, а также экономические трудности в сочетании с отсутствием социально-экономической защиты, особенно для КУГН, как указано в **Приоритетном Направлении 2**. Несколько технических экспертов и крупных организаций предупредили, что ответные меры на ТБ не увязываются должным образом с текущими изменениями в глобальном общественном здравоохранении; этот вопрос поднят в **Приоритетном Направлении 6**. Пробелы в инновациях, включая отсутствие диагностического теста в пункте оказания медицинской помощи и вакцины, о которых говорилось в **Приоритетном Направлении 3**, рассматривались как фундаментальные проблемы в поиске недостающих людей с ТБ и ликвидации заболевания.

# Рисунок 6

## Межсекторальные барьеры для всеобщего охвата диагностикой, лечением и профилактикой ТБ



## Для достижения всеобщего охвата, меры по ликвидации ТБ должны быть пересмотрены

Учитывая, что заболеваемость ТБ снизилась лишь на 10% от глобального целевого показателя – вдвое меньше, чем планировалось к 2022 году, — а смертность снизилась лишь на 6%<sup>5</sup>, очевидно, что существующие ответные меры недостаточно эффективны. КУГН составляют наибольшую долю людей, затронутых туберкулезом.<sup>37</sup> Это не совпадение. Это результат узкого подхода к принятию решений и системной несправедливости, которые по-прежнему игнорируют наиболее уязвимых членов нашего сообщества, охватить которых сложнее всего, следовательно, и наиболее затратно. **[Кейс стади 8]**

Чтобы охватить всех, необходим гораздо более решительный и ответственный подход, использующий эффективность доступных инструментов (включая цифровые технологии); включающий ТБ в число приоритетов глобального и национального финансирования; значимое вовлечение заинтересованных сторон в рамках и за пределами традиционных субъектов ТБ-сообщества; и поддерживающий подлинными механизмы подотчетности за взятые обязательства по обеспечению доступности, приемлемости и справедливого

предоставления имеющихся инструментов и новых технологий с особым вниманием к тем, кто находится на социальной периферии.

Для реализации таких изменений необходимо, чтобы доноры, финансисты, разработчики, технические партнеры и национальные программы были способны проявлять повышенный риск и склонность к инновациям. Для реализации таких изменений необходимо, чтобы доноры, финансисты, разработчики, технические партнеры и национальные программы были способны проявлять повышенный риск и склонность к инновациям. Активное вовлечение затронутых сообществ и гражданского общества в разработку, реализацию и оценку каждого из этих процессов является обязательным для создания рыночного спроса, обеспечения приемлемого уровня и гарантии того, что никто не останется без внимания. Эти принципы подробно рассматриваются в дальнейших главах.



## Кейс стади 8 ТБ помощь для самых труднодоступных сообществ

Medical Impact – это НПО, базирующаяся в **Мехико**, которая является примером социально инновационных методов оказания медицинской помощи в условиях крайней маргинализации. Она постоянно совершенствует свои методы поддержки уязвимых, закрытых и незащищенных групп населения за счет гуманитарного обслуживания, ориентированного на улучшение благосостояния и всестороннюю помощь. При умеренной поддержке Национальной программы по борьбе с туберкулезом и с помощью волонтеров, включая врачей, медсестер, врачей-психотерапевтов, физиотерапевтов и специалистов по развитию детей, НПО проводит 7-15-дневные кампании по вакцинации БЦЖ, тестированию и лечению туберкулеза, а также просвещению по вопросам профилактики в самых труднодоступных районах страны. Большинство расходных материалов передается в дар.

Забота об уязвимых, закрытых и незащищенных сообществах Мексики — это сила, с которой нужно считаться, и пример для подражания в регионе.

## ПРИЗЫВ К ДЕЙСТВИЮ

### Устранить пробелы в профилактике, диагностике, лечении и уходе при ТБ, охватив всех людей с ТБ

- Обеспечить использование рекомендованной ВОЗ экспресс-диагностики (РВЭД) в качестве первоначального теста на ТБ.
- Обеспечить всем людям, затронутым ТБ, включая туберкулезную инфекцию и болезнь, а также лекарственно-устойчивый ТБ (ЛУТБ), и их контактам доступ к наиболее современным и эффективным схемам профилактики и лечения.
- Определить и достичь амбициозные цели по профилактике ТБ путем отслеживания контактов и охвата профилактическим лечением ТБ (ПЛТБ), а также путем решения социальных детерминант ТБ и срочного создания новой ТБ-вакцины.
- Предоставление качественной противотуберкулезной помощи, ориентированной на потребности людей, на базе сообществ и КУГН, для улучшения исходов ТБ, включая услуги, дружественные к детям, для улучшения исходов детского ТБ, посредством обучения персонала, профессионализма и выделения ресурсов для выявления и преодоления социальных и экономических барьеров при доступе.
- Обеспечить интеграцию услуг по борьбе с ТБ с услугами по борьбе с ВИЧ, первичной медицинской помощью и/или профессиональным здравоохранением, используя модели совместной локализации, для улучшения выявления и лечения ТБ при сопутствующих заболеваниях, таких как ВИЧ, силикоз, недоедание и диабет.
- Использовать потенциал частного сектора для улучшения доступа к услугам по лечению ТБ, особенно в странах с многочисленными частными поставщиками услуг.



## ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ 2: Сделать к 2025 году ответные меры на ТБ справедливыми, гендерно-чувствительными, основанными на правах человека и свободными от стигмы, с центральной ролью сообщества людей, затронутых ТБ, и гражданского общества

### Введение

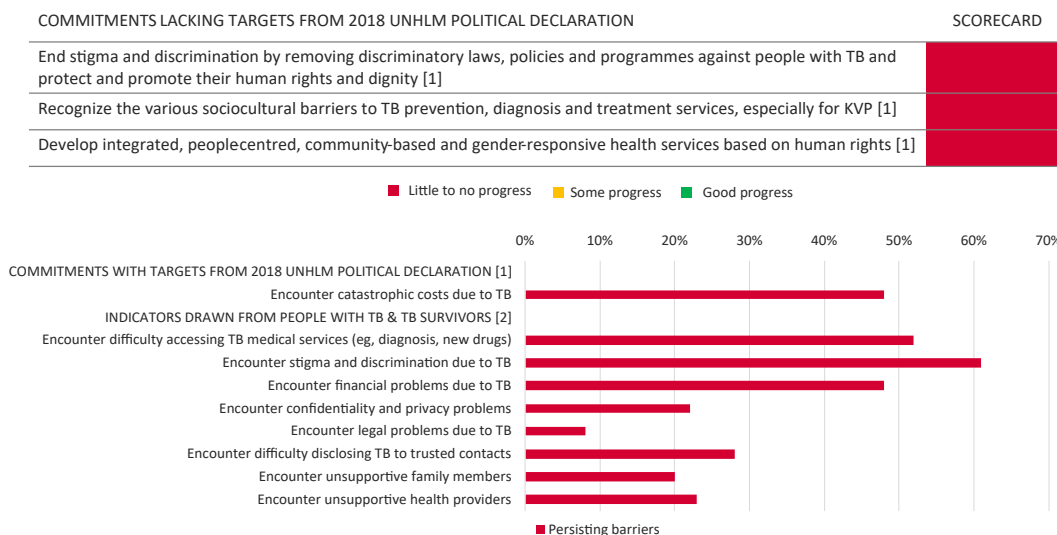
Ликвидация ТБ — это вопрос социальной справедливости. Сообщества, затронутые ТБ, КУГН и гражданское общество повсеместно утверждают, что равенство, гендерная чувствительность, права человека и свобода от стигмы и дискриминации должны лежать в основе каждого аспекта противодействия ТБ. Это включает разработку, планирование, тестирование, внедрение, реализацию, мониторинг, оценку и механизмы управления программами по ТБ, политику, а также решения, связанные с финансированием и подотчетностью. Необходимо признать, профинансировать и укрепить особый дополнительный опыт сообществ, затронутых ТБ, и гражданского общества, а также незамедлительно интегрировать их в основные усилия; мы больше не можем быть сторонними наблюдателями того, что решается за нас и что с нами происходит. Нам нужны страновые цели, включенные в Политическую декларацию ЗВУ ООН по ТБ на 2023 год, и специальные механизмы финансирования для поддержки этой работы. В этой главе мы описываем успехи, достигнутые в этих областях, а также важнейшие пробелы и возможности для ускорения прогресса.

### Текущее положение дел

Политическая декларация 2018 года включала ряд обязательств, касающихся обеспечения справедливости, гендерной чувствительности, прав человека и отсутствия стигмы в ответ на ТБ, при этом в центре внимания находились сообщества, затронутые ТБ, и гражданское общество.<sup>1,2</sup> Это была возможность привлечь внимание к основным социальным барьерам на пути ликвидации ТБ и активизировать действия по внедрению подходов к оказанию услуг по борьбе с ТБ, ориентированных на интересы людей и сообщества, а также к исследованиям и инновациям и принятию решений. Но без четких целей эти обязательства остались недостаточно проработанными и нереализованными (Рисунок 7). В ответах людей, затронутых ТБ, и людей, переживших ТБ, которые участвовали в подготовке данного доклада, стигма и дискриминация названы основными проблемами, возникающими при оказании помощи при ТБ, за ними следуют финансовые проблемы, усугубляющие неравенство, и трудности с раскрытием информации людям, которым обычно доверяют. Нарушение конфиденциальности, отсутствие поддержки со стороны медицинских работников и членов семьи, а также юридические проблемы также являются достаточно распространенными. Очень важно, чтобы меры по борьбе с ТБ, независимо от биомедицинского или технического вмешательства, поддерживали принципы справедливого, гендерно-чувствительного, основанного на сообществе и правах человека и свободного от стигмы ухода.

## Рисунок 7

Оценочная таблица для обеспечения справедливого, гендерно-чувствительного, правозащитного и свободного от стигмы реагирования на ТБ, в центре которого находятся сообщества, затронутые ТБ, и гражданское общество



[1] Based on qualitative assessments of progress made on commitments (and absence of targets), drawing on the results of CRGand stigma assessments and data collected for this report; [2] Based on 2021 data in the WHO Global TB Report 2022; [3] Based on survey responses of people with TB/TB survivors.

## Challenge Facility for Civil Society

Программа Challenge Facility for Civil Society (CFCS), координируемый Партнерством, стал ведущим механизмом грантовой и технической поддержки для продвижения повестки дня СПГ в области ТБ.<sup>43</sup> Укрепление потенциала представителей сообществ и гражданского общества для участия и руководства противодействием ТБ, основанного на правах человека и гендерном равенстве, чтобы никто не остался позади, является обязательным условием его миссии. Несколько грантополучателей CFCS, с которыми проводились интервью для данного отчета, почувствовали уникальную возможность получить средства и возглавить проекты, которые обычно предназначались для исследователей и технических экспертов. С 2007 года в течение 11 циклов CFCS выделил 24,5 миллиона долларов США — в частности, от USAID, Стратегической инициативы Глобального фонда по борьбе с ТБ и Eli Lilly — на поддержку 351 гранта для организаций сообществ, гражданского общества и низовых организаций на проведение мероприятий, отвечающих обязательствам СПГ. [Кейс стади 9] В предыдущем отчете "Смертельный разрыв" мы призвали больше стран внести свой вклад в этот механизм, и мы рады слышать, что правительство Франции намерено стать его сторонником. Мы призываем другие страны последовать этому примеру.

Среди прочих достижений, гранты CFCS способствовали проведению 39 оценок СПГ по всей стране, включая ряд оценок стигмы, и выявили основные пробелы в Азии, Африке и ВЕЦА.<sup>44</sup> Они включают ограниченный доступ к качественным услугам для людей, затронутых ТБ; гендерные барьеры; слабое признание и включение КУГН; игнорирование гендерно- и правозащитной политики и законодательства; стигма и дискриминация на уровне общины, системы здравоохранения и домохозяйства; слабое взаимодействие с людьми, затронутыми ТБ — все это подтверждается данными, собранными для настоящего доклада (Рисунок 8). Она также способствовала формированию и укреплению сетей людей, переживших ТБ, переходу организаций ТБ-сообществ в статус основного реципиента и субреципиента Глобального фонда и увеличению числа людей, переживших ТБ, в страновых координационных комитетах (СКК). [Кейс стади 10]

Результаты нескольких оценок СПГ и стигмы были включены в НСП по ТБ, что способствовало разработке 16 планов действий по СПГ с указанием затрат в таких странах, как Бенин, Бангладеш, Демократическая Республика Конго, Нигерия и Пакистан.<sup>10,44</sup> Вместе с проектами, поддерживаемыми МРС, о чем говорится в Приоритетном направлении 6, CFCS формирует повестку дня, ориентированную на равенство и людей, на уровне стран, что открывает возможности для расширения финансирования.

## Рисунок 8

Оценка СПГ и стигмы выявляет критические барьеры на пути ликвидации ТБ, которым не уделяется должного внимания



### COMMUNITY

Limited mobilization and meaningful engagement of people affected by TB  
Poor recognition of the diverse KVP comprising people affected by TB



### HUMAN RIGHTS

Limited availability, accessibility, acceptability, quality of services  
Stigma and discrimination including unequal treatment and almost no privacy protections for people affected by TB  
Lack of legal or policy recourse or accountability mechanisms for people affected by TB, especially for KVP and those facing discrimination or rights violations



### GENDER

Unique challenges uncovered for men, women, transgender persons and sex workers  
Lack of gender related programming including for women residing in patriarchal settings

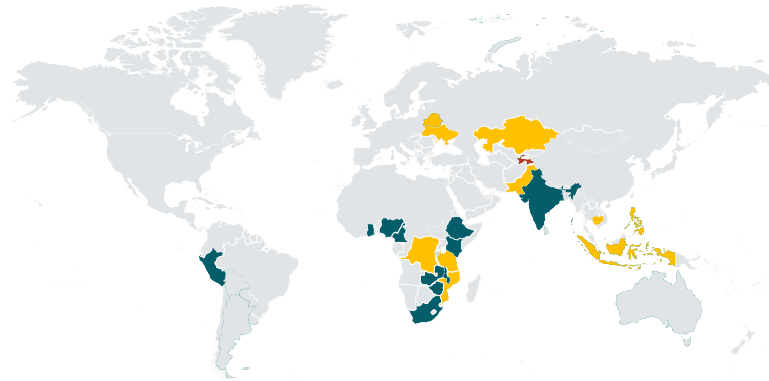
### Кейс стадии 9 Грантовый механизм Challenge Facility for Civil Society обеспечивает поддержку сообществ, прав человека и гендерного равенства в ответных мерах на ТБ

Наиболее предпочтительная и преобладающая модель противотуберкулезной помощи, направленная на биомедицинские вмешательства, показывает, что, хотя СПГ в противотуберкулезных мерах ценится на словах, на практике она часто игнорируется. Программа CFCS предоставляет уникальные возможности для действий в отношении СПГ путем выявления и устранения барьеров на пути доступа и ухода, а также развития адвокации и подотчетности в рамках ответных мер на ТБ. Инвестиции в размере 24,5 млн. долларов США в течение 11 раундов CFCS позволили осуществить многие направленные на СПГ меры<sup>44,51</sup>:

- **Рост инвестиций, политической воли и институционализации СПГ для преодоления препятствий к доступу в 20+ странах.**
  - 22 страны завершили национальные оценки СПГ с выводами и рекомендациями по преодолению препятствий для доступа.
  - Девять стран либо завершили, либо находятся в процессе реализации оценок ТБ-стигмы для определения уровня и воздействия ТБ-стигмы.
  - В шести странах завершены национальные планы действий по СПГ, которые содержатся в НСП.
  - Планы действий СПГ остальных стран находятся в стадии разработки.
  - Разработана оценочная таблица правовых и правозащитных аспектов ТБ, которая в настоящее время апробируется в Кении, Гане и Пакистане партнерами из гражданского общества.
- **Приоритизация СПГ для направления ответных мер по ТБ на поиск наиболее уязвимых и маргинализированных групп населения.**
  - 22 страны в ходе оценок СПГ определили приоритетность СПГ ТБ, чтобы обеспечить стратегическую направленность мероприятий по борьбе с ТБ на СПГ.
  - Для применения на уровне страны был разработан новый механизм определения приоритетов и оценки показателей.
- **Создание глобальных, региональных и национальных сетей сообществ по борьбе с ТБ для адвокации и лидерства в борьбе с ТБ под руководством сообществ.**
  - Три глобальные сети;
  - Семь региональных ТБ-сетей;
  - Несколько национальных сетей в Камбодже, Камеруне, Демократической Республике Конго, Эфиопии, Грузии, Гане, Индии, Индонезии, Малави, Мозамбике, Нигерии, Пакистане, Филиппинах, Таджикистане и других странах (см. Кейс стадии 11).
- **MPC для обеспечения подотчетности в сфере ТБ.**
  - Инструмент Партнерства MPC OneImpact в настоящее время реализуется в 26 странах; это инновационный, основанный на правах человека подход к расширению участия сообществ и обеспечению подотчетности в борьбе с ТБ.

Существенным и уникальным для механизма грантов CFCS является возможность технической помощи и документирования лучших практик СПГ для текущих инвестиций и расширения масштаба. Будучи организацией ООН с мандатом на развитие и укрепление партнерских отношений, Партнерство постоянно связывает получателей грантов CFCS со стратегическими национальными и международными партнерами, тем самым обеспечивая непрерывность и институционализацию СПГ.

Барьеры, связанные с СПГ, влияют на результаты лечения ТБ, и CFCS поддерживает высокую отдачу от инвестиций. Сохранение и расширение CFCS позволит использовать действенные способы преодоления существующих барьеров для оказания помощи при ТБ.



© Иллюстрация – Stop TB Partnership

### Первый пилот (Таджикистан) 2017 Первые страны 2017-2020 Новые страны 2020-2022

### Кейс стадии 10 Низкое качество медицинской помощи и стигма препятствуют доступу к ТБ-услугам в Мали

Барьеры в доступе к медицинской помощи недостаточно хорошо изучены в Мали, где заболеваемость ТБ составляет 50 человек на 100 000, а охват лечением ТБ — около 66%.<sup>55</sup> В 2022 году ARCAD Santé PLUS (arcadsantepilus.org) в сотрудничестве с Национальной ТБ-программой провела структурированную СПГ-оценку национальных мер по борьбе с ТБ, включая анализ документов для оценки исторических и текущих мер по борьбе с ТБ с политической, правовой и медицинской точек зрения, опросы 408 людей, живущих с ТБ, и 153 лиц, ухаживающих за пациентами с ТБ, а также интервью/дискуссии с членами сообщества, затронутого ТБ, и заинтересованными сторонами программы. Были получены следующие результаты:

1. В стране недостаточно возможностей для оказания качественной противотуберкулезной помощи, что обусловлено отсутствием скрининга на туберкулез во время рутинных консультаций в большинстве медицинских учреждений.
2. Подход к лечению ТБ не ориентирован на человека, особенно для уязвимых групп населения.
3. Существует нехватка обученного персонала для деятельности в области ТБ и ограниченное количество непрерывных тренингов по оказанию помощи при ТБ.
4. Высокий уровень стигмы пагубно влияет на качество жизни людей с ТБ.
5. Недостаточно знаний о законах защиты и правах людей с ТБ на всех уровнях (учреждения, медицинский персонал, общественные агенты и население в целом).
6. Учреждения проявляют недостаточный интерес к гендерным аспектам ТБ и связанной с ним помощи.

Эта оценка СПГ выявила барьеры, препятствующие доступу к профилактике и качественной ТБ-помощи, и позволила документировать их на национальном уровне. Полученные результаты послужат основой для реализации мероприятий в 2023 году и для нового цикла запросов на финансирование Глобального фонда.

## Рисунок 9

Инструментарий для измерения и мониторинга СПГ, стигмы и МРС в рамках противодействия ТБ



© Иллюстрация – Stop TB Partnership

### Инструменты для мониторинга прогресса в области СПГ и ТБ стигмы

Многим достижениям CFCS способствовал набор инструментов, разработанных и поддерживаемых Партнерством совместно с людьми, затронутыми ТБ, цифровыми инновациями, исследователями и национальными ТБ-программами (Рисунок 9). Эти инструменты позволяют проводить сравнение между странами и измерять изменения по сравнению с исходным уровнем в области СПГ и стигмы, а также МРС мер в ответ на ТБ.<sup>45-47</sup> Инструмент для оценки стигмы в настоящее время принят Глобальным фондом и используется в его системе оценки эффективности.<sup>48</sup> На момент подготовки данного доклада также были готовы к пилотированию Оценочная таблица правовых аспектов ТБ и прав человека и инструмент оценки численности ключевых и уязвимых групп населения. Руководство "Слова имеют значение" выпущенное в 2022 году для полноты дестигматизации коммуникации по вопросам ТБ пополняет растущий список ресурсов, дружественных к СПГ.<sup>9</sup> Все эти инструменты могут помочь разработать конкретный перечень показателей для обязательств в области СПГ, стигмы и равенства, а также для руководства действиями и мониторинга прогресса.

### Голос и лидерство сообщества

Сегодня сообщество, затронутое ТБ, гораздо более активно, чем ранее – к нему прислушиваются и его

признают во всей его значимости и разнообразии. Его голос звучит громче благодаря созданию и расширению сетей людей, затронутых ТБ, на региональном и национальном уровнях [Кейс стади 11], а также включению в структуру ключевых институтов, таких как Партнерство (Делегации сообществ и НПО<sup>49</sup>), которая недавно расширила представительство КУГН и затронутых ТБ сообществ на уровне правления, ВОЗ (Целевая группа гражданского общества по ТБ<sup>50</sup>), (Civil Society Task Force on TB<sup>50</sup>), а также благодаря CFCS.<sup>51</sup>

Стратегическая инициатива Глобального фонда по вовлечению сообществ (СИВС)<sup>52</sup> также активно работает над привлечением внимания к ТБ и позиционированием сообществ, затронутых ТБ, в национальных, региональных и глобальных процессах принятия решений путем включения в страновые процессы и рабочие группы, которым поручено отстаивать потребности КУГН, такие как молодежные советы и консультативные группы СПГ. СИВС также оказывает поддержку четырем региональным сетям по борьбе с ТБ в рамках участия в процессах Глобального фонда. В правлении организации Unitaid есть делегация сообществ.<sup>53</sup> Некоторые другие международные организации, такие как FIND и TB Alliance, создают структуры для привлечения затронутых сообществ к принятию стратегических решений организации. При поддержке ведущих организаций здравоохранения и адвокации деятельность по СПГ набирает обороты на глобальном уровне и, как уже говорилось выше, осуществляется в результатах грантов CFCS.

Сообщества затронутые ТБ и гражданское общество ценят и приветствуют значительную поддержку, полученную от Стратегической инициативы Глобального фонда по ТБ "Поиск людей с ТБ, не охваченных противотуберкулезной помощью", которая опирается на CFCS, и вклад в CFCS в размере 1,5 млн. долларов США.<sup>54</sup> Однако они выражают потребность в постоянных и масштабных инвестициях для обеспечения их участия в противодействии ТБ. Они ищут целевое финансирование для создания возможностей для устойчивой работы СПГ, организационной инфраструктуры и сетей для людей, переживших ТБ. [Кейс стади 12] Действительно, низовые организации имеют особенно ограниченные технические возможности для борьбы за финансирование, хотя они часто лучше других знакомы с потребностями затронутых сообществ. Партнерство с организациями, работающими на региональном и глобальном уровнях, может привести к возможностям финансирования. [Кейс стади 13] Консультации, проведенные для данного доклада, также указывают на явное различие в ТБ СПГ между странами, получившими поддержку через CFCS, и теми, кто ее не получил (в настоящее время 29 стран получают поддержку в рамках 11 раунда CFCS). Обеспечение права на получение этой технической поддержки и увеличение механизма финансирования может помочь устранить этот разрыв. Учитывая, что CFCS оказывается наиболее эффективным механизмом для создания стратегического, скоординированного движения за ликвидацию ТБ, ТБ-сообщество призывает доноров напрямую поддержать этот механизм, а Глобальный фонд — продолжить поддержку CFCS и использовать сильные стороны партнеров и существующие механизмы, включая прямой вклад в CFCS от СИВС.

### Кейс стади 11 TBpeople Global укрепляет страновые сети людей, затронутых туберкулезом

Сети людей, затронутых ТБ, отсутствуют во многих странах, а те, что существуют, зачастую с трудом пытаются эффективно участвовать в национальных мероприятиях по борьбе с ТБ. Отсутствие начального финансирования не позволяет неформальным группам организоваться и получить официальную регистрацию. Новосозданные сети также не имеют устойчивых ресурсов для наращивания своего потенциала для осуществления деятельности. Учитывая эти барьеры и для обеспечения связей внутри стран и между странами, TBpeople Global (tbpeople.org) в 2018 году создал страновые представительства для национальных сетей людей, затронутых ТБ. За пять лет появилось 11 национальных отделений, и еще шесть находятся в процессе создания. Несколько страновых отделений (например, в Украине и Кыргызстане) выросли настолько, что стали субреципиентами национальных грантов Глобального фонда и получателями грантов CFCS, демонстрируя, что даже скромные группы поддержки людей, затронутых ТБ, могут быстро вырасти и стать важными партнерами в противодействии ТБ в своей стране.

По мере того, как TBpeople работает над созданием официальной системы, финансирование стало огромной проблемой. Количество групп, желающих получить малые гранты, значительно превышает количество имеющихся грантов. Доноры неохотно поддерживают глобальные и региональные сети, несмотря на свидетельства их успеха в поддержке общественных групп в организации, регистрации, получении грантов, наращивании потенциала и реализации проектов.

### Кейс стади 12 Люди, пережившие ТБ, создают в Индии условия для оказания ориентированной на потребности людей помощи ТБ-пациентам

С 2017 года некоммерческая организация REACH или Resource group for Education and Advocacy for Community Health (reachindia.org.in), Индия, при поддержке USAID обучает людей, переживших ТБ, стать "ТБ-чемпионами". Люди, пережившие туберкулез, участвуют в интерактивных трехдневных семинарах, чтобы получить знания и навыки в области ТБ, опираясь на свой личный жизненный опыт. Затем они участвуют в шестимесячной программе наставничества и работают в своих сообществах в качестве преподавателей и равных консультантов для людей, проходящих лечение от ТБ. Они обеспечивают информированность о лечении, психосоциальную поддержку, консультируют семьи и помогают смягчить стигму. Сегодня несколько тысяч людей, переживших туберкулез, прошли обучение и составляют сеть, охватывающую 15 штатов, включая пять юридически зарегистрированных организаций.

В течение 18 месяцев более 3 000 человек, переживших ТБ, охватили более 25 000 человек, внедрив систему подотчетности сообщества в отношении качества противотуберкулезной помощи. НТБП взяла на себя обязательство расширить усилия по подготовке 15 000 ТБ-чемпионов, чтобы содействовать достижению цели Индии — ликвидировать ТБ к 2025 году. Мотивация этой работы сформулирована одним из ТБ-чемпионов: "Я не хочу, чтобы кто-то еще страдал так же, как я". Это значение было отражено в рекомендациях Совместной мониторинговой миссии Индии: "Перейти от пассивного участия сообщества к полному участию и сопричастности сообщества, опираясь на ТБ-чемпионов и людей, переживших туберкулез, работающих вместе с программным персоналом в области адвокации, планирования, реализации и мониторинга мер противодействия туберкулезу на местном уровне, уровне штата и на национальном уровне. Инвестируйте в местные ТБ-форумы, которые являются эффективными агентами перемен, способными работать над снижением/устранением стигмы и структурой реагирования в области прав человека".

Внедрение индийской НТБП этих мероприятий под руководством сообщества обещает серьезный сдвиг в направлении ориентированной на людей противотуберкулезной помощи.

Наконец, хотя затронутые сообщества и гражданское общество участвуют в СКК, респонденты хотели бы, чтобы их представительство, потенциал и участие получили дальнейшее развитие и распространились на игнорируемые КИГН. Несмотря на наличие во многих НТБП указания на СПГ, представители ТБ-сообществ и гражданского общества все еще борются за то, чтобы их признали союзниками правительства. Их роль часто ограничивается предоставлением услуг, например, через социальные контракты, но они не имеют права голоса в принятии решений или планировании финансирования, мониторинга и отчетности; этот вопрос поднимается в Приоритетных Направлениях 4 и 6. Некоторые группы сообществ также сталкиваются с проблемой поляризованного восприятия своей деятельности. Тем не менее, организации сообществ, которые внедрили инструменты СПГ в сотрудничестве с НТБП, отметили, что этот процесс помог укрепить их партнерство, доверие и легитимность в отношениях с правительством.

## Кейс стади 13 Сильные системы сообществ для усиления мер по борьбе с туберкулезом в Индонезии

Для обеспечения ориентированных на человека мер по борьбе с ТБ, они должны возглавляться людьми, затронутыми ТБ. В **Индонезии** национальная сеть организаций людей, переживших ТБ, Perhimpunan Organisasi Pasien TB (POP TB, [pop.tbindonesia.org](http://pop.tbindonesia.org)), в настоящее время является субреципиентом Глобального фонда, возглавляющим деятельность по СПГ. Однако всего за 12 месяцев до принятия этой роли POP TB не была зарегистрирована и не имела соответствующей организационной структуры. Это было решено благодаря гранту CFCS для Партнерства «Остановить ТБ» Индонезия, который помог POP TB юридически зарегистрироваться, создать организацию, разработать стратегический план и нарастить потенциал в области СПГ в ТБ.<sup>56</sup>

Сегодня, в 2023 году, POP TB совместно с Партнерством «Остановить ТБ» Индонезия является лидером в области СПГ ТБ в Индонезии, мобилизуя национальных партнеров на продвижение СПГ ТБ и завершая разработку плана действий по СПГ ТБ. Член национальной сети POP TB, организация Rekat ([rekat.or.id](http://rekat.or.id)), возглавляемая индонезийскими женщинами, пережившими ЛУТБ, получила свой первый грант на проведение СПГ ТБ через механизм CFCS. С помощью этих небольших грантов и пакетов поддержки люди, пережившие ТБ, могут стать катализаторами преобразования и создания устойчивых национальных мер противодействия ТБ под руководством сообществ.

*"Адвокация — это не спринт, это марафон, требующий времени, энергии и большого количества ресурсов".*

**Майова Джозл, Правление Партнерства "Остановить ТБ" и Партнерство "Остановить ТБ" Нигерия**

## Ключевые и уязвимые группы населения, затронутые ТБ

ТБ КУГН нуждаются в специфических ответах на их специфические потребности. Тематические исследования показывают, что затронутые сообщества и гражданское общество часто являются единственными субъектами, имеющими доступ к наиболее труднодоступным КУГН и способными удовлетворить их особые потребности. [Кейс стади 14] Благодаря целевым инвестициям проводимые под руководством сообществ мероприятия, открыли возможности для оказания ориентированной на людей справедливой ТБ-помощи группам, которые в противном случае могли бы остаться без внимания. [Кейс стади 15] Успехи, достигнутые благодаря самостоятельным действиям исторически маргинализированных групп, затронутых ТБ в определенных контекстах, также вселяют надежду в КУГН в других регионах. [Кейс стади 16]

Однако многие группы КУГН остаются недостаточно учтенными, слабо представленными и, следовательно, недостаточно вовлеченными или финансируемыми в противодействие ТБ. Растущие масштабы и степень участия людей, живущих с ВИЧ, женщин и молодежи в противодействии ТБ должны быть дополнены на уровне

страны представительством других групп КГП, таких как люди, живущие в трущобах, мигранты [Кейс стади 17], беженцы и мобильные группы населения, такие как шахтеры, внутренне перемещенные лица и люди, лишенные свободы. Необходимо признать и устранить барьеры, с которыми сталкиваются женщины, мужчины и гендерно небинарные личности, чтобы восполнить пробелы в сфере гендерной специфики.

## Социальная защита

Как указано в Приоритетном Направлении 1, почти половина всех семей, затронутых ТБ, и более трех четвертей семей, затронутых ЛУТБ, несут прямые и косвенные медицинские расходы, а также альтернативные издержки, связанные с потерей средств к существованию, которые превышают 20% дохода их домохозяйства.<sup>20</sup> Сообщества, затронутые ТБ, и респонденты гражданского общества указывали на безработицу, отсутствие жилья и продовольственной безопасности, неопределенность правового статуса и ограниченный доступ к поддержке психического здоровья как сопутствующие клиническому течению ТБ. Система прав человека в отношении ТБ требует решения этих социальных проблем, а также устойчивых обязательств со стороны государственных секторов в рамках и за пределами здравоохранения, как это обсуждается в разделе **Приоритетное Направление 6**.

## Кейс стади 14 Люди, лишенные свободы, получают доступ к медицинской помощи в Парагвае

Лишение свободы повышает уязвимость к ТБ. В Центральной и Южной Америке наблюдается самый высокий рост числа людей, лишенных свободы. Люди, лишенные свободы (ЛЛС), в настоящее время составляют 11% всех людей с ТБ, хотя они составляют всего 1% населения.<sup>57</sup> Несмотря на эти цифры и признание ЛЛС в качестве КУГН на глобальном уровне, о заболеваемости ТБ среди ЛЛС не сообщается в глобальных документах, и ЛЛС не признаны приоритетными в большинстве планов НТБП.<sup>58</sup>

В **Парагвае** НТБП значительно расширила масштабы деятельности, направленной на ЛЛС, во многом благодаря постоянным усилиям организации гражданского общества Alvida (Alientos de Vida/ Breaths of Life), являющейся субреципиентом Глобального фонда. Alvida посвятила себя работе с НТБП по поддержке людей, живущих с ТБ, и их семей, уделяя особое внимание ЛЛС, а также коренному населению. Ее усилия сыграли решающую роль в обеспечении включения работы по развитию лидерства в сообществах в Национальный план действий по обеспечению устойчивости ВИЧ и ТБ в Парагвае на 2021-25 годы. В 2022 году, в сотрудничестве с несколькими тюрьмами и при поддержке НТБП для молекулярной диагностики и лечения, Alvida обучила группы ЛЛС в качестве добровольных общественных медицинских работников для оказания помощи в выявлении активного ТБ и определении других ЛЛС, нуждающихся в услугах тестирования на ТБ.

КУГН, затронутые ТБ, могут быть эффективно вовлечены в усилия по устранению специфических барьеров и поиску людей с ТБ, которых иначе можно было бы пропустить.

## Кейс стади 15 Создание трансграничных механизмов защиты шахтеров в южной Африке

Среди шахтеров на золотых приисках Южной Африки самые высокие показатели заболеваемости туберкулезом в мире. Ежегодно полмиллиона мужчин пересекают регион, чтобы работать на шахтах Южной Африки, и при этом инфицируются туберкулезом.<sup>59</sup> Такая схема миграции – мужчины приезжают на шахты, чтобы работать, инфицируются туберкулезом и снова возвращаются домой – привела к огромному региональному кризису.

Более десяти лет назад главы государств Сообщества развития юга Африки (СРЮА) подписали Декларацию о туберкулезе в шахтах с поручениями министрам здравоохранения, финансов, миграции, местного самоуправления, труда и горнодобывающей промышленности СРЮА.<sup>60</sup> С тех пор несколько партнеров поддержали усилия стран по решению проблемы туберкулеза в шахтах, например, грант Глобального фонда "ТБ в горнодобывающем секторе юга Африки" (TIMS) и Сеть местных организаций USAID по борьбе с туберкулезом (TB LON).

Бывшие шахтеры, пережившие ТБ, также были вовлечены в коалицию Ассоциации шахтеров Юга Африки (SAMA). Например, в **Мозамбике** партнерская организация, Ассоциация шахтеров Мозамбика (AMIMO, amino.org), отмечает создание двух центров профессиональной гигиены для поддержки ТБ-скрининга среди бывших шахтеров.

AMIMO и другие организации, такие как организация Jointed Hands Welfare Organization (jointedhands.org) в **Зимбабве**, поддерживают необходимость мобилизации и расширения масштабов выявления туберкулеза на уровне сообществ, создания трансграничных систем перенаправления, обеспечивающих согласованное лечение перемещающихся шахтеров, и охват услугами кустарных и мелкомасштабных шахтеров, которые могут остаться незамеченными в рамках текущих мер. Для устранения этих пробелов SAMA добивается изменений в политике, а также поддерживает и укрепляет политическую волю, чтобы положить конец кризису общественного здравоохранения среди шахтеров и связанных с ними сообществ.

## Кейс стади 16 В последних канадских ТБ-стандартах закреплены права коренных народов

ТБ среди коренных народов **Канады** неразрывно связан с историей колонизации и связанными с ней потрясениями.<sup>61</sup> Восьмое издание Канадских ТБ-стандартов было опубликовано в марте 2022 года, и в нем впервые закреплены права коренных народов.<sup>62</sup> В главе, посвященной "Вводному руководству по лечению туберкулеза для повышения уровня профессиональной компетентности работников здравоохранения и специалистов общественного здравоохранения, обслуживающих коренные народы Канады", подробно описаны особенности эпидемиологии туберкулеза, его исторический и культурный контекст применительно к каждой из трех групп коренных народов Канады – инуитов, исконных народов и метисов.<sup>63</sup> Для поддержки их ценностей, потребностей и приоритетов в вопросах ТБ-профилактики, диагностики, лечения и ухода, ко всем людям, оказывающим услуги на землях коренных народов и/или работающим с коренными народами, предъявляются семь требований в отношении работы, связанной с ТБ. Это включает в себя обучение уникальной истории и эпидемиологии ТБ в общине, барьерам, связанным с климатом и географией, культурной безопасности, включая уважение к культурным различиям, специфическим социальным детерминантам и неравенству, влияющим на отдельные группы коренных народов, признание роли продолжающейся колонизации, личного и системного расизма и привилегий, содействие устойчивости, самозащите и расширению возможностей путем уважения прав коренных народов, а также понимание того, что каждая группа коренных народов исторически и культурно отличается и может иметь уникальные потребности в лечении ТБ.

Последствия колонизации, исторических травм и систематического невнимания к социальным детерминантам здоровья, лежащим на первом плане, во всем мире обусловили эпидемию туберкулеза среди коренного населения. Усилия коренных народов Канады могут послужить вдохновением для всех национальных программ по борьбе с туберкулезом.





## В СПГ-подходе должны быть отражены все аспекты противодействия ТБ

Создание мер противодействия ТБ на основе прав человека, справедливости и отсутствия стигмы, при центральном участии сообществ, имеет основополагающее значение для достижения глобальных целей по ликвидации ТБ. Не выявив и не исправив дискриминационную практику, политику и законы, мы рискуем нарушить основные права людей, затронутых ТБ. Не обращая внимания на стигму в отношении ТБ и ее коварные причины, мы рискуем оттолкнуть людей, затронутых ТБ, и многих других людей от лечения ТБ еще до того, как они попадут в систему здравоохранения. И если не поставить затронутые ТБ сообщества в центр противодействия ТБ, мы будем вынуждены исключить наиболее уязвимые группы населения, затронутые ТБ, и потерпим неудачу в достижении цели всеобщего охвата.

Системные предубеждения и игнорирование мнений сообщества были признаны и устранены в отношении других инфекционных заболеваний, таких как ВИЧ, и должны быть продолжены в отношении ТБ на всех уровнях. Это игнорирование лежит в основе смертельного разрыва, на котором построен данный доклад. Хотя на глобальном уровне достигнут определенный прогресс в деле значимого вовлечения сообществ, необходимы гораздо более устойчивые инвестиции, особенно на национальном

### Кейс стади 17 Туберкулез среди мигрантов, пересекающих Северный треугольник

Миграция из Америки уже давно вызвана экономической необходимостью из-за повсеместной бедности. Многие уезжают в поисках работы, лучшего уровня жизни, лучших условий труда и вознаграждения, а в крайних случаях — из-за растущего уровня насилия. Гватемала является одновременно страной обязательного въезда и транзитом для мигрантов из других стран Северного треугольника (**Гватемала, Гондурас и Сальвадор**), которые движутся в США через Мексику.<sup>64</sup> Несмотря на то, что уровень заболеваемости туберкулезом в стране относительно низкий, его бремя гораздо больше среди мигрирующих рабочих, которые в основном являются представителями коренного населения и уезжают и возвращаются в изолированные и малообеспеченные сообщества. Их миграция через Мексику, где уровень заболеваемости и инфицированности ТБ намного выше, чем в Северном треугольнике, в сочетании с условиями, в которых мигранты вынуждены путешествовать и ожидать въезда в США, являются основными факторами для развития ТБ инфекции и активного заболевания.

В 2016 году конгресс Гватемалы утвердил Миграционный кодекс, ориентированный на соблюдение прав человека. Мигранты теперь признаны как носители прав, обеспечивающих доступ к медицинской помощи, жилью, работе и образованию со стороны гватемальского государства. Законодательство, рассматривающее туберкулез и более широкие потребности мигрантов в области здравоохранения как КУГН, стало результатом партнерства между гражданским обществом и правительством и может служить примером для других стран, расположенных вдоль миграционных коридоров.

и региональном уровнях. СПГ может служить основой противодействия ТБ, но она остается одной из наименее финансируемых сфер. Международные организации должны использовать свой дипломатический голос и финансовое влияние для выделения специального пространства для включения затронутых сообществ и гражданского общества в страновые проекты и национальные решения, подкрепленные специальным портфелем для укрепления инфраструктур СПГ под руководством ТБ-сообществ.

## ПРИЗЫВ К ДЕЙСТВИЮ

**К 2025 году сделать ответные меры на ТБ справедливыми, учитывающими гендерные аспекты, основанными на правах человека и свободными от стигмы, где в центре внимания находятся сообщества, затронутые ТБ, и гражданское общество.**

- Обеспечить, чтобы вопросы сообществ, прав человека и гендера (СПГ) и ликвидация стигмы стали приоритетными в Политической декларации ЗВУ ООН по ТБ на 2023 год с указанием конкретных целей и были четко интегрированы в Национальные стратегические планы (НСП) и ТБ-программы.
- Выделять донорское и национальное финансирование на инициативы сообществ по борьбе с ТБ, включая адвокацию, мониторинг и подотчетность в рамках Партнерства "Остановить ТБ", CFCS, Глобального фонда и других механизмов технической поддержки.
- Обеспечить значимое участие сообществ и гражданского общества, затронутых ТБ, в качестве экспертов в разработке НСП, планировании ТБ-программ, а также в процессах разработки страновых заявок на международные гранты во всех странах с высоким бременем ТБ, в том числе через национальные сети людей, затронутых ТБ, и расширение прав и возможностей и лидерства женщин и девушек.
- Провести оценку СПГ, рутинное измерение стигмы, разработать и внедрить планы действий СПГ по борьбе с ТБ во всех странах с высоким бременем ТБ, включающие мониторинг ответных мер на ТБ под руководством сообщества (МРС) и СПГ в рамках ответных мер на ТБ.
- Определить, провести оценку на основе уязвимости и барьеров доступа и выделить финансирование для систематического удовлетворения специфических потребностей ТБ КУГН, таких как люди, живущие с ВИЧ, мигранты, беженцы и внутренне перемещенные лица, люди, употребляющие наркотики, люди, находящиеся в местах лишения свободы, люди с диабетом, представители городской малообеспеченной части населения и люди, живущие в трущобах, шахтеры и люди с силикозом, коренные народы и дети.
- Усилить социальную защиту и безопасность людей, затронутых ТБ, и обеспечить, чтобы она включала обеспечение дохода, медицинское обслуживание, жильё, продовольственную поддержку, психологическую поддержку и юридическую помощь.
- Обновить законы, политику и программы для продвижения и защиты прав людей, затронутых ТБ, борьбы с неравенством и устранения стигмы и дискриминационной практики, процедур и языка.

## ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ 3: Ускорить разработку, внедрение и доступ к новым важным инструментам для ликвидации ТБ

### Введение

Сообщества, затронутые ТБ, и гражданское общество признают значительный прогресс, достигнутый в области исследований и разработок в области ТБ со времени проведения первой Встречи высокого уровня ООН по ТБ, но при этом отмечают, что арсенал средств борьбы с ТБ еще далеко не полон. Прежде всего, они заявляют о необходимости создания вакцины. В этой главе мы возвращаемся к достижениям и пробелам в инновациях и внедрении, которые были представлены в Приоритетном Направлении 1, чтобы стимулировать более смелые и эффективные подходы к НИР в области ТБ. Финансирование НИР рассматривается в следующей главе.

### Текущее положение дел

#### Система показателей

Сообщества, затронутые ТБ, и гражданское общество искренне приветствуют разработку и утверждение более безопасных и коротких схем приема лекарств для лечения ТБ-инфекции, и ТБ-заболеваний, включая ЛУТБ и детский ТБ. Они признают диджитализацию как важную инновацию в системе здравоохранения. И они отмечают колоссальные инвестиции в исследования и разработки в сфере ТБ в размере почти 1 миллиарда долларов США.

Однако они также указывают на серьезные пробелы. Они сетуют на отсутствие противотуберкулезных вакцин, РВЭД, используемых в пунктах оказания медицинской помощи и адаптированных для детей, а также быстрых тестов на восприимчивость к лекарственным препаратам, позволяющих предсказать устойчивость к новейшим схемам лечения. Они утверждают, что процесс масштабирования многих новых и существующих инструментов идет крайне медленно. Как указано в [Приоритетном Направлении 1](#), более 50% опрошенных в рамках данного отчета людей, затронутых ТБ, включая лиц, переживших ТБ, сталкиваются с проблемами доступа к ТБ-услугам, включая лекарства, диагностику и другие виды помощи. В конечном итоге, несмотря на наличие примеров инновационных подходов к организации услуг по борьбе с ТБ, эти усилия носят фрагментарный характер. Серьезного сдвига в существующем статус-кво не произошло.

## Рисунок 10

Оценочная таблица по ускорению разработки, внедрения и доступа к новым важным инструментам для ликвидации ТБ

Targets 2018 – 2022	Scorecard
Treat 40 million people with TB, including	66%
3.5 million children with TB	54%
1.5 million people with multi DRTB	43%
115,000 children with multi DRTB	15%
Place 30 million people at risk of falling ill with TB on TPT, including	31%
6 million people living with HIV	172%
4 million children <5 years	40%
20 million other household contacts	3%

■ Little to no progress   ■ Some progress   ■ Good progress

## Исследования и разработки вакцин

Нам нужна эффективная и доступная вакцина, если не несколько. Пандемия COVID-19 продемонстрировала, что при достаточных инвестициях вакцины могут быть разработаны и внедрены в массовом масштабе с рекордной скоростью без ущерба для научного подхода. Глобальная дорожная карта по НИР ТБ-вакцин на 2021 год описывает, как этого можно достичь, определяя основные барьеры, пути их преодоления и общий набор приоритетов для руководства научно-исследовательской деятельностью.<sup>65</sup> Как было видно на примере десятков инфекций, включая оспу и полиомиелит, вакцина является единственной (и исключительной) инновацией, способной остановить эпидемию. Сообщества, затронутые туберкулезом, хорошо подготовились к внедрению вакцины, как только таковая появится, но прогресс сдерживается отсутствием надежных инвестиций, о чем речь пойдет в следующей главе.

## Лекарственные препараты и диагностика

Ассортимент новых, безопасных, эффективных и более коротких схем лечения инфекции и заболевания ТБ, включая ЛУТБ и детский ТБ, знаменует собой величайшие достижения в ответных мерах на ТБ со времени ЗВУ ООН по ТБ в 2018 году — если не за всю историю ответных мер на ТБ — и приносит долгожданное облегчение затронутым ТБ сообществам и гражданскому обществу. Теперь ЛЧТБ можно вылечить за четыре месяца, ЛУТБ — всего за шесть месяцев без инъекций, а ТБ-инфекцию можно вылечить — и предотвратить заболевание — за 1–3 месяца<sup>19,24,27</sup> [Кейс стади 18] Эти новые схемы обещают повысить уровень доступности лечения, улучшить возможности систем здравоохранения и программ, а также поддержать подходы к ТБ-профилактике, лечению и уходу, ориентированные на людей.

Тем не менее, в области биомедицинских исследований и разработок существует значительный простор для инноваций. Что касается диагностики, то затронутым ТБ сообществам, необходима РВЭД, которую можно было бы использовать в масштабах региона с ограниченными ресурсами и электроэнергией для получения результатов в течение нескольких минут. Также не хватает тестов для выявления ТБ-инфекции и субклинического ТБ, а также маркеров для оценки риска прогрессирования заболевания ТБ. Что касается лечения, то технические эксперты, с которыми проводились консультации для данного доклада, отмечают, что новые схемы лечения по-прежнему основаны на старых препаратах. Необходимы новые молекулы, чтобы можно было предотвращать и лечить ТБ в еще более короткие сроки, ускорить снижение заболеваемости и смертности, а также противостоять новым формам лекарственной устойчивости.

Во всех этих инновациях кормящие и беременные женщины, дети и подростки не получают приоритета; большинство научно-исследовательских проектов по своей структуре исключают эти группы.<sup>66</sup> Затронутые туберкулезом сообщества и гражданское общество стремятся обеспечить, чтобы результатами НИР в области туберкулеза могли воспользоваться КУГН и другие люди, которыми исторически не принимали во внимание. Технические эксперты, с которыми проводились консультации для данного доклада, подчеркивают, что

## Кейс стади 18 ВPaL/ВPaLM дает надежду людям с ЛУТБ

В период с 2018 по 2020 год, с момента внедрения бедаквилина, все оральные схемы лечения ЛУТБ стали стандартом лечения. В 2022 году ВPaL/ВPaLM стала новейшей, безопасной, дешевой, короткой и эффективной оральной схемой лечения, что подтверждается данными III фазы испытаний ТВ PRACTECAL, ZeNix и Nix-TB.<sup>77</sup> ВPaL/ВPaLM включает в себя бедаквилин (В), претоманид (Pa), линезолид (L) и/или — в зависимости от устойчивости к фторхинолонам — моксифлоксацин (M). Это меняет ситуацию для людей с ЛУТБ, которым нужно будет принимать всего 3–4 таблетки в день в течение шести месяцев! Успех лечения составляет более 80%, что свидетельствует об огромном прогрессе в научных исследованиях и разработках в сфере ТБ, направленных на сохранение жизни. Согласно руководящим принципам ВОЗ, одобряющим применение ВPaLM и ВPaL в декабре 2022 года<sup>24,78</sup> это означает, что страны всего мира могут начать незамедлительно предоставлять эти схемы людям, затронутым ЛУТБ. Кроме того, эти схемы будут значительно экономичнее по сравнению с более длительным и токсичным лечением, требующим более интенсивного мониторинга и последующего наблюдения.<sup>79</sup>

необходимо определить приоритетность, провести и/или завершить исследования по изучению безопасности и эффективности схем лечения ВPaL/М ЛУТБ и схем ЛЧТБ на основе рифапентина у беременных/кормящих женщин, женщин в предменопаузе, нуждающихся в контрацепции, и детей до двух лет, а также людей, живущих с ВИЧ (например, получающих долутегравир); именно среди этих ключевых групп последствия ТБ часто бывают наиболее тяжелыми.

## Применение и доступность инструментов

Как указано в Приоритетном Направлении 1, для оказания должного воздействия новые и разрабатываемые инструменты должны охватывать затронутые ТБ сообщества. Эта бездеятельность особенно заметна в замедленном внедрении РВЭД, такой как GeneXpert, который, несмотря на свои недостатки, является лучшим доступным инструментом для выявления ТБ. Аналогично, не общедоступны более короткие схемы лечения; в невыгодном положении находятся отдаленные, труднодоступные и неохлажденные услугами районы. Плохо продвигается внедрение ПЛТБ, за исключением людей, живущих с ВИЧ. Многие правительства задерживают выдачу разрешений или не имеют доступа к рифапентину.<sup>67</sup> Кампания 1/4/6x24 — недавно начатая коалицией людей, переживших ТБ, исследователей, клиницистов, активистов и представителей гражданского общества со всего мира — активизируется для того, чтобы в кратчайшие сроки наилучшие доступные схемы лечения дошли до тех, кто нуждается в них больше всего.<sup>68</sup> [Кейс стади 19]

## Кейс стади 19 Портативный AI-CAD находит затронутых туберкулезом людей в местах их проживания и работы

Средства компьютерной диагностики на основе искусственного интеллекта (AI-CAD) предоставляют возможность автоматизировать и стандартизировать интерпретацию цифровых рентгеновских снимков грудной клетки и ускорить процесс скрининга на ТБ и выявления людей с ТБ. Несколько проектов, финансируемых в рамках инициативы Партнерства TB REACH, демонстрируют результаты внедрения портативных инноваций AI-CAD в труднодоступных общинах.

Некоммерческая общественная организация Фонд Допаси (dopasi.org) внедрила AI-CAD в трех угледобывающих районах **Пакистана**, используя Fuji Film Xair, состоящий из компактного, легкого цифрового рентгеновского аппарата на солнечных батареях, соединенного с программным обеспечением Lunit INSIGHT CXR.80. В этих районах практически отсутствовали медицинские учреждения, электричество и транспортная инфраструктура. В период с 2019 по 2021 год было проведено 117 скрининговых кампаний, 150 242 шахтера и их семьи прошли обследование на ТБ, в том числе 12 495 – с использованием рентгена, а 429 человек с ТБ получили лечение, что увеличило выявление ТБ в районах реализации проекта на 77,5%. Не возникало типичных проблем с качеством, связанных с разрешением снимков, а низкий уровень радиации был подтвержден ведомством ядерной и радиологической экспертизы. Среди трудностей были низкая емкость батареи и перегрев устройства в жару.

Аналогично, PATH (path.org), организация, работающая с государственными и частными структурами, также помогла ускорить диагностику ТБ среди обитателей стихийных поселений в городе Нагпур, **Индия**, используя разработанный Qure.ai инструмент ИИ qXR и тесно сотрудничая с местной ассоциацией радиологов, чтобы обеспечить их поддержку.<sup>81</sup> В течение 2019–20 годов 10 481 человек были направлены на бесплатную рентгенографию грудной клетки, произведенную ИИ, что позволило диагностировать ТБ у 197 человек. Около 13% диагнозов были не распознаны людьми, но выявлены ИИ. Оба проекта, наряду с другими, представлены на Фокус-группе Партнерства "Остановить ТБ" по визуализации туберкулеза на основе ИИ (FG-AITB), которая служит глобальной платформой обмена знаниями для объединения исполнителей, содействия связям Юг-Юг и предоставления технической поддержки для расширения масштабов.

Для мобилизации доступа к новым инструментам требуются оперативные исследования и формирование рынка для облегчения адаптации и внедрения в конкретных условиях, а также переговоры о цене.<sup>25</sup> Респонденты рассказали, что многие из их стран сталкиваются с проблемами доступности, неиспользованными запасами старых препаратов и нормативными препятствиями для импорта новых, что затрудняет внедрение новых инструментов. Также широко распространены инфраструктурные барьеры – существуют проблемы с

## Кейс стади 20 Ускоренное внедрение новых схем лечения с помощью кампании 6/4/1x24

Лишь у немногих есть доступ к наилучшим имеющимся научно обоснованным инструментам в сфере ТБ. Чтобы обеспечить их доступность, наличие, приемлемость и качество, необходимо формирование спроса. Кампания 1/4/6x24 создает необходимый спрос для того, чтобы новейшие инновации быстро попадали к людям.<sup>68</sup> Кампания призывает глобальных доноров и субъектов системы здравоохранения ускорить внедрение и распространение новых коротких методов лечения ТБ, в том числе путем принятия обязательств по достижению целей, установленных сроками, принятия новых руководств ВОЗ, а также амбициозных, ориентированных на инновациях НСП и финансовых программ.

Название кампании происходит от ее главного условия: чтобы страны и другие ответственные лица к концу 2024 года приняли меры по внедрению самых коротких доступных схем лечения – 1 месяц или 1 раз в неделю для профилактики ТБ, 4 месяца для лечения лекарственно-чувствительного ТБ и 6 месяцев для лечения лекарственно-устойчивого ТБ. Кампания уже привлекает внимание и призывает к действиям ключевых игроков борьбы с ТБ, включая Партнерство, ВОЗ, Глобальный фонд и USAID, и наглядно демонстрирует силу общих целей и сплоченной адвокационной кампании в деле подготовки и мобилизации адвокатов из сообщества для того, чтобы заставить ответственных лиц выполнять свои обязательства и нести ответственность. Сюда должно входить снижение и устранение барьеров к сервисам, связанных с правами человека и гендерными аспектами, которые препятствуют доступу к инновациям в сфере ТБ.

# 1/4/6x24



Photo Credit: David Harrison for Treatment Action Campaign

цепочкой поставок при тестировании на ТБ и проблемы облачного хранения данных при внедрении цифровых технологий. На уровне учреждений не хватает технического руководства по лучшим практикам, а в сообществах не хватает запроса со стороны людей, непосредственно затронутых ТБ, из-за плохого доступа к информации. Чтобы преодолеть эти препятствия, необходимы проводимые на уровне сообществ кампании для повышения осведомленности и адвокации. [Кейс стади 20]

## Цифровые инновации

Цифровые технологии вышли на передний план ответных мер на ТБ на фоне заметного роста инноваций в системе здравоохранения. Одобренная ВОЗ портативная компьютерная диагностика (CAD) в сочетании с применением искусственного интеллекта (ИИ)<sup>63</sup>, обещают кардинальные изменения в алгоритмах диагностики ТБ, особенно в темпах скрининга ТБ, с потенциальными преимуществами для бедных ресурсами районов, где не хватает медицинских учреждений и квалифицированных врачей. [Кейс стади 21] Технологии комплексного анализа могут позволить получить информацию о ТБ из учреждений первичной медицинской помощи и других областей для увеличения числа выявленных случаев.<sup>69,70</sup>

### Кейс стади 21 Проведение кампаний по снижению стоимости разрабатываемых новых средств

Патентование и высокая стоимость препятствуют всеобщему доступу к новым ТБ-препаратам и диагностике. Организации, представляющие и объединяющие людей, затронутых ТБ, используют оригинальные подходы для борьбы с этими препятствиями и обеспечения доступности, наличия, приемлемости и адаптируемости продуктов.

С 2019 года в рамках кампании по доступу организация "Врачи без границ" (MSF) координирует кампанию "Время для \$5", направленную на двукратное снижение цены на тест GeneXpert MTB/RIF, учитывая, что компания-производитель Cepheid уже более десяти лет удерживает цену на тест на уровне почти \$10. Кампания по доступу также выступает за снижение цены новейшей схемы для лечения ЛУТБ ВРАLM до цены менее 500 долларов США. Восьмое издание их отчета «ЛУТБ-препараты под микроскопом» призывает смягчить ограничительные условия лицензирования патентов на лекарства между компанией Johnson & Johnson и некоммерческой организацией TB Alliance, чтобы способствовать появлению непатентованных версий новейших схем лечения и сделать их более доступными по цене в странах, которые нуждаются в этом больше всего.<sup>25</sup>

Новое соглашение между Глобальным фондом, Партнерством и Molbio Diagnostics продвигает это на шаг вперед. Одобренные ВОЗ анализаторы Truenat® (MTB, MTB Plus и MTB-RIF Dx) будут доступны по сниженной цене во всех странах, поддерживаемых Глобальным фондом, Партнерством и USAID; Truenat® особенно важен при диагностике и последующем выявлении устойчивости к рифампицину у взрослых и детей с признаками и симптомами легочного ТБ, а также для использования в районах с дефицитом электроэнергии. Данное партнерство будет включать в себя международное стандартное соглашение для обеспечения обязательств по обслуживанию и ремонту, с возможностью распространения аналогичных цен на покупателей из государственного и частного сектора.<sup>82</sup> Это снижение цен должно стать началом диалога, который продолжит процесс сокращения барьеров до их полного устранения.

Кампания против неправомерных патентов на продукцию и ценообразования может помочь преодолеть основные барьеры для доступа к противотуберкулезной помощи.

Респонденты рассказали о том, как цифровые технологии обеспечения приверженности (ЦТОП) меняют методы наблюдения за людьми, проходящими лечение ТБ, и оптимизируют рабочий процесс среди поставщиков услуг. Исследовательские отзывы о лечении под непосредственным видеонаблюдением (vDOT) содержат доказательства того, что оцифровка ДОТ надежна, приемлема и связана с улучшением приверженности по сравнению со стандартной ДОТ; это позволило поддержать видеоДОТ или vDOT в нескольких странах с высоким уровнем дохода.<sup>71</sup> По мере того, как затронутые ТБ сообщества открывают возможности для виртуального предоставления услуг, что обусловлено локдаунами из-за COVID-19, они также надеются, что это позволит сместить акцент с ДОТ на расширение возможностей сообщества – когда люди с ТБ получают информацию и поддержку, необходимые им для прохождения назначенного лечения (также см. Кейс стади 3).

Цифровые платформы постепенно реформируют инфраструктуру эпиднадзора за ТБ, позволяя странам использовать данные в режиме реального времени.<sup>72</sup> Респонденты видят в этом возможность усилить адвокацию, снизить барьеры для получения медицинской помощи и уменьшить неравенство для людей, затронутых ТБ. Что касается систем здравоохранения, то они могут ускорить направление к специалистам, диагностику и мониторинг лечения, а также компенсировать затраты и ограниченные возможности. Инструмент для MPC OneImpact уникальным образом позволяет нескольким затронутым сообществам отслеживать и устранять гендерные и правозащитные барьеры для получения противотуберкулезной помощи, формировать связи между равными и контролировать ответные меры на ТБ на местном уровне.<sup>73</sup>

Однако большинство цифровых инноваций, помогающих в диагностике, мониторинге лечения и эпиднадзоре, еще не получили широкого распространения. Проведенные в рамках данного доклада консультации показывают, что многие страны продолжают составлять отчеты на бумаге – неутешительный вывод, в том числе зафиксированный ВОЗ<sup>74</sup> – и что желательно бы использовать более упрощенные и компактные инструменты, хотя цифровые инструменты были бы ценны для заполнения пробелов в данных. Для внедрения этих инноваций в странах в конечном счете потребуется поддержка правительства, а не только проекты, осуществляемые под руководством доноров. Это возможность для разработчиков взаимодействовать с сообществами, затронутыми ТБ, и гражданским обществом, а также с местными инноваторами.

### Подходы к инновациям

Разработкой новых инструментов для борьбы с ТБ занимаются более десятка субъектов, и еще больше – в цифровом пространстве. За некоторыми исключениями, они работают изолированно, а иногда и конкурируют между собой, что приводит к фрагментарному реагированию на инновации, когда один новый метод бежит наперегонки с другим. Например, внедрение новых методов лечения туберкулеза может быть усилено соразмерными инновациями в диагностических технологиях. Существующие в настоящее время РВЭД-тесты для ЛУТБ передают данные о чувствительности лишь части препаратов, в результате чего сообщества оказываются плохо подготовленными к профилактике, выявлению и реагированию на потенциальную устойчивость к новейшим схемам лечения. Инноваторы должны объединить усилия для разработки

РВЭД, которые будут чувствительны к всей линейке имеющихся на рынке препаратов, а также к тем, которые находятся на II/III стадии клинических испытаний.

Еще одним ограничением является то, что слишком мало инноваторов работают вместе с затронутыми ТБ сообществами над совместным созданием инструментов и их внедрением. Затронутые ТБ сообщества и гражданское общество выражают обеспокоенность тем, что разработчики приходят с готовым инструментом, пытаются затем убедить их в его ценности. В результате инновации редко разрабатываются с учетом принципа равенства и не раскрывают свой потенциал. Сообщества, затронутые ТБ, должны иметь возможность сформулировать свои потребности и использовать их при разработке новых инструментов. Для этого необходимо наращивать их знания и потенциал, а также предоставлять финансирование и свободу действий. Их раннее и значимое вовлечение имеет решающее значение для обеспечения поддержки, одобрения и, в конечном счете, воздействия. [Кейс стадии 22]

Необходимость координации с государственными структурами и нормативно-правовыми системами поднимается в **Приоритетном Направлении 6**, и она жизненно важна для успеха всех инноваций. Глобальный фонд лекарственных средств (Global Drug Facility) предоставляет возможности для преодоления нормативно-правовых барьеров и дефицита поставок, которые часто связаны с медленным внедрением многих новых средств.<sup>75</sup> Ориентированные на доступ мероприятия по добровольному лицензированию, по примеру тех, которые обеспечивает Патентный пул лекарственных средств (MPP) и которые успешно применяются при ВИЧ и ВГС, также могут помочь сэкономить средства и жизни людей благодаря введению гарантий на ранних стадиях процесса НИР для обеспечения доступа к продуктам, которые окажутся эффективными на более поздних стадиях.<sup>76</sup>

## Формирование спроса на разработку и внедрение инноваций в области ТБ

Темпы инноваций в области ТБ явно недостаточны, чтобы успевать за темпами современной пандемии ТБ. Необходимо беспрецедентное привлечение средств для ускорения доступа к новым инструментам и восполнения дефицита финансирования НИР, о котором говорится в следующей главе.

Объединение на начальном этапе усилий разработчиков и намного более щедрых государственных и частных инвесторов с затронутыми ТБ сообществами и гражданским обществом, необходимы для стимулирования рыночного спроса на существующие и следующие поколения препаратов — особенно на вакцину. Страны с высоким уровнем дохода могут бросить вызов коммерческим моделям фармацевтических компаний, ведя переговоры в интересах общества в стране и за рубежом и увеличивая инвестиции в некоммерческие модели, такие

### Кейс стадии 22 Глобальный экспертный совет ТБ-сообщества (TB SAB) как агент изменений в ТБ НИР

Global TB SAB – это группа обладающих научными знаниями активистов из ТБ-сообществ Азии, Европы, Африки, Северной и Южной Америки, которая консультирует научно-исследовательские организации и спонсоров продукции, занимающихся разработкой, оценкой и внедрением новых технологий лечения, диагностики и профилактики ТБ. Она выступает за более инклюзивную повестку дня ТБ НИР с точки зрения дизайна исследований, а также видов фактических данных, которым отдается приоритет при принятии решений по ТБ. В последние годы она использовала обзоры протоколов клинических испытаний для адвокации включения ключевых групп в ТБ-исследования, в том числе детей и беременных. Во многом благодаря их усилиям в сфере ТБ произошел сдвиг: в ряде исследований и инициатив применяется более прогрессивный и инклюзивный подход – например, исследования endTB и endTB-Q позволяют людям, забеременевшим во время исследования, решать, продолжать ли его<sup>83,84</sup>; испытание BEAT Tuberculosis в Южной Африке включает детей до 6 лет и беременных людей в качестве участников<sup>85</sup>; а консорциум Supporting, Mobilizing and Accelerating Research for Tuberculosis Elimination (SMART4TB) под руководством Университета Джона Хопкинса, финансируемый USAID, планирует сделать эти группы населения приоритетными в своих исследованиях<sup>86</sup>, проводимых в рамках проекта, в том числе в партнерстве с грантополучателями CFCS.

TB SAB одновременно работает над тем, чтобы внести свой вклад и улучшить сбор, точность и учет мнений сообщества людей, затронутых ТБ, в процессах принятия решений, которые определяют повестки дня ТБ НИР, приоритеты финансирования и политику. TB SAB повышает значимость мнений и точек зрения людей, имеющих опыт борьбы с ТБ, что позволяет приоритетам людей, затронутых ТБ, иметь больший вес в принятии основных решений в области научных исследований и политик в ТБ. Независимая оценка Global TB SAB подчеркивает его роль в научной адвокации, повышении значимости точки зрения сообщества и выполнении функций агентов изменений в сфере исследований и разработок в ТБ НИР.<sup>87</sup>

как партнерства по разработке новых продуктов. Инновации в области ТБ также страдают от близорукого подхода, сосредоточенного на рыночных продуктах, полученных в результате биомедицинского и технологического прогресса. Необходимы операционные исследования, социальные исследования и исследования на уровне сообществ, чтобы обеспечить их внедрение, преодолеть барьеры и добиться реализации. [Кейс стадии 23] Существует возможность расширить концептуальные представления об инновациях, включив в них интервенции, направленные на решение социальных, экономических и правовых факторов ТБ, особенно барьеров КУГН, помимо его патогенных и эпидемиологических детерминант.

## Кейс стади 23 Оценка готовности городских работников ASHA к оказанию ТБ-услуг в Индии

Аккредитованные в городах социальные активисты здравоохранения (Urban Accredited Social Health Activists, U-ASHA) – это общественные медицинские работники Национальной миссии городского здравоохранения **Индии**, которые связывают общины с медицинскими услугами, выполняя функции консультантов по вопросам здравоохранения, поставщиков услуг и активистов здравоохранения. В 2022–23 годах Фонд медицинских исследований (Foundation for Medical Research, FMR, fmrindia.org) провел пилотное исследование в двух городах, Мумбаи и Пуне, с участием более 300 работников U-ASHA и других заинтересованных сторон, чтобы понять их готовность к оказанию ТБ-услуг на уровне «последней мили» в бедных городских сообществах, а также к содействию вовлечению сообщества в процесс получения своевременной и регулярной ТБ-помощи. Проект осуществлялся в рамках программы Национальной академии наук "Партнерство для расширения участия в исследованиях" (Partnership for Enhanced Engagement in Research, PEER) при софинансировании компании Godrej Industries и поддержке Ассоциации по борьбе с туберкулезом штата Махараштра (MSATBA).

Было установлено, что U-ASHA обладают большим потенциалом в выявлении людей, которые могут быть затронуты ТБ, консультировании людей с ТБ и их семей по вопросам психической поддержки и питания, инфекционного контроля, первичного лечения и снижения побочных эффектов при приеме лекарств, а также снижения стигмы посредством информирования сообщества и внимания к конфиденциальности. Для создания благоприятной экосистемы необходима поддержка со стороны общины и системы здравоохранения. Существующие подходы к обучению посвящают ТБ всего полдня, оставляя U-ASHA минимум времени для изучения основ ТБ, программ и ключевых компонентов ухода, ориентированного на человека, таких как ТБ-стигма, питание, вовлечение семьи или интервенции для пожилых людей и людей с различными прочими потребностями. Также мало внимания уделяется структурной поддержке, такой как схемы оплаты U-ASHA, баланс рабочей нагрузки и контроль рабочего процесса, а также возможности для непрерывного обучения и повышения квалификации. Пилотное исследование выявило важные пробелы, а также возможности для усиления программ по борьбе с ТБ на уровне сообществ и всеобщего охвата.

## ПРИЗЫВ К ДЕЙСТВИЮ

### Ускорить разработку, внедрение и доступ к важным инструментам для ликвидации ТБ

- Разработать и обеспечить к 2025 году наличие и доступность новых ТБ-вакцин для резкого снижения заболеваемости при наличии надежного финансирования.
- Обеспечить, чтобы к концу 2024 года все люди, затронутые ТБ, включая туберкулезную инфекцию и болезнь, а также лекарственно-устойчивый ТБ (ЛУТБ), получали новейшие более короткие схемы лечения.
- Внедрять новую РВЭД в пунктах оказания медицинской помощи, включая те, которые подходят для детей и измеряют лекарственную устойчивость к новейшим и появляющимся схемам лечения, параллельно с разработкой более коротких схем лечения инфекции и заболевания ТБ, основанных на новых формулах.
- Усилить внедрение и инвестиции в цифровые технологии, включая цифровой портативный рентген, диагностику с помощью искусственного интеллекта и механизмы МРС, такие как OneImpact.
- Ускорить внедрение и доступ на рынок новых и новейших инструментов – от разработки и адаптации до внедрения, формирования спроса и оценки – с помощью финансируемых консультативных механизмов сообществ, кампаний под руководством сообществ и оперативных исследований.
- Координировать усилия между разработчиками, например, через глобальные альянсы и некоммерческие партнерства по разработке новых продуктов для создания ориентированных на людей и доступных вакцин, диагностических средств, методов лечения и цифровых технологий для борьбы с ТБ, обеспечивая их защиту от барьеров, связанных с интеллектуальной собственностью, отраслевыми или нормативными ценовыми барьерами, которые препятствуют доступности и дешевизне.



## ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ 4: Инвестировать средства, необходимые для ликвидации туберкулеза

### Введение

Необходимость увеличения финансовых вложений в поддержку ликвидации ТБ прозвучала на всех консультациях, проведенных в рамках данного доклада. Сообщества, затронутые ТБ, и гражданское общество утверждают, что ТБ заслуживает инвестиций в НИР, подобных тем, которые были сделаны в рамках программы COVID-19. В 2020 и 2021 годах COVID-19 унес жизни 2,65 миллиона человек<sup>88</sup>, многие из которых могли быть затронуты ТБ. За этот же период ТБ унес жизни не менее 3 миллионов человек.<sup>5,89</sup> В то время как миллиарды долларов были влиты в ответные меры на COVID-19 и восстановление, едва ли можно было увидеть хоть малейшую толику этих инвестиций из внутренних или внешних источников в ответ на ТБ. Это вопиющая несправедливость, что жизни затронутых ТБ людей имеют меньшую ценность. Эта глава показывает недостаток финансирования на борьбу с ТБ и недопустимую цену этого бездействия.

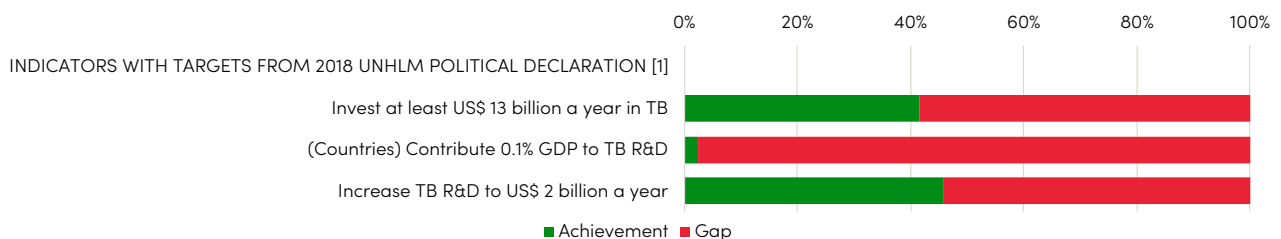
### Текущее положение дел

#### Система показателей

До 2019 года инвестиции в лечение ТБ росли, но снизились в 2020 году, в основном из-за перенаправления ресурсов на поддержку ответных мер на пандемию COVID-19. Ситуация стабилизировалась, когда в 2021 году финансирование борьбы с ТБ достигло 5,4 млрд долларов США, а финансирование НИР достигло рекордно высокого уровня в 915 млн долларов США. Это колоссальные суммы, но ответные меры на ТБ все еще крайне недофинансированы. Сообщества, затронутые ТБ, и гражданское общество выражают сожаление, что мы не прошли и половины пути к достижению финансовой безопасности, обещанной в Политической декларации 2018 года (Рисунок 11).<sup>1,42</sup> По сравнению с инвестициями в другие инфекционные заболевания и основные проблемы здравоохранения, финансирование ТБ по-прежнему несоразмерно мало. Более того, многие инвестиции не привязаны к целям, которые способствуют оказанию ориентированной на человека помощи, таким как СПГ, стигма, внимание к КУГН и равный доступ к лучшим существующим средствам.

## Рисунок 11

Оценочная таблица: инвестирование средств, необходимых для ликвидации ТБ



## Таблица 5

Финансирование, необходимое для ускорения достижения ликвидации ТБ к 2030 году

	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total
<b>Глобальная потребность в финансировании<sup>1</sup></b>	15.7	17.6	20.3	21.9	33.1	32.8	33.6	34.9	209.8

<sup>1</sup> в миллиардах долларов США

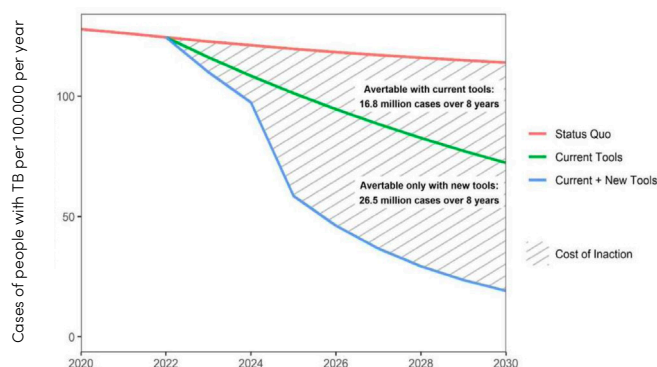
Из Глобального плана по ликвидации ТБ на 2023–2030 годы, Партнерство "Остановить ТБ"; стр. 166<sup>6</sup>



Несмотря на то, что мы отстаем в достижении целей ООН, Глобальный план по ликвидации ТБ на 2023–2030 годы показывает, что ликвидация ТБ возможна, при достаточных финансовых и соответствующих политических инвестициях. По оценкам, 210 миллиардов долларов США — почти в четыре раза больше нынешних инвестиций — помогут нам достичь ликвидации ТБ в течение следующих семи лет (Таблица 5).<sup>6</sup> Окупаемость инвестиций оценивается как колоссальная: к 2050 году экономия на 1 доллар США составит 40 долларов США, а в странах с низким и средним уровнем дохода — 60 долларов США, при этом 16–27 миллионов человек избежат прогрессирования заболевания. С другой стороны, неприемлема стоимость бездействия: почти 1 триллион долларов США при миллионах потерянных жизней (Рисунок 12).<sup>6</sup> Без достаточного и устойчивого финансирования мер в ответ на ТБ прогресс остановится во всех сферах деятельности.

## Рисунок 12

Потенциальная цена человеческих жертв в случае невыполнения Глобального плана на 2030–2023 годы



© Фото: Партнерство "Остановить ТБ", Женева

### Международное финансирование

Около трех четвертей всего международного финансирования ТБ поступает от многостороннего механизма через Глобальный фонд.<sup>5</sup> Размер седьмого раунда рефинансирования Глобального фонда составляет 15,7 млрд. долларов США, что является огромной суммой.<sup>90</sup> Однако только 18,6% средств выделяется на борьбу с ТБ<sup>91</sup>, несмотря на то, что ежегодная смертность от ТБ превышает смертность от ВИЧ или малярии.<sup>92</sup> [Кейс стади 24] В ряде стран также наблюдается резкое сокращение выделяемых ГФ средств, что отчасти связано с экономическим ростом<sup>91</sup>; большинство стран пока не располагают достаточным внутренним потенциалом для покрытия дефицита.

Соединенные Штаты Америки вносят наибольший взнос на двусторонней основе в борьбу с ТБ, покрывая 50% международного финансирования борьбы с ТБ, включая взносы в Глобальный фонд, за ними следуют Франция и Великобритания.<sup>5</sup> Очень немногие другие страны заинтересованы в борьбе с ТБ. [Кейс стади 25]

### Внутренние инвестиции

Расширение политического значения проблемы ТБ привело к повышению ее значимости и стимулировало принятие обязательств, представленных в Политической декларации

на региональном (например, Общая позиция Африки<sup>93</sup>) и национальном уровнях (например, БРИКС<sup>5,94</sup>) Страны БРИКС в совокупности покрывают из внутренних источников две трети всего финансирования ТБ. В последние годы Индия демонстрирует один из самых стабильных приростов финансирования ТБ, также увеличились инвестиции из других затронутых ТБ стран, таких как Бангладеш, Камбоджа и Замбия.<sup>5</sup> Однако большинство стран, затронутых ТБ, продолжают получать поддержку от международных доноров. Как уже говорилось ранее, внутренние инвестиции в ТБ также резко сократились из-за COVID-19 за последние три года.<sup>5</sup>

### Кейс стади 24 Кампании с участием сообществ для последнего пополнения Глобального фонда — показатель не соответствует потребностям

В условиях серьезного финансового давления Глобальный фонд добился рекордных окончательных инвестиций в размере 15,7 млрд. долларов США на 2023 год<sup>90,91</sup>, в значительной степени благодаря сплочению сторонников по всему миру в рамках кампании #FightForWhatCounts («Бороться за то, что важно»). Несмотря на это выдающееся достижение, собранная сумма не соответствует потребностям, особенно для борьбы с туберкулезом. Глобальному фонду необходимо не менее 18 миллиардов долларов США, чтобы вернуть достижения, утраченные во время пандемии.<sup>103</sup>

Некоторые страны-доноры сделали большой шаг вперед, чем другие. Ранние инициативы и лидерство Соединенных Штатов Америки, которые установили высокую планку для всех доноров по увеличению на 30% по сравнению с их последним обязательством, были очень важны для того, чтобы дать возможность адвокатам быть смелее. Такие страны, как Германия и Япония, заранее взяли на себя обязательство по увеличению на 30%, что также дало значительный импульс для поддержки сторонников среди других традиционно "крупных" доноров, таких как Канада и Европейская комиссия, в конечном итоге в Нью-Йорке лидеры которых объявили об увеличении на 30%. Девятнадцать стран выполнили задачу по увеличению на 30% по сравнению с их последним обязательством, включая семь стран-реализаторов проектов. Южная Корея сделала выдающееся пожертвование, увеличив его на 300% с 25 до 100 миллионов долларов США. Великобритания утратила свою многолетнюю ведущую роль в международном развитии, сократив свои обязательства по сравнению с предыдущими годами почти на 30%.<sup>104</sup>

Затронутые ТБ сообщества и организации гражданского общества могут гордиться многочисленными обязательствами в размере 30%, полученными благодаря глобальным совместным усилиям и координации действий друг друга, но им необходимо сохранять особое внимание к мобилизации ресурсов, чтобы раз и навсегда покончить с пандемией. Несмотря на недавние небольшие победы в распределении финансирования заболеваний в портфеле Глобального фонда, ТБ продолжает получать меньше всех по сравнению с ВИЧ/СПИДом и малярией, а дефицит финансирования ТБ составляет более 7 миллиардов долларов США. Мы можем извлечь уроки из успехов и вызовов кампании #FightForWhatCounts для обеспечения ресурсов, необходимых для #EndTB.<sup>104</sup> Учитывая растущее использование донорами Глобального фонда "выделенных средств", можно надеяться, что существует непосредственная возможность увидеть увеличение финансирования ТБ непосредственно из этих источников, которую ТБ-сообщество должно изучить.

## Наиболее игнорируемые сферы

### НИР

В годовом отчете Группы действий по лечению (Treatment Action Group's, TAG) приводится информация о рекордных инвестициях ТБ НИР в 2021 году в размере 915 миллионов долларов США.<sup>95s</sup> Взносы поступали от государственных фондов (70%), благотворительных доноров (14%), частного сектора (10%) и многосторонних структур (6%). Большинство средств поступило от правительств северных стран и нескольких агентств, таких как Фонд Билла и Мелинды Гейтс, Национальные институты здравоохранения США, UNITAID, USAID. Взносы частных и благотворительных организаций, а также стран со средним и высоким уровнем дохода, включая многие страны Большой семерки, были очень низкими, в отличие от предыдущих лет. Только три из 215 стран, затронутых ТБ, — Ирландия, Филиппины и Южная Африка — выполнили контрольный показатель финансирования ТБ НИР, определяемый как 0,1% от общего объема НИР.<sup>5</sup> Инвестиции в препараты и вакцины со стороны фармацевтической промышленности были особенно скудными<sup>95</sup>; считается, что ТБ не приносит большой отдачи от инвестиций, несмотря на доказательство обратного.<sup>96</sup> Другие многосторонние структуры, такие как GAVI, Коалиция за инновации в области обеспечения готовности к эпидемиям (Coalition for Epidemic Preparedness Innovations, CEPI) и банки развития, также не выделили значительных ресурсов на поддержку инноваций в ТБ. Это резко контрастирует с поддержкой, оказанной COVID-19.

Около 35% финансирования ТБ НИР направляется на исследования лекарственных препаратов, 17% — на исследования в области фундаментальных наук, 16% — на оперативные и эпидемиологические исследования, 15% — на исследования в области диагностики, 12% — на исследования вакцин, и 5% — на исследовательскую инфраструктуру и неуказанные проекты.<sup>95</sup> По сравнению с предыдущими годами в 2021 году увеличились инвестиции в противотуберкулезные препараты, диагностику, оперативные и эпидемиологические исследования, но эти достижения были сведены на нет сокращением исследований в области педиатрии и снижением финансирования вакцин.<sup>95</sup> Отсутствие гарантированного финансирования на разработку эффективной вакцины против болезни, которая живет с человечеством на протяжении веков и продолжает оставаться одной из основных причин смерти от инфекции, должно быть постыдным для всего нашего общества. Чтобы оценить ситуацию, в первый год пандемии COVID-19 в разработку вакцины COVID-19 был вложен 51 миллиард долларов США, и уже через год на рынке появилась не одна, а три новые вакцины.<sup>97</sup> В 2021 году, напротив, на НИР по разработке вакцины против туберкулеза было потрачено не более 120 миллионов долларов США.<sup>95</sup>

Технические эксперты и исследователи, с которыми проводились консультации для данного доклада, подчеркивают, что нельзя недооценивать дефицит финансирования ТБ НИР. Он лежит в основе отставания в сфере ТБ-инноваций. В период с 2023 по 2030 год, по оценкам Глобального плана по ликвидации ТБ, разработанного Партнерством, необходимо 40 миллиардов долларов США для ускорения НИР в разработке новых лекарств и схем лечения ТБ, диагностики и вакцин.<sup>6</sup> Существуют также неиспользованные

### Кейс стади 25 Хроническое недофинансирование борьбы с ТБ в Западной и Центральной Африке

На африканском континенте расположены 17 из 30 стран с высоким бременем ТБ. Во многих странах отмечаются низкие показатели выявления ТБ, усугубившиеся во время пандемии. Например, в Габоне в 2020 году на 80% снизилось число выявлений по сравнению с 2019 годом. По данным Африканского регионального бюро ВОЗ, на выявление существенно влияет недостаточное финансирование национальных программ по борьбе с ТБ. Региональный директор ВОЗ по Африке д-р Матшидисо Ребекка Моети заявил в 2022 году: "Мы должны положить конец хроническому недофинансированию, которое поддерживает бремя ТБ на высоком уровне, оставляет огромное количество людей невыявленными и подрывает профилактику и лечение".<sup>105</sup> Это особенно характерно для Центральной и Западной Африки по сравнению с остальной частью континента. Южная Африка, например, постоянно увеличивает внутреннее финансирование на борьбу с ТБ, вплоть до 81% в 2020 году. Напротив, В Камеруне внутренние инвестиции в борьбу с ТБ сократились почти на 40% в период с 2019 по 2020 год.<sup>106</sup>

Франкоязычные респонденты из Африки, принявшие участие в онлайн-опросе Deadly Divide 2.0, также назвали недостаток финансирования одной из основных проблем, заявив, что ТБ является низким приоритетом для национальных правительств, которые в значительной степени полагаются на внешних доноров. В 2023 году Expertise France/L'Initiative запустила "Акселератор", новый механизм, призванный помочь в решении этих проблем, с возможностями для действий, основанных на заявленных потребностях стран и партнеров. Предоставление специализированной поддержки гражданскому обществу и общественным организациям было частью рекомендаций внешней оценки, поддержанной французскими организациями гражданского общества, входящими в руководящий комитет.

возможности для привлечения инвестиций в COVID-19 для поддержки ТБ НИР - этот вопрос рассматривается в следующей главе.

### СПГ и снижение стигмы

Успех CFCS, внедренного в рамках Приоритетного направления 2, является важным достижением в продвижении процесса вовлечения и расширения прав и возможностей сообществ, а также внимания к СПГ ТБ. В 2022 году 11-й раунд финансирования CFCS достиг рекордной суммы в 10,5 млн долларов США, что в 20 раз превышает объем финансирования, полученного в 2007 году, когда он был запущен впервые, а поддержка оказывается 100 организациям в 29 странах (**Рисунок 13**). Он остается основным механизмом предоставления грантов, передающим полномочия в руки представителей сообществ, гражданского общества и низовых организаций для осуществления деятельности, направленной на решение проблем КУГН. Результаты показывают, что сообщества, затронутые ТБ, могут значимо продвигать повестку дня по ТБ, управлять более

масштабными инвестициями и, при технической поддержке Партнёрства, способствовать институционализации СПГ в странах для поиска людей с ТБ, не охваченных услугами здравоохранения. [Кейс стади 26] Наряду с CFCS, все больше ожидается, что гендерные вопросы будут рассматриваться в заявках Глобального фонда, USAID и TB REACH, а также в ТБ НИР по ТБ в более широком смысле, особенно в эпидемиологических и оперативных исследованиях.

Однако в рамках архитектуры финансирования борьбы с ТБ финансирование СПГ и снижения стигмы ничтожно мало. В среднем, несмотря на экспоненциальный рост, CFCS смог удовлетворить только 25% спроса из ограниченного числа стран. Это свидетельствует о растущем спросе со стороны местных партнеров на работу, связанную с СПГ, и о наличии значительных возможностей для роста CFCS. Перед лицом конкурирующих целей ПГРП и ВОУЗ, а также ограниченных ассигнований<sup>98</sup>, каталитическое финансирование стратегических инициатив, которые обычно поддерживают ТБ СПГ, может быть первым вычеркнуто из повестки дня доноров. Если мы не усилим финансирование CFCS и не расширим поддержку на все страны, затронутые ТБ, то не будет никакой страховочной сетки для поддержки приоритетов сообщества, которые играют важную роль в поиске людей с ТБ, не охваченных услугами здравоохранения. USAID выступает за решение приоритетных задач сообщества и местной ответственности через CFCS, среди прочих инициатив. Global Affairs Canada также внесла значительный вклад, например, в рамках инициативы TB REACH. Страны Европейского Союза могут последовать этому примеру и помочь устранить этот критический пробел.

## Катастрофические расходы, с которыми сталкиваются семьи, пострадавшие от туберкулеза

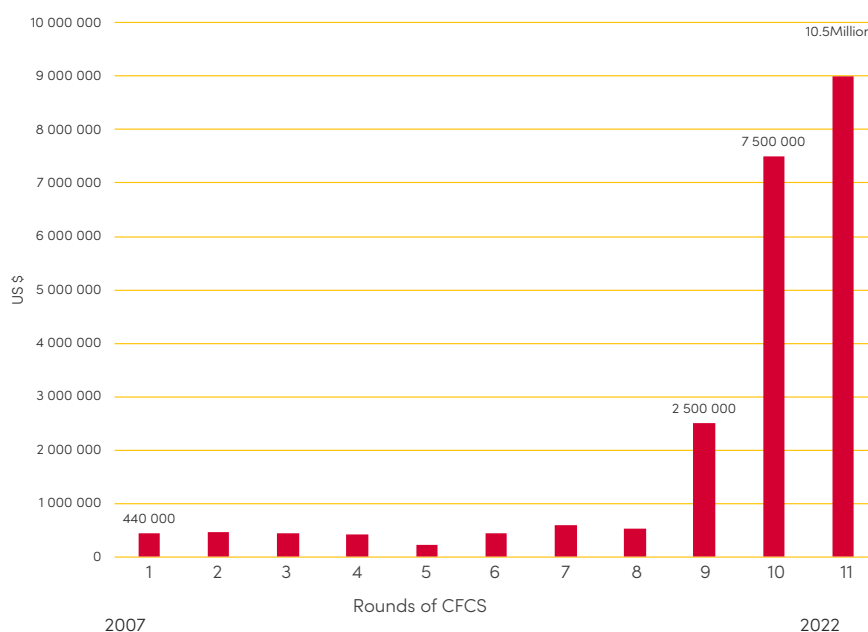
Практически отсутствует финансирование социальной, в том числе экономической и правовой, защиты затронутых ТБ людей. Не существует бюджета, поддерживающего глобальную цель по устранению катастрофических затрат, с которыми сталкиваются затронутые ТБ семьи. Инвестиции в экономическую защиту сообществ, затронутых ТБ, требуют многосекторального и правового подхода, а также специального финансирования для поддержки этих усилий. В настоящее время в большинстве стран нет бюджета, выделенного на другие направления, через которые люди, затронутые ТБ, могут получить доступ к социальному обеспечению или другим льготам; этот вопрос поднимается в [Приоритетном Направлении 6](#).

## Срочная необходимость в более значительном, стабильном и разноплановом финансировании

Необходимо срочно ликвидировать пробел в финансировании ТБ с помощью более крупных и стабильных инвестиций и расширения как спектра финансирующих организаций, так и приоритетов финансирования.

# Рисунок 13

Рост финансирования программы Challenge Facility for Civil Society за 11 раундов, 2002-2007 гг.



Courtesy, Партнёрство «Остановить ТБ»

## Кейс стади 26 Увеличение финансирования СПГ в Демократической Республике Конго

**Демократическая Республика Конго** (ДРК) входит в число 30 стран с высоким бременем ТБ, ТБ/ВИЧ и мульти-ЛУТБ. Она также является одной из 13 стран мира, на которые приходится 75% людей с ТБ, не охваченных лечением.<sup>5,55</sup> Для оценки барьеров в области прав человека и гендерных проблем, с которыми сталкиваются КУГН, в 2018 году НТБП ДРК и организация, возглавляемая людьми, затронутыми ТБ, Club des Amis Damien провели оценку СПГ. Была получена поддержка от НТБП в рамках инициативы Глобального фонда по поиску людей с ТБ, не охваченных лечением. Далее НТП при содействии CAD разработал трехлетний план действий по СПГ (РА-СПГ 2021-2023).<sup>107</sup>

Для принятия решений по Новой модели финансирования 4 НМФ4 в рамках 7-го грантового цикла Глобального фонда НТБП поручила СТП провести тщательный анализ ПА-СПГ 2021-23, чтобы обеспечить включение СПГ в НСП по ТБ на 2024-2028 годы и их приоритетность, а также включить их в запрос на финансирование НМФ4. В результате этих усилий, мероприятия в рамках успешного GS7 ДРК включали несколько направлений по СПГ: смягчение и преодоление барьеров для СПГ ТБ; расширение масштабов МРС ТБ; продвижение и защита прав человека; продвижение гендерно-чувствительных программ; и интеграция СПГ ТБ в предоставление услуг в области ТБ.

Финансовые запросы Глобального фонда предоставляют НТБП значительные возможности для увеличения инвестиций в ТБ СПГ. Страны могут использовать пакет поддержки сообществ Партнерства для выявления, смягчения и преодоления барьеров СПГ в ТБ-программах, а также для поиска и лечения людей с ТБ, не охваченных системой здравоохранения.

В настоящее время ответные меры на ТБ в значительной степени зависят от одного многостороннего донора (Глобальный фонд) и очень небольшой группы двусторонних доноров (в основном из США). Инвестиции из других двусторонних источников и из частного сектора необходимы для формирования заинтересованности в ТБ и для финансирования нестандартных решений, которые могут быть упущены в рамках многосторонних механизмов, особенно для специфическими для региона или страны проблем, связанных с КУГН. Например, в 2020 году общий ВВП стран G20, на долю которых приходится 50% глобального бремени ТБ, составлял 66 трлн долларов США, а в 2026 году он прогнозируется на уровне 99 трлн долларов США. По оценкам Партнерства, мобилизация всего 0,01% этого коллективного ВВП позволит выделить дополнительно 6 миллиардов долларов США в год на борьбу с ТБ сейчас и 10 миллиардов долларов США в год к 2026 году.<sup>99</sup>

На горизонте появляются новые источники финансирования, такие как финансирование в рамках ПГРП/COVID-19, списание кредитов Всемирного банка Глобальным фондом и краудфандинг.<sup>100-102</sup> В дальнейшем необходимо изучить эти новые источники финансирования,

## Кейс стади 27 Организации гражданского общества привлекаются к борьбе с ТБ в Ботсване посредством механизма социального заказа

Социальный заказ предполагает, что организации гражданского общества (ОГО) получают государственное финансирование в виде грантов, контрактов или соглашений о сотрудничестве для предоставления социальных услуг, таких как профилактика заболеваний, лечение, уход и поддержка. Контракт на социальный заказ свидетельствует о признании правительством роли субъектов гражданского общества, включая их навыки работы с населением, авторитет в сообществе и глубокое знание контекста и приоритетов сообщества.

Министерство здравоохранения и социального обеспечения и Национальное агентство по СПИДу и укреплению здоровья правительства **Ботсваны** регулярно заключают социальные контракты с ОГО. Ботсванская сеть по этике, праву и ВИЧ/СПИДу (Bonela, bonela.org) успешно провела образовательные и коммуникационные кампании; предоставила услуги по лечению ТБ, ВИЧ и сопутствующей помощи; обучила медицинских работников, в том числе по КУГН; разработала стратегии по снижению стигмы; выступила за гендерное равенство и законодательные изменения для устранения нарушений прав человека; провела оценку ТБ СПГ. Для поддержания достигнутого прогресса в докладе определены несколько рекомендаций по включению в механизмы и руководства по заключению социальных контрактов: финансирование по результатам работы, предсказуемое финансирование, четкие и общие руководства по финансированию (во всех государственных секторах), упрощенная отчетность, прозрачность заключенных социальных контрактов, а также включение и вовлечение ОГО в финансирование здравоохранения, мониторинг и оценку социальных контрактов. Это поможет ОГО более активно участвовать в национальных мероприятиях по борьбе с ТБ и будет способствовать повышению подотчетности в национальных мероприятиях по борьбе с ТБ.

чтобы расширить возможности для внутренних инвестиций в ТБ и использовать финансирование в рамках ПГРП и ВОУЗ для ликвидации ТБ. Это не только повысит эффективность распределения и техническую отдачу от средств, доступных странам, но и позволит спасти жизни людей в целом.

Опираясь на успехи, достигнутые в других областях здравоохранения, инновационные модели финансирования могут привлечь новых инвесторов и в ТБ. Социальные контракты, облигации на социальное воздействие, недорогое долговое финансирование, объединенные донорские трасты и другие модели могут проложить путь для устойчивых программ с высоким эффектом, а также тех, которые могут возглавить затронутые сообщества и гражданское общество. Схемы совместного финансирования могут помочь мобилизовать ресурсы в рамках различных программ, например, в сфере первичной помощи, чтобы снизить затраты еще до получения доступа к бесплатным услугам (например, до скрининга и диагностики ТБ). В основе любой устойчивой инвестиции должны лежать забота о людях и заинтересованность на местном уровне, а также укрепление доверия между заинтересованными

сторонами и МРС для привлечения доноров к ответственности за взятые на себя обязательства. [Кейс стади 27]

Диверсификация полномочий по финансированию также имеет решающее значение. Многие приоритетные для сообщества мероприятия постоянно недофинансируются. Проблемы, связанные с СПГ, включая катастрофические расходы, которые несут затронутые ТБ семьи, могут быть решены — а обязательства в рамках Политической декларации выполнены — путем разработки схем финансирования для обеспечения и продвижения социальной, правовой и экономической защиты людей и семей, затронутых ТБ, и расширения их масштабов за счет региональных и межсекторальных усилий. Показатели равенства, которые теперь ожидаются от заявок Глобального фонда, могут помочь привлечь внимание к этим приоритетам сообществ. Включение в заявки Глобального фонда приложения, посвященного сообществам, может обеспечить включение этих приоритетов сообществ в схемы финансирования и их признание в национальных бюджетах. Тем не менее, CFCS уже доказал свою эффективность в качестве механизма поддержки СПГ в борьбе с ТБ. Увеличение финансирования для всех стран, затронутых ТБ, может ускорить его воздействие и помочь достичь ликвидации ТБ к 2030 году.

ТБ НИР в области ТБ должны сыграть свою роль в этой диверсификации. Предстоящая программа USAID SMART4TB обещает инвестиции в размере 200 миллионов долларов США для создания исследовательского потенциала и оценки новых, революционных подходов к профилактике, диагностике, лечению и уходу, а также перевода исследований в практическую и политическую плоскость. Это будут одни из самых крупных инвестиций в исследования туберкулеза со стороны любого донорского агентства, и в числе приоритетов — внимание к женщинам и детям.<sup>66</sup>

Нельзя не признать, что беспрецедентные события, такие как пандемия COVID-19 и война в Украине, приведут к серьезным сбоям в финансировании ТБ в мире и/или в отдельных регионах. Средства, предназначенные для борьбы с ТБ, не всегда оговариваются и легко перенаправляются без последующего возмещения. Политическое внимание и инвестиции в настоящее время также разделены, а новая энергия и механизмы ПГРП угрожают оставить ТБ без внимания — несмотря на совпадение повесток дня. Тем не менее, ответные меры на пандемию COVID-19 показывают, что при широкомасштабных совместных инвестициях и многосекторальных действиях можно победить инфекционное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем, которое во многом пересекается с ТБ. Действительно, финансирование ТБ, включая ТБ НИР, может быть эффективно использовано путем более тесной увязки с ПГРП, ВОУЗ и УПП для мобилизации ресурсов и содействия повсеместному продвижению усилий по элиминации. Эти вопросы рассматриваются в следующей главе.

## ПРИЗЫВ К ДЕЙСТВИЮ

### Инвестировать средства, необходимые для ликвидации туберкулеза

- Ликвидировать дефицит финансирования борьбы с ТБ за счет инвестиций в размере 210 млрд. долларов США в период с 2023 по 2030 год, включая 40 млрд. долларов США на ТБ НИР, для выполнения шести призывов к действиям и реализации Глобального плана по ликвидации ТБ.
- Поддерживать пополнение глобальных механизмов финансирования, таких как CFCS Партнерства и TB REACH, Глобальный фонд и Unitaid, с пропорциональным выделением средств на ТБ, а также для сообществ, затронутых ТБ, и партнеров из гражданского общества.
- Мобилизовать внутренние ресурсы для борьбы с ТБ и интегрировать их в системы здравоохранения для повышения эффективности существующих инвестиций и снижения зависимости от внешних фондов.
- Устранить катастрофические затраты, с которыми сталкиваются домохозяйства, затронутые ТБ, посредством многосекторальных инвестиций, координации и соблюдения правовых рамок.
- Инновационное финансирование для расширения пула инвесторов и повышения эффективности расходов на ТБ.
- Обеспечить признание ТБ и его включение в инвестиции в профилактику пандемий, обеспечение готовности и ответные меры, борьбу с устойчивостью к противомикробным препаратам и всеобщий охват услугами здравоохранения.



## ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ 5: Приоритет ТБ в предотвращении, готовности и реагировании на пандемии (ПГРП), устойчивость к противомикробным препаратам (УПП) и всеобщем охвате услугами здравоохранения (ВОУЗ)

### Введение

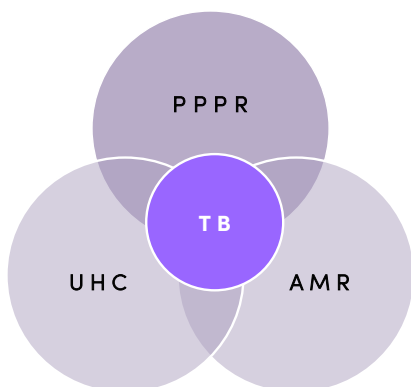
Принятое в Политической декларации 2018 года обязательство преобразовать ответные меры на ТБ, чтобы они были справедливыми, основанными на правах человека, включали обязательства по улучшению всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) и рациональному использованию противомикробных препаратов.<sup>142</sup> В 2020 году мир столкнулся с пандемией COVID-19, что позволило повсеместно сосредоточиться на предотвращении, готовности и реагировании на пандемии (ПГРП).

Конвергентное воздействие всех трех направлений – ПГРП, ВОУЗ и УПП – на ответные меры по борьбе с ТБ было признано в Отчете о ходе выполнения Политической декларации за 2020 год<sup>108</sup>. Странам было предложено обеспечить профилактику и лечение ТБ в контексте COVID-19 и других появляющихся рисков, провести мониторинг и анализ влияния пандемии на противодействие ТБ, в том числе с привлечением сообществ и гражданского общества, и "укреплять свои позиции", опираясь на уроки, полученные в ходе противодействия пандемии, повышая устойчивость ТБ-программ, реализуя планы восстановления для достижения целевых показателей и используя новые цифровые технологии. Им также было рекомендовано развивать УГК, чтобы обеспечить доступ к недорогому качественному уходу для всех людей, затронутых ТБ, и включить ЛУТБ в национальные стратегии и планирование борьбы с устойчивостью к противомикробным препаратам (УПП).

Поэтому сообщества, затронутые ТБ, и гражданское общество подчеркивают приоритетность ТБ в рамках усилий по ПГРП, ВОУЗ и УПП не только для обеспечения ответных мер на ТБ, но и для стимулирования синергетического эффекта. (Рисунок 14).

## Рисунок 14

Обеспечение приоритетности борьбы с ТБ в ПГРП, ВОУЗ и УПП



### ПГРП должны уделять приоритетное внимание продолжающейся пандемии ТБ

Глобальный ответ на последнюю пандемию в мире превзошел все, что наблюдалось в истории древнейшей непобежденной пандемии. Самый главный урок заключается в том, что при наличии достаточной политической воли и финансирования для противостояния кризису могут объединиться ученые, инноваторы, государственные и негосударственные структуры, а также затронутые сообщества и гражданское общество. Они могут преодолеть разногласия и нормативные препятствия, провести тщательные исследования, создать рыночный спрос, ускорить доступ к инструментам и услугам и радикально изменить скорость действий с целью достижения результата.

Тем не менее, ответ на COVID-19 не обошелся без изъянов. Они вскрыли огромное неравенство и пробелы во внедрении вакцин, привлекли внимание к катастрофическим затратам, с которыми столкнулись затронутые сообщества — например, к 2021 году более 150 миллионов человек оказались в крайней нищете — нарушениям прав человека, а также долгосрочным и психическим последствиям для здоровья.<sup>109,110</sup> Респонденты данного доклада рассказали о том, как людей с ТБ неоправданно ограничивали, а некоторых арестовывали во время получения ТБ-препаратов, и о непропорционально большом влиянии на КУГН.

ТБ, являющийся пандемией сам по себе, способен многое предложить в качестве ответа на текущие и будущие пандемии.<sup>111</sup> Действительно, первоначальный ответ на COVID-19 был построен на знаниях, инфраструктуре и опыте ТБ-программ, которые были быстро переведены на поддержку скрининга, отслеживания контактов, снижения стигмы, поддержки "равный равному", мониторинга под руководством сообщества, двунаправленной диагностики, человеческих ресурсов и медицинских учреждений для людей, пострадавших от COVID-19. Во время локдауна и ограничений COVID-19 затронутые ТБ сообщества и гражданское общество разработали инновационные подходы для сохранения непрерывности ухода за людьми, проходящими ТБ-терапию, а также скрининга и тестирования на ТБ в сообществах, которые, как они знали, в значительной степени подвержены воздействию обеих инфекций, вплоть до использования ресурсов COVID-19 для охвата людей с ТБ. [Кейс стади 28] Они выявили барьеры СПГ, которые могут послужить основой для разработки ПГРП в более широком смысле. [Кейс стади 29] Они также сыграли важную роль в механизме реагирования Глобального фонда на COVID-19 (C19RM), получили финансирование и участвовали в разработке запроса на финансирование, что впоследствии помогло обеспечить представительство приоритетов ТБ-сообщества в ответных мерах на ТБ.<sup>112</sup>

## Кейс стади 28 Использование в Нигерии ускоренного внедрения вакцины COVID-19 для поиска людей с ТБ, не охваченных лечением

В декабре 2021 года USAID запустил Инициативу по глобальному доступу к вакцинам (GloVax) для активизации внедрения и расширения масштабов вакцины COVID-19 в странах Африки к югу от Сахары.<sup>122</sup> Видя, что пандемия COVID-19 привела к снижению показателей выявления туберкулеза во многих странах, Фонд KNCV TB Foundation **Нигерия** (kncvНигерия.org) — исполнитель проекта USAID TB LON и получатель гранта GloVax — воспользовался возможностью активизировать скрининг на туберкулез наряду с вакцинацией COVID-19 в семи штатах страны.<sup>123</sup> "Опираясь на грант по COVID-19, мы изучили, что мы можем сделать, чтобы способствовать [выявлению людей с] активным ТБ и усилить наши мероприятия по борьбе с ТБ", — объяснил д-р Бетранд Одуме, исполнительный директор KNCV Нигерия .

Как это было реализовано в сообществах, затронутых туберкулезом и COVID-19? При финансировании GloVax нигерийская организация KNCV приобрела трехколесные велосипеды, которые они назвали "Wellness on Wheels Keke" (WoK). Они были переоборудованы и оснащены портативными цифровыми рентгеновскими аппаратами (DLB), аппаратами Truenat и TB LAMP для выявления туберкулеза и одновременного улучшения скрининга на COVID-19, а также распространения и принятия вакцины. От рынков до домов, в отдаленные и труднодоступные населенные пункты, WoK доставлял медицинскими работниками вместе с обученными добровольцами из местных сообществ для скрининга на COVID-19 и ТБ, регистрации результатов и вакцинации против COVID-19. Проект также использовал средства гранта GloVax для закупки дополнительных цифровых рентгеновских аппаратов.

KNCV Нигерия использовала скрининг на туберкулез, а также скрининг и лечение хронических заболеваний, таких как гипертония и диабет, в качестве "стимула" для вовлечения сообществ в ответ на COVID-19 и развеивания мифов, которые подпитывали нерешительность в отношении вакцины COVID-19. Многие сообщества, более знакомые с ТБ, стали более открытыми для общения на тему COVID-19, когда их поощряли таким образом. В течение трех месяцев в рамках проекта удалось вакцинировать более 1 миллиона человек и провести скрининг на ТБ, гипертонию и диабет. Результаты одного штата показали, что 4076 человек прошли скрининг на туберкулез, в результате чего диагноз туберкулеза был поставлен 35 людям в течение четырех недель. Основной вывод KNCV из этого мероприятия заключается в том, что, используя различные медицинские интервенции в рамках интегрированного подхода к предоставлению медицинских услуг для увеличения охвата скринингом на ТБ, можно улучшить выявление ТБ и связь с лечением.

## Кейс стади 29 Уроки, извлеченные из опыта деятельности сообщества во время COVID-19 для ТБ КУГН и ПГРП

Поскольку многие системы здравоохранения сделали приоритетным ответ на COVID-19, инновации под руководством сообществ стали критически важными для обеспечения непрерывности ухода за людьми, затронутыми ТБ, особенно благодаря поддержке людям, пережившим ТБ, консультантов равный-равному и других общественных медицинских работников (ОМР). Global Coalition of Tuberculosis Advocates (gctacommunity.org), KHANA (khana.org.kh), Партнерство «Остановить ТБ» Кения (stopitbkenya.org) и Партнерство «Остановить ТБ» Индонезия (stopitbindonesia.org) изучили модели предоставления услуг на уровне сообществ в **Камбодже, Индии, Индонезии** и **Кении** и извлекли уроки, имеющие значение для предоставления услуг, ориентированных на СПГ, при пандемиях сегодня и завтра.<sup>124</sup>

1. Большинство ОМР, включая переживших ТБ, не получают достойной компенсации, несмотря на то, что выполняют разъяснительную, логистическую и лечебно-профилактическую работу.
2. Все кадры ОМР должны быть переведены на профессиональную основу и получать справедливую компенсацию в соответствии с международными законами о труде и правах человека. Это включает финансирование для развертывания телефонной службы и доступ к средствам индивидуальной защиты (СИЗ) для минимизации профессиональных рисков.
3. Даже если цифровые технологии процветают и обеспечивают доступ к сервисам для многих людей, неравенство может усилиться среди отдельных групп населения, таких как пожилые люди и люди без смартфонов, которые упускают возможность получить поддержку онлайн, испытывают большую социальную изоляцию и, таким образом, сталкиваются с ухудшением качества сервисов. Цифровое неравенство должно быть преодолено в рамках ПГРП.
4. КУГН, такие как люди с сопутствующими проблемами и коморбидными заболеваниями, будут иметь особые диагностические, лечебные, экономические и социальные потребности из-за локдауна во время пандемии. Необходимо планировать ориентированные на людей, справедливые подходы для удовлетворения таких потребностей, как тестирование на дому/самостоятельное тестирование, денежная поддержка и продовольственная безопасность.
5. Нельзя недооценивать продовольственную помощь как фактор, способствующий приверженности лечению ТБ. Страны должны предусмотреть в бюджете средства на продовольственную помощь, чтобы не допустить того, чтобы работники КСР залезли в собственный карман для удовлетворения потребностей людей, которых они обслуживают.
6. Затронутые группы населения необходимо привлекать на всех уровнях, в том числе путем представительства и значимых консультаций в качестве технических экспертов в национальных органах принятия решений, таких как Фонда Пандемии, предстоящая платформа ВОЗ по будущим медицинским контрамерам и группы по политике в области диагностики.

Опыт сообществ, затронутых ТБ, и гражданского общества, участвовавших в противодействии ТБ во время пандемии COVID-19, может быть использован для обеспечения того, чтобы в будущем противодействие ТБ и другим пандемиям оставалось правозащитным, гендерно-чувствительным и ориентированным на сообщества.

Настало время для противотуберкулезного сообщества вынести на обсуждение ПГРП богатый интеллектуальный опыт, накопленный за десятилетия работы в сфере ТБ, использовать наблюдения и уроки, извлеченные из COVID-19, чтобы защитить инвестиции в ТБ, использовать инвестиции, направленные на восстановление после пандемии, для ускоренного реагирования на ТБ и устранить барьеры СПГ, затрагивающие сообщества во время кризиса. [Кейс стади 30]

Не может быть разговора о ПГРП без обязательств и действий по ликвидации ТБ. Фонд финансового посредничества для ПГРП, обычно называемый "Фондом Пандемии", представляет собой совместное партнерство с участием правительств стран-доноров, стран-соинвесторов, фондов, организаций гражданского общества и международных агентств, поддерживающее долгосрочное финансирование важнейших ПГРП. Не может быть разговора о ПГРП без обязательств и действий по ликвидации ТБ. Фонд финансового посредничества для ПГРП, обычно называемый "Фондом Пандемии", представляет собой совместное партнерство с участием правительств стран-доноров, стран-соинвесторов, фондов, организаций гражданского общества и международных агентств, поддерживающее долгосрочное финансирование важнейших ПГРП. При поддержке Всемирного банка и при техническом руководстве ВОЗ фонд только что утвердил грант первого раунда в размере 300 миллионов долларов США для стран с низким уровнем доходов.<sup>113</sup> Финансирование для борьбы с текущими пандемиями, такими как ТБ, должно быть встроено в эти схемы ПГРП, извлекая уроки из методов общественного здравоохранения и инфекционного контроля в прошлых и текущих пандемиях, а также синергетических усилий между программами, наблюдавшихся в течение последних трех лет.

## ТБ должен стать частью глобального ответа на УПП

ТБ – одно из самых смертоносных и изнурительных инфекционных заболеваний. Туберкулезная палочка склонна к лекарственной устойчивости. Ежегодно у полумиллиона человек развивается рифампицин/мультирезистентный ЛУТБ, и менее половины успешно лечатся; только треть людей с широкой лекарственной устойчивостью излечиваются. Смерть от ЛУТБ составляет примерно четверть всех смертей, вызванных бактериями с УПП. Тем не менее, в глобальных итерациях планирования ответных мер на УПП, ТБ неоднократно и непростительно упускается из виду. Он исключен из основных схем финансирования борьбы с УПП, и уж тем более ему не уделяется никакого приоритета.<sup>114</sup>

Глобальные стратегические приоритеты в отношении УПП<sup>115</sup> направлены на его ключевые детерминанты, включая злоупотребление и чрезмерное использование противомикробных препаратов, плохую диагностику, ненадлежащее лечение и практику назначения препаратов, а также плохую профилактику и контроль инфекций, посредством многосекторальной координации и усиленного эпиднадзора. Эти детерминанты очевидны в возникновении ЛУТБ, а многосекторальность ярко выражена в ответных мерах на ЛУТБ. Существует очевидный синергетический эффект, который можно получить, если включить УПП в ответ на ТБ и наоборот.<sup>116</sup> Как и любое другое бактериальное

## Кейс стади 30 Инновационные меры борьбы с ТБ на фоне дестабилизации, вызванной COVID-19

Во многих странах пандемия COVID-19 негативно повлияла на работу ТБ-служб. При поддержке затронутых сообществ страны внедрили ряд подходов, поддерживающих непрерывность противотуберкулезной помощи, включая сокращение частоты визитов медицинских работников к людям с ТБ для лечения и поддержки, выдачу запаса ТБ препаратов при каждом визите до одного месяца или более, а также расширение использования дистанционных консультаций и цифровых инструментов. ВОЗ также задокументировала примеры передовой практики в 2021 году, чтобы распространить новые знания и уроки, извлеченные из адаптации противотуберкулезной помощи при поддержке сообществ.<sup>125</sup> Например:

В Индии сотрудники ТБ лаборатории были направлены для участия в ответных мерах COVID-19, что оставило пробелы в диагностике ТБ. Общественная организация "Новаторы в здравоохранении", штат Бихар, приобрела дополнительный аппарат GeneXpert и наняла сотрудников лаборатории, и использовала картриджи, предоставленные округом. Нанятые правительством общинные медицинские работники, осуществляющие надзор за людьми, проходящими лечение от ТБ, дополнительно оказывали услуги на всем протяжении оказания ТБ-помощи и способствовали раннему выявлению. Возможности тестирования Xpert MTB/RIF в рамках программы борьбы с ТБ увеличились на 67%, а также улучшились показатели тестирования двух сопутствующих заболеваний – ВИЧ и диабет – за счет использования частных лабораторий, что позволило проекту достичь целевых показателей, несмотря на пандемию.

В Мьянме Union адаптировал свой пакет социально-экономической поддержки для людей с ЛУТБ путем предоставления телеконсультаций во время тестирования на ТБ и использования цифровых денежных переводов (Wave Money), благодаря чему более 95% людей с ЛУТБ получили денежную поддержку. Эти меры позволили сократить трудности и лишения людей с ЛУТБ и их контактов.

В Пакистане в округах, поддерживаемых организацией "Корпус милосердия", наблюдалось 39%-ное снижение числа уведомлений о туберкулезе из-за локдауна COVID-19, стигмы, нехватки медицинских работников и пробелов в направлении к специалистам в общинах. Для борьбы с этим спадом они осуществили государственно-частные мероприятия по улучшению услуг по диагностике и лечению ТБ посредством целевых проектов в клиниках, частных больницах и "информационных лагерях по здоровью легких" для уязвимых групп населения; самообращения с помощью интерактивных голосовых звонков; привлечения медицинских работников-женщин; транспортировки образцов мокроты общинными водителями; и проведения форумов по повышению осведомленности. В результате 98% людей с ТБ смогли продолжить лечение без перерыва в районах, получивших поддержку.

Во время кризиса субъекты сообществ и гражданского общества, затронутых ТБ, работающие на субнациональном уровне, могут найти приемлемые и доступные способы инноваций и адаптации, сохраняя при этом высокое качество медицинской помощи. Их творчество и успех, проистекающие из глубокого понимания норм и ценностей сообщества, должны быть использованы для поддержки стратегий ПГРП.



заболевание, ТБ также нуждается в более коротких схемах лечения, новых молекулах и быстрой диагностике. Достижения в области тестирования восприимчивости к противотуберкулезным препаратам и эпиднадзора за ЛУТБ могут поддержать усилия по борьбе с УПП, а более широкие многосекторальные усилия по борьбе с УПП могут принести большую пользу глобальным и национальным ответным мерам на ТБ. Сообщества, затронутые ТБ, и гражданское общество могут информировать об усилиях по адвокации в области УПП в более широком смысле, учитывая успехи в обеспечении доступа к новейшим антимикробным схемам для людей, затронутых ЛУТБ. Однако ТБ остается на втором плане в широко разрекламированном списке приоритетов ВОЗ для патогенов УПП (несмотря на то, что ему посвящена отдельная глава в основном докладе)<sup>115</sup> и по-прежнему исключен из Глобальной базы данных для отслеживания УПП.<sup>117</sup> Формулировки и принципы подхода УПП могут быть взяты на вооружение при борьбе за ресурсы в ТБ.

Учитывая, что почти 50% всех диагнозов и смертей от ТБ приходится на страны G20, которые обладают финансовыми возможностями для принятия эффективных ответных мер, есть возможность призвать членов G20 подкрепить свои обязательства по борьбе с мультирезистентным ТБ, как части глобального ответа на УПП, необходимыми действиями и инвестициями. В 2022 году индонезийское председательство G20 в консультации с членами G20, в сотрудничестве с ВОЗ, STP, Global TB Caucus, Global Fund, USAID, Всемирным банком и Партнерство «Остановить ТБ» Индонезия разработало Призыв к действиям по финансированию противодействия ТБ, чтобы стимулировать инвестиции; продвигать ТБ в рамках многосекторальных подходов "Единое здоровье" для борьбы с УПП; и включать мероприятий УПП.<sup>118</sup> В 2021 году Инициатива УПП Accelerator | Innovative Medicines внесла %9 всех государственных расходов на ТБ НИР. Поэтому сообщества, затронутые ТБ, и гражданское общество надеются на более широкую интеграцию ТБ в основные стратегии борьбы с УПП, включая исследования по ТБ и УПП в рамках акселератора УПП.

## ТБ и ВОУЗ

Цель ВОУЗ — это получение людьми основных медицинских услуг без финансовых трудностей, что соответствует целям ответных мер на ТБ.<sup>119</sup> [Кейс стади 31] При разработке индекса основных медицинских услуг, на основе которого можно измерить прогресс в достижении ВОУЗ, ВОЗ определила 16 индикаторов, одним из которых является охват лечением ТБ.<sup>120</sup> Результаты моделирования показывают, что ТБ действительно является важным показателем общего охвата услугами УЗК, особенно в странах с низким уровнем доходов.<sup>121</sup> Это неудивительно, поскольку ТБ непропорционально сильно поражает бедные и маргинализированные группы населения, и если мы не охватим их, то не достигнем УЗК. 120 Учитывая эту реальность, ТБ может и должен стать отправной точкой для усилий по укреплению ВОУЗ и оптимальным показателем для достижения ВОУЗ. Скрининг и диагностика ТБ, лечение (включая профилактическое лечение) и уход должны быть включены в каждый национальный пакет основных услуг для достижения ВОУЗ. Это не только продвинет вперед повестку дня по достижению ВОУЗ, но и обеспечит устойчивость противодействия ТБ. [Кейс стади 32]

## Кейс стади 31 Согласование ответных мер на ТБ и ВОУЗ среди затронутых сообществ и гражданского общества

Азиатско-Тихоокеанская сеть адвокации Глобального фонда и APCASO (apcaso.org) созвали совет Азиатско-Тихоокеанского сообщества и гражданского общества по ВОУЗ, чтобы сформулировать модель ВОУЗ, которая отвечала бы приоритетам и потребностям затронутых сообществ и гражданского общества<sup>126</sup>:

- **ВОУЗ, ориентированный на человека**, уделяющая внимание людям и сообществам, а не болезням, с упором на целостный, справедливый и дестигматизирующий уход. На здравоохранение влияет и определяется многообразная социальная идентичность людей, поэтому оно может требовать дифференцированного и индивидуального подхода.
- **Справедливый и основанный на правах человека ВОУЗ**, который признает неравенство и уделяет приоритетное внимание доступу к здравоохранению для наиболее уязвимых сообществ. Это включает отмену карательных законов против ключевых групп населения на основании их сексуальной ориентации, пола, идентичности или самовыражения, употребления наркотиков, вовлеченности в секс-бизнес или статуса ВИЧ, статуса мигранта и других, а также включение сексуального репродуктивного здоровья и прав в качестве основы права на здоровье.
- **ВОУЗ, который значимо вовлекают сообщество и гражданское общество в качестве равноправных партнеров правительства и партнеров по развитию** в разработку, бюджетирование, пересмотр политик и планов в области здравоохранения, с достаточным ресурсным обеспечением, юридическими полномочиями и включением КУГН.
- **Эффективное и устойчивое финансирование ВОУЗ**, которое обеспечивает доступ к услугам без финансовых затрат, опираясь на глобальную солидарность и призывая правительства и международных доноров увеличить инвестиции, отменить плату за основные лекарства и услуги, повысить техническую и распределительную эффективность расходов на здравоохранение, выделить средства на мобилизацию и лидерство сообществ и обеспечить выделение ресурсов маргинализированным сообществам.
- **Механизмы подотчетности для достижения "ВОУЗ, которые [они] хотят", которые** являются прозрачными, признают главную роль и подотчетность правительств, и значимо вовлекают сообщества и гражданское общество.

Совет ВОУЗ признает, что цели ЦУР, связанные с ВОУЗ и ТБ (а также малярией и ВИЧ), взаимозависимы. Совпадение идей ВОУЗ, ориентированных на сообщества, и призывов к действию, сформулированных сообществами, затронутыми ТБ, в данном докладе, создает естественные возможности для синергетической адвокации и действий в области ВОУЗ и ТБ.

## Кейс стади 32 Пробелы в реализации ВОУЗ определяют низкие результаты лечения туберкулеза в Чаде

Во многих африканских странах, в частности в **Чаде**, значительная часть населения живет в условиях крайней бедности. Различные кризисы не позволяют странам обеспечить минимальный охват социальными и медицинскими услугами. В 2015 году в Чаде была принята Национальная стратегия всеобщего охвата услугами здравоохранения, которая будет реализована путем введения в действие Закона № 035/PR/2019 в 2019 году.<sup>127</sup> Несмотря на проявленную политическую волю к улучшению финансирования, доступности и качества медицинской помощи, в частности бесплатной, включая доступ к основным лекарствам, финансирование остается очень слабым, а ВОУЗ не реализуется. Недостаточно охваченные услугами, изолированные сообщества не могут воспользоваться своим правом на здоровье, чему препятствуют коммуникационные и инфраструктурные барьеры. Они имеют очень ограниченный доступ к услугам по скринингу, диагностике, лечению и последующему наблюдению за пациентами с ТБ, что может объяснить низкие результаты борьбы с ТБ в стране. В 2020 году 43% людей с ТБ были пропущены в системе выявления, а 5 600 человек умерли от ТБ.<sup>106</sup> Барьеры для доступа к основным услугам здравоохранения, в том числе для лечения ТБ, плохо изучены.

Через четыре года после обнародования Закона о ВОУЗ и несмотря на поддержку различных технических партнеров, Чад по-прежнему сталкивается с проблемами управления, структурными и финансовыми проблемами. СПГ и оценка катастрофических затрат могли бы позволить НТП переориентировать свою Национальную стратегию для приближения к целям достижения ВОУЗ и ликвидации ТБ к 2030 году.



## Сообщества, затронутые ТБ, могут укрепить связи с ПГРП, УПП и ВОУЗ

Модели с участием затронутых сообществ и гражданского общества в качестве равноправных партнеров необходимы не только для борьбы с ТБ, но и для ПГРП, УПП и ВОУЗ, с равными правами голоса и местами в механизмах управления – на глобальном и страновом уровнях – и с финансированием для механизмов реализации и подотчетности. Сообщества, затронутые ТБ, и гражданское общество имеют наглядный опыт, чтобы внести свой вклад в эти обсуждения. В 2023 году ЗВУ ООН по ТБ будет проводиться не только по вопросам ТБ, но и по вопросам ВОУЗ и ПГРП. Нет лучшего времени, чем сейчас, для обеспечения внимания к проблеме ТБ и ее приоритетности на каждом из этих важнейших мероприятий, чтобы ликвидация ТБ оставалась в центре внимания политических лидеров и инвесторов во время этих обсуждений. Сообщества, затронутые ТБ, и гражданское общество должны получить поддержку, чтобы иметь право голоса на этих платформах для сохранения внимания и инвестиций в искоренение ТБ, а также для содействия более широким усилиям в области здравоохранения, которые, несомненно, улучшат жизнь и благосостояние сообществ, затронутых ТБ.

## ПРИЗЫВ К ДЕЙСТВИЮ

**Обеспечить приоритет ТБ в предотвращении, готовности и реагировании на пандемии (ПГРП), устойчивости к противомикробным препаратам (УПП) и всеобщем охвате услугами здравоохранения (ВОУЗ)**

Обеспечение приоритетности борьбы с ТБ в ПГРП, ВОУЗ и УПП

- Обеспечить, чтобы ПГРП опирался на опыт современных пандемий, таких как ТБ, и учитывал их роль в будущих пандемиях, передающихся воздушно-капельным путем, с соответствующим финансированием.
- Обеспечить, чтобы лекарственная устойчивость к ТБ была включена в эпиднадзор за УПП и рассматривалась в стратегическом планировании УПП и согласованном финансировании.
- Обеспечить включение ТБ-скрининга, профилактики, диагностики, лечения и ухода в национальные пакеты основных услуг для первичной медико-санитарной помощи и ВОУЗ, и, наоборот, обеспечить, чтобы все люди, затронутые ТБ, включая КУГР и членов их семей, были зарегистрированы и защищены национальными схемами ВОУЗ, тем самым используя ТБ в качестве индикатора прогресса в достижении ВОУЗ.
- Разработать финансируемые модели для полноценного включения сообществ, затронутых ТБ, и гражданского общества в качестве равноправных партнеров в ПГРП (включая «Фонд пандемии»), УПП и ответные меры по ВОУЗ, с представительством и правом голоса в рамках механизмов управления на глобальном и страновом уровнях.

## ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ 6: Принять обязательства по межсекторальным действиям, решительному руководству и подотчетности

### Введение

Учитывая, что ТБ неразрывно связан с его социальными детерминантами и последствиями, ответные меры на него не могут быть ограничены сферой деятельности НТП или министерств здравоохранения. Изолированные подходы служат препятствием для охвата всех профилактикой ТБ, диагностикой, лечением и уходом; внедрения инноваций и обеспечения доступа к новым инструментам в лечении ТБ или достижения взаимодополняющих целей противодействия ПГРП, УПП и ВОУЗ.

Лидерство и подотчетность в ответных мерах на ТБ находятся в рамках этого критического призыва к межсекторальному подходу. Политическое лидерство и многосторонняя подотчетность на уровнях, выходящих за рамки министерств здравоохранения, финансирующих органов и технических субъектов, а также независимые, прозрачные оценки мер в ответ на ТБ необходимы для ускорения действий и создания систем подотчетности. Окончательными носителями подотчетности при осуществлении любых мер в ответ на ТБ являются люди, затронутые ТБ, и гражданское общество. Мы должны постоянно присутствовать за столами принятия решений и планирования, которые определяют, что с нами происходит, как, и кого мы можем призвать к ответу, когда обещанное не выполняется.

Последняя глава посвящена обязательствам, критическим пробелам и возможностям для разъяснения и укрепления межсекторальных действий, решительного лидерства, данных в режиме реального времени и подотчетности в ответных мерах на ТБ.

### Текущее состояние дел

#### Система показателей

В 2019 году ВОЗ разработала механизм многосекторальной подотчетности для ускорения прогресса в ликвидации ТБ (ММП-ТБ) и предоставила странам и заинтересованным сторонам техническое руководство по адаптации и внедрению ММП-ТБ. Она была разработана совместно с другими учреждениями ООН, включая Международную организацию труда (МОТ), Международную организацию по миграции, Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев, Всемирную продовольственную программу (ВПП), Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), Целевую группу гражданского общества ВОЗ (ЦГГО), а также организации гражданского общества и сообщества. Четыре компонента ММП-ТБ — это глобальные/политические обязательства, имеющие отношение к ТБ, в частности, в Политической декларации 2018 года, ЦУР и Стратегии по ликвидации ТБ; практическая реализация многосекторальных действий; процессы мониторинга и отчетности для отслеживания национальных мер реагирования на ТБ; и периодические обзоры национальных мер реагирования с участием руководства высокого уровня, многосекторальных перспектив и заинтересованных сторон, включая сообщества, затронутые ТБ, и гражданское общество.<sup>128</sup> К 2021 году в 45 странах были завершены базовые оценки ММП-ТБ с использованием контрольных списков. Они выявили серьезные пробелы в реализации (**Таблица 6**).<sup>74</sup>

## Таблица 6

### Достигнутый прогресс в области механизм многосекторальной подотчетности

<b>1. Перевод принятых обязательств в политические меры</b>	67% перевели принятые обязательства в национальную политику.
<b>2. Многосекторальные действия</b>	56% НСП согласованы с многосекторальными действиями (интеграция с первичной медицинской помощью, ВИЧ). 33% имеют национальные многосекторальные координационные органы; <50% занимаются другими социальными детерминантами ТБ (например, недоеданием, бедностью).
<b>3. Процессы мониторинга и отчетности</b>	89% имеют сильные системы эпиднадзора за ТБ; 53% имеют другие национальные данные (например, затраты, ЛУТБ); 51% имеют недостаточно качественную отчетность по детскому ТБ; 50+% не имеют цифрового эпиднадзора; 20% привлекают к мониторингу и отчетности сообщества, затронутые ТБ, и гражданское общество.
<b>4. Периодические пересмотры</b>	80% не имеют контроля со стороны политического руководства высокого уровня; 50% не имеют заинтересованных сторон за пределами сектора здравоохранения; Нет индикаторов для измерения эффективности работы подотчетных заинтересованных сторон; Отсутствует бюджет для деятельности подотчетных заинтересованных сторон, связанной с ТБ.
	В 33% стран имеются все четыре компонента.

От ВОЗ МАФ-ТБ: прогресс в адаптации и внедрении<sup>74</sup>

В 2020 году, выполняя обязательства, принятые в рамках Политической декларации, Генеральный директор ВОЗ опубликовал доклад о прогрессе в достижении глобальных целей по борьбе с ТБ и реализации Политической декларации, заявив, что, несмотря на определенный прогресс, "необходимы срочные и более амбициозные инвестиции и действия, чтобы мир смог достичь поставленных целей, особенно в контексте пандемии COVID-19".<sup>108</sup> Сообщества, затронутые ТБ, и гражданское общество ощущают острую необходимость мобилизации действий на ЗВУ ООН по ТБ 2023 года, и это отражено в призывах к действиям в данном докладе.

### Вовлечение секторов здравоохранения и не связанных со здравоохранением

Сектора, не связанные со здравоохранением, остаются практически не задействованными в противодействии ТБ. Только 50% НТБП связаны с секторами, не относящимися к здравоохранению (Таблица 6).<sup>74</sup> Без многосекторальных связей и финансовых инвестиций для их поддержки цели по ликвидации ТБ останутся недостижимыми (Рисунок 15). Например, для бесперебойной закупки и импорта основных диагностических средств и препаратов для лечения ТБ требуется поддержка на высоком уровне со стороны министерств торговли, финансов и таможи. Решение социальных и экономических барьеров, с которыми сталкиваются сообщества, затронутые ТБ, требует координации между министерствами градостроительства, жилищного строительства, труда и социальной защиты.

Как показывают базовые оценки ММП-ТБ, даже в пределах секторов здравоохранения затронутые ТБ сообщества и гражданское общество сообщают о слабой координации. Существуют слабые или отсутствуют связи между программами по борьбе с ТБ и программами, направленными на охрану здоровья детей и матерей,

долгосрочной инвалидности/инвалидности после ТБ, а также сопутствующих заболеваний, помимо ВИЧ. Также в целом наблюдается недостаточная координация с частным сектором, несмотря на данные, свидетельствующие о том, что 60% людей в странах, затронутых ТБ, получают первичную помощь в частном секторе.<sup>129</sup> Сотрудничество с другими программами здравоохранения и секторами, не относящимися к здравоохранению, необходимо для оказания помощи при ТБ, чтобы обеспечить значимость ТБ в дискуссиях о ПГРП, УПП и ВОУЗ.

### Вовлечение сообществ, затронутых ТБ, и гражданского общества

Во многих странах группы затронутых ТБ сообществ и гражданского общества, включая группы, возглавляемые людьми, пережившими ТБ, и социальные центры наблюдения, создают и укрепляют страновые и региональные платформы адвокации для многосекторальных действий и подотчетности. [Кейс стади 33] [Кейс стади 34] Ответы на опрос показывают, что многие респонденты взаимодействуют с сообществами и гражданским обществом, затронутыми ТБ, особенно с людьми, затронутыми ТБ, и людьми, пережившими ТБ, НТБП и другими секторами здравоохранения, другими организациями сообщества/гражданского общества, а также политическими и социальными лидерами за пределами национальных министерств (Рисунок 16). Это свидетельствует о наличии желания к многосекторальной координации и действиям. Однако отсутствие финансирования, о котором также говорилось в Приоритетном Направлении 4, упоминается в качестве основного препятствия. Сообществам, затронутым ТБ, и гражданскому обществу также приходится бороться с историей их исключения из ответных мер на ТБ, которую многим странам еще предстоит решить, несмотря на чрезвычайные сдвиги в некоторых других ситуациях; этот вопрос поднимается в Приоритетном Направлении 2. Несколько респондентов отметили, что импульс к вовлечению и расширению прав и возможностей сообществ, наблюдаемый на глобальном и региональном уровнях, не всегда находит свое воплощение в странах и местных сообществах. Действительно, большинство респондентов (36%), заявивших о взаимодействии с различными секторами, описали эти встречи как консультации по конкретным проектам, а не как формальное партнерство, гораздо менее связанное с механизмом подотчетности.

## Рисунок 15

Эффективный ответ на ТБ требует комплексных действий во всех секторах



Когда лидерство сообществ было использовано для обеспечения многосекторальных действий и установления связей между секторами, это принесло огромные результаты для людей, затронутых туберкулезом. [Кейс стади 35] Программа CFCS также позволила сообществам, затронутым ТБ, выйти за рамки и наладить связи с журналистами, знаменитостями и другими общественными деятелями для отстаивания своих интересов - как указано в Приоритетном Направлении 4. Появление парламентских фракций, посвященных борьбе с ТБ, при поддержке сообществ, пострадавших от ТБ, и гражданского общества, помогло повысить осведомленность и создать спрос на мобилизацию внутренних ресурсов в поддержку глобальных целей по ликвидации ТБ. [Кейс стади 36] Например, благодаря усилиям Глобальной фракции по борьбе с туберкулезом, упоминание о туберкулезе теперь присутствует в каждой декларации министров здравоохранения и глав государств G20.<sup>130</sup> Однако отчеты ВОЗ показывают, что только 41% стран вовлекают сообщества, затронутые туберкулезом, и гражданское общество в национальные ответные меры.<sup>74</sup> Это говорит о том, что мы все еще не достигли всеобщей цели.

## Кейс стади 33 Сети людей в странах с высоким уровнем дохода участвуют в адвокации

Сети людей, приверженных делу искоренения ТБ в странах с высоким уровнем дохода, мобилизуются с новой энергией. Например, в 2020 году правозащитная организация Results UK (results.org.uk), **Великобритания**, помогла создать и поддержать новую сеть UK Academics and Professionals to end TB (UKAPTБ, ukaptb.org), которая в настоящее время проводит кампании, пропаганду и обучение широкой общественности, государственных служащих и политиков с целью улучшения политики Великобритании в отношении ТБ и выделения дополнительных ресурсов на исследования ТБ. Аналогичным образом, в **Дании** Глобальная фракция по ТБ, СПИД Фонд и MSF объединились для создания новой фракции по ТБ/ВИЧ в парламенте. И, наконец, в **Канаде** организация Results Canada вместе со своими союзниками помогла активизировать деятельность организации «Остановить ТБ» Канада (stoptbcanada.com) для продвижения политических действий, повышения осведомленности общественности и мобилизации сообществ, пострадавших от ТБ. Это привело к созданию организации TBpeople Canada (stoptbcanada.com/tbpeoplecanada) — первого в стране сообщества поддержки людей с ТБ или перенесших ТБ, а также членов их семей, друзей и лиц, осуществляющих уход.

Несмотря на то, что они управляются добровольцами и поддерживаются за счет ограниченных начальных бюджетов, многие из этих сетей играют решающую роль в формировании политической воли к прекращению ТБ в своих странах. Создаваемые отношения и потенциал подталкивают адвокатов и парламентских чемпионов к участию в борьбе за ликвидацию ТБ сейчас и в будущем.

*«Благодаря моей роли в организации «Остановить ТБ» Канада я смогла выйти на платформы, где я могу повышать осведомленность, используя свой профессиональный и личный опыт борьбы с туберкулезом, работая в нескольких отдаленных общинах коренных народов».*

**Тина Кэмпбелл, сопредседатель организации «Остановить ТБ» Канада и советник по вопросам ТБ в Северном межплеменном управлении здравоохранения (NITHA, Northern Inter-Tribal Health Authority)**



@Фото - Stop TB Canada

## Кейс стади 34 Национальные отделения Партнерства «Остановить ТБ»

В настоящее время существует 30 активных национальных платформ Партнерства "Остановить ТБ" (stoptb.org) как в странах-донорах, так и в странах-исполнителях, и 16 из них поддерживаются посредством грантов и технической помощи (еще две предусмотрены на 2023 год). Эти платформы объединили целый ряд заинтересованных сторон для поддержки многосекторальных действий. Ниже перечислены некоторые из их достижений в обеспечении прогресса в решении приоритетных задач сообщества, связанных с правами человека, стигмой и КУГН:

- **Камбоджа:** Широкое участие СМИ в прессе и ток-шоу, актуализация дискуссий о ликвидации ТБ.
- **Демократическая Республика Конго:** Составление карты семи ключевых и уязвимых групп населения и содействие представительству каждой группы в национальном управлении по борьбе с ТБ.
- **Индонезия:** Продвижение ТБ как части повестки дня G20 во время председательства Индонезии в качестве со-главного реципиента Глобального фонда.
- **Кения:** Мобилизация известных людей и сообществ в рамках национальной кампании по правам человека в области ТБ, направленной на прекращение ТБ-стигмы и дискриминации и обеспечение доступа к услугам.
- **Нигерия:** Адвокация на высоком уровне для увеличения мобилизации внутренних ресурсов; привлечение политической элиты, СМИ и знаменитостей; создание и поддержка парламентской фракции Нигерии по борьбе с ТБ и TBpeople Нигерия, национальной сети людей, переживших ТБ, и людей, пострадавших от ТБ.
- **Пакистан:** Диалог на высоком уровне с президентом д-ром Арифом Алви и национальными лидерами по вопросам ликвидации ТБ.
- **Таджикистан:** Привлечение поп-звезд и знаменитостей в качестве борцов за борьбу с ТБ для повышения узнаваемости и значимости ТБ.
- **Танзания и Уганда:** Привлечение политических лидеров на самом высоком уровне для борьбы с ТБ и обеспечения обязательств по ликвидации заболевания к 2030 году.
- **Украина:** Социальная мобилизация для прекращения распространения ТБ в стране. После начала войны Партнерство содействует координации гуманитарных усилий гражданского общества.
- **Замбия:** Активное выявление случаев ТБ в нескольких провинциях и программы повышения осведомленности о ТБ.

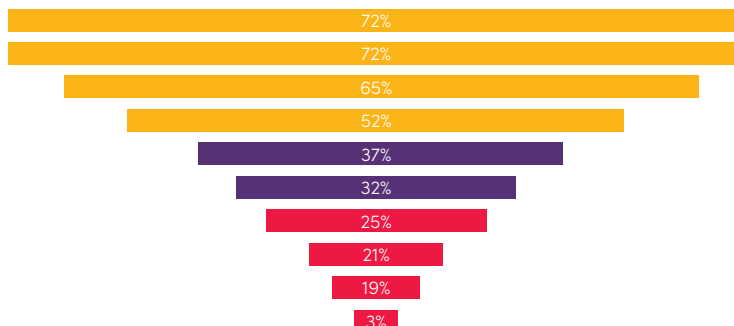


@Фото - ТБ Сеть ППМ Пакистан

# Рисунок 16

## Межсекторальное взаимодействие среди респондентов опроса

People affected by TB (TB survivors, TB KVP)  
 National TB Program (NTP)  
 Other community based/civil society organizations (CBO/CSO)  
 Ministry/Department of Health (other than NTP, eg, HIV, NCDs)  
 Other government sectors (eg, social welfare, labour)  
 Other political leaders (politicians, MP, deputy/PM)  
 Social leaders (eg, celebrities)  
 Private sector (including industry)  
 Other sectors or stakeholders



### Кейс стади 35 Парламентарии составляют основу адвокации в Глобальной группе по борьбе с туберкулезом (Global TB Caucus)

Глобальная группа по борьбе с туберкулезом (Global TB Caucus, GTBC, [globaltbcaucus.org](http://globaltbcaucus.org)) – это уникальная международная сеть политических представителей. Она объединяет более 2500 членов и помогла создать 56 национальных ТБ-групп, четыре региональные сети (Африка, Северная и Южная Америка, Азиатско-Тихоокеанский регион, Европа) и лингвистическую сеть (франкофоны) для мобилизации парламентариев в качестве сторонников борьбы с ТБ, которые продвигают правовую среду, поддерживающую справедливые, ориентированные на людей, основанные на правах человека и гендерно-трансформирующие меры противодействия ТБ. Члены организации придерживаются принципов, изложенных в учредительном документе – Барселонской декларации: "работать, преодолевая географические и политические разногласия, беспристрастно и инклюзивно; взаимодействовать с гражданским обществом и всеми другими заинтересованными сторонами, вовлеченными в борьбу с эпидемией ТБ; противостоять стигме и социальной изоляции, связанным с этим заболеванием".<sup>132</sup>

GTBC добивается значительных успехов в повышении политического интереса и импульса на региональном уровне. Например, GTBC франкофонного региона наблюдает устойчивый рост числа парламентариев, участвующих в ответных мерах на ТБ в **Чаде, Камеруне, Габоне, Нигере и Кот-д'Ивуаре**. В 2021 году Фракция объединила усилия с DRAF TB, региональной зонтичной сетью по борьбе с ТБ во франкофонной Африке, для проведения базовой оценки достижений по целям ЗВУ ООН на 2018 год. Это привело к созданию пяти видеороликов с участием парламентариев из Чада, **Сенегала, ДРК и Маврикия** для усиления единого голоса и призыва к увеличению внутренних инвестиций и ресурсов для поддержки борьбы с ТБ.

Некоторые региональные усилия также оказывают влияние на национальном уровне. Например, в ВЕЦА Фракция провела пилотный проект по использованию «Приложения 4» в механизме межсекторальной подотчетности для ускорения прогресса в ликвидации ТБ (ММП-ТБ), чтобы оценить уровень и степень участия парламентариев в ответных мерах на уровне страны и определить роль парламентариев в процессе ММП-ТБ. Это включало организацию семинара по законодательству в области ТБ в 2022 году и последующую разработку отчета «Законодательство в области ТБ в Восточной Европе и Центральной Азии, ориентированное на людей и основанное на правах человека». В отчете описано текущее состояние законодательства по ТБ в регионе ВЕЦА, а также 15 основных рекомендаций по продвижению ориентированного на людей и основанного на правах человека законодательства по ТБ. В настоящее время эти рекомендации используются для руководства пересмотром законодательства по ТБ в **Молдове**.

### Кейс стади 36 Центры социального наблюдения — региональная мобилизация гражданского общества

Механизм под названием «Центры социального наблюдения» (ЦСН), предназначенный для мобилизации гражданского общества, а также поддержки социального наблюдения и политического влияния, был успешно запущен в 2022 году организацией Socios en Salud и Американской коалицией по борьбе с ТБ при поддержке Глобального фонда.<sup>133</sup> ЦСН предназначены для поддержки реализации стратегии Панамериканской организации здравоохранения (ПАОЗ) Engage-TB, основанной на интегрированной профилактике, диагностике, лечении и уходе за пациентами с ТБ на базе сообществ. Это пространство для сближения гражданского общества, которое делает видимой проблему заболевания, а также способствует и укрепляет участие гражданского общества в национальных и региональных стратегиях борьбы с ТБ. Структура каждого ЦСН включает:

1. Общее собрание заинтересованных членов гражданского общества.
2. Технический секретариат, который, как правило, представляет собой неправительственную организацию (НПО), имеющую более чем пятилетний опыт работы по борьбе с ТБ в сообществе и выполняющую функции принимающей стороны для управления обсерваторией.
3. Изучение влияния ЦСН на различных уровнях завершения.

Общее собрание каждого ЦСН определяет направления работы. В Северной и Южной Америке были определены такие области, как государственная политика, права человека, уязвимые группы населения, мониторинг сообществ, синдемия, наращивание потенциала, мониторинг, адвокаты и исследования, ведение дел, психосоциальные аспекты и социальная защита. ЦСН стали важным пространством для продвижения СПГ-рамки, культурной значимости и дифференцированной направленности на наиболее уязвимые сообщества.

## Лидерство и ответственность

В качестве одной из своих первых рекомендаций Доклад о ходе выполнения Политической декларации 2018 года за 2020 год призывает к действиям в направлении многосекторального сотрудничества и подотчетности под руководством глав государств и правительств. Однако большинство стран до сих пор не вовлекают в решение вопросов, связанных с ТБ, другие сектора, кроме здравоохранения (**Таблица 6**).<sup>74</sup> Прогресс тормозит отсутствие показателей для деятельности, связанной с ТБ, в секторах, не относящихся к здравоохранению, и отсутствие финансирования для деятельности, связанной с ТБ, в любом другом секторе – тем более для вовлечения сообществ, затронутых ТБ, и гражданского общества. [**Кейс стади 37**]

Поэтому лидерство и подотчетность в противодействии ТБ остаются в основном в компетенции НТБП и министерств здравоохранения на уровне страны, которые также остаются подотчетными донорским агентствам и ВОЗ на глобальном уровне. Это может быть проблематично по многим направлениям. Во-первых, НТБП и глобальная ТБ-программа полагаются на узкий набор показателей для мониторинга прогресса, почти полностью клинических и не учитывающих более широкие реалии и проблемы, с которыми сталкиваются люди, затронутые ТБ. Хотя данные с разбивкой по полу, а также коморбидные риски, связанные с ТБ, начинают поступать, нигде не учитываются другие социальные, экономические и правозащитные показатели, которые являются приоритетными для затронутых сообществ и влияют на их вовлеченность (или невовлеченность) в уход. Во-вторых, программы, предоставляющие услуги, или те, которые разрабатывают руководство по предоставлению услуг, не могут обоснованно нести ответственность за свой собственный прогресс или его отсутствие. Сообщества, затронутые ТБ, и представители гражданского общества как несущие ответственность – должны быть интегрированы в мониторинг и оценку эффективности ответных мер на ТБ, причем через каналы, не обремененные контрактами на предоставление социальных услуг, для поддержки независимой, прозрачной отчетности. Базовые оценки ММП-ТБ показывают, что среди стран, которые вовлекают сообщества, затронутые ТБ, и гражданское общество в национальные ответные меры, только половина вовлекает сообщества в процессы мониторинга и оценки программ.<sup>74</sup> Такой тип осторожного включения граничит с символическим и может поставить под угрозу процесс подотчетности. В-третьих, без руководства и управления на высоком уровне возникнут трудности в координации, мобилизации ресурсов и подотчетности между другими государственными секторами. Пандемия COVID-19 показала, что участие политических лидеров является одной из наиболее важных сил, необходимых для ускорения прогресса.

Адвокация для обеспечения решительного лидерства на высоком уровне в ответе на ТБ и усиления структур подотчетности может быть построена как внутри стран через выраженный голос сообществ, затронутых ТБ, и гражданского общества, так и сверху вниз через созданные глобальные и региональные сети и "дипломатический голос" игроков на глобальном уровне и в странах-донорах. [**Кейс стади 38**] В конечном итоге, чтобы ликвидировать ТБ и спасти жизни людей, затронутых ТБ, амбиции Глобального плана должны быть отражены в национальных усилиях, включая внутреннее финансирование и внутренние структуры и процессы принятия решений, в том числе СКК

### Кейс стади 37 Совершенствование многосекторальной подотчетности во франкоязычной Африке

Francophone Africa Response Dynamics on Tuberculosis (DRAF TB, [draftb.org](http://draftb.org)) стремится измерить прогресс, достигнутый в реализации Политической декларации во франкофонной Западной и Центральной Африке. При поддержке CFCS DRAF TB провел базовую оценку внедрения многосекторальных систем подотчетности в 12 странах – **Бенине, Буркина-Фасо, Бурунди, Камеруне, Чаде, Конго, ДРК, Габоне, Гвинее, Кот-д'Ивуаре, Нигере и Сенегале**, включая интервью с представителями национальных программ по борьбе с туберкулезом.<sup>134</sup>

Несмотря на то, что все страны согласовали свои НСП по ТБ с ЦУР ООН и Стратегией ВОЗ по ликвидации ТБ, ни одна из них не приняла Московскую декларацию Глобальной министерской конференции ВОЗ по ликвидации ТБ (2017) или Политическую декларацию ЗВУ ООН по ТБ (2018). Эти несвоевременно принятые меры были отражены в Докладе Генерального секретаря ООН и ВОЗ о прогрессе за 2020 год, где африканский регион был отмечен как регион концентрации ТБ — здесь проживает 25% всех людей с ТБ; а в 12 странах, где проводилась оценка, умерло 78 000 человек, включая 24 000 с ВИЧ.<sup>135</sup>

В результате оценки был сделан вывод о том, что глобальные обязательства слабо выполняются во всех 12 странах. Приоритетные области, требующие особого внимания, включают лидерство на высоком уровне; создание механизма многосекторальной подотчетности; достаточное и устойчивое финансирование; исследования и инновации; а также учет роли, которую играют в эпидемии такие детерминанты, как бедность, уязвимость и гендерное неравенство.

— как указано в Приоритетном Направлении 2 — а также в более широком политическом диалоге и дискуссиях. МРС может способствовать ускорению прогресса в этой области.

### Мониторинг под руководством сообщества

НТБП сталкиваются с серьезными проблемами, связанными с наличием, доступностью и качеством услуг, поставками и распределением лекарственных средств, а также другими барьерами в области прав человека, которые негативно влияют на результаты здравоохранения и цели программы, что было отмечено респондентами и затронуто в других главах отчета. МРС — это вмешательство, которое позволяет заполнить пробелы в данных по этим проблемам.<sup>73</sup> В рамках МРС сообщества, затронутые ТБ, систематически и регулярно представляют и анализируют данные о предоставлении и качестве услуг, а также о стигме и нарушениях прав человека в местах предоставления услуг и на протяжении всего пути оказания помощи. Эта информация может дать глубокое и уникальное представление о пробелах в предоставлении услуг, барьерах в области прав человека и стигмы, препятствующих доступу, а также о целенаправленных действиях, необходимых для улучшения качества услуг и опыта людей, затронутых ТБ, что приведет к улучшению состояния здоровья отдельных людей и общества в целом.

## Кейс стади 38 Мониторинг под руководством сообщества (МРС) позволяет добиться ощутимых изменений в сфере ТБ-услуг

Используя инструмент Onelmpact для МРС, финансируемые CFCS общественные и низовые организации смогли систематически документировать основные барьеры на пути предоставления услуг и катализировать действия по изменению ТБ-протоколов и практик в различных условиях.

В **Демократической Республике Конго** организация "Club des Amis Damien" обратила внимание на нехватку лекарств, несанкционированные сборы с пользователей и высокий уровень стигмы в отношении ТБ в медицинских учреждениях провинций Киншаса и Конго Централ. Это привело к заключению меморандума о взаимопонимании с НТП, чтобы предупредить их о запасах лекарств с точки зрения сообщества, изданию циркуляров, запрещающих медицинским учреждениям взимать несанкционированную плату, и постановлению о проведении общенациональной оценки стигмы в отношении ТБ. В **Пакистане** Ассоциация социального развития в округе Нанкана Сахив выявила проблемы приемлемости, с которыми сталкиваются женщины, обращающиеся за помощью к врачам-мужчинам. В результате были изменены протоколы медицинских консультаций, в том числе увеличено присутствие врачей-женщин. В **Уганде** фонд Philomera Hope Foundation использовал данные, полученные с помощью МРС, для борьбы со стигмой, пропаганды гендерно-чувствительных программ и расширения мобильного тестирования на ТБ в четырех клиниках в отдаленной островной общине Калангала благодаря соглашению с поставщиком телекоммуникационных услуг Airtel. В **Украине** организация ТВреорле обратила внимание на высокий уровень дискриминации среди людей с ТБ, что побудило их выступить за разработку закона о ТБ для защиты и содействия соблюдению прав людей, затронутых ТБ.

Таким образом, МРС может стать воротами к вовлечению и мобилизации сообществ, наращиванию потенциала, реагированию на основе данных в режиме реального времени, преодолению барьеров в области прав человека с помощью решений, принимаемых сообществом, и укреплению партнерских отношений между НТП и сообществами, затронутыми ТБ. Примеры этих стран помогают укрепить доверие к МРС, как с точки зрения процесса, так и с точки зрения воздействия.



Фото – Airtel #UgNeedsMoreofU

Таким образом, МРС — это вмешательство, способное преодолеть барьеры в сфере предоставления услуг и прав человека, которые негативно влияют на результаты здравоохранения и цели программы. Важно отметить, что МРС дополняет национальные информационные системы управления здравоохранением (ИСУЗ), и вместе эти данные могут также использоваться в национальном стратегическом и оперативном планировании программ по борьбе с ТБ для улучшения общей реализации и снижения программных рисков.<sup>73,131</sup> [Кейс стади 39] Почти две трети (64%) представителей сообществ больных ТБ и организаций гражданского общества, ответивших на вопросы анкеты о МРС, участвовали в МРС в рамках противодействия ТБ в различном качестве, выражая надежду на увеличение инвестиций в эту область. Они увидели огромную пользу в возможности участвовать в обзорах мер в ответ на ТБ вместе с НТП и другими партнерами, фиксировать воспринимаемые, гендерные и правозащитные барьеры и факторы, препятствующие доступу к услугам в связи с

## Кейс стади 39 Расширение доступа к социальной защите и медицинскому страхованию для домохозяйств в Джибути, затронутых ТБ

Базовые оценки ММП-ТБ, проведенные под техническим руководством ВОЗ, выявили множество пробелов в многосекторальной деятельности по решению социальных детерминант и последствий ТБ, а также недостаточное вовлечение сообществ и гражданского общества, затронутых ТБ. Однако были и важные истории успеха, которые могут служить для создания спроса на инвестиции в многосекторальную координацию.<sup>74</sup>

В **Джибути** Всемирная продовольственная программа (ВПП) дополнила национальную программу социальной защиты, Programme National de Solidarité Famille (PNSF), программой денежных переводов, чтобы помочь защитить наиболее уязвимые домохозяйства, пострадавшие от ВИЧ и ТБ во время пандемии COVID-19. ВПП также выступила за то, чтобы PNSF включила эти домохозяйства в свою текущую программу поддержки семей. ВПП при поддержке неправительственных организаций Le Réseau и Solidarité Féminine, а также в сотрудничестве с Министерством здравоохранения и Министерством социальных дел и солидарности (MASS) в течение девяти месяцев доставляла денежные средства домохозяйствам, пострадавшим от ВИЧ и ТБ. Бенефициары были также зарегистрированы в национальном социальном реестре, управляемом MASS, как и другие бенефициары PNSF, чтобы помочь смягчить барьеры, связанные со стигмой и дискриминацией. После включения в реестр бенефициары автоматически получали право на медицинское страхование в рамках Programme d'Assistance Sociale de Santé (PASS).<sup>74,136</sup>

Представители сообществ не только служат ключевыми «связующими звеньями» с сообществом, но и могут помочь в координации действий между государственными и негосударственными структурами в ответ на ТБ.



ТБ, и вносить вклад в повышение приоритетов затронутых сообществ и подотчетности в рамках мер в ответ на ТБ.

Мониторинг под руководством сообщества OneImpact, представленный в Приоритетном направлении, — это инновационный, основанный на правах человека подход к участию сообщества и подотчетности в борьбе с ТБ, одобренный глобальными, региональными и национальными противотуберкулезными сообществами. Он использует технологию для оптимизации вовлечения сообществ, сбора и анализа данных, ответных мер и систем для осуществления ответных мер на ТБ на основе прав человека. Построенный на принципах лидерства сообществ, ответственности страны, ориентированности на людей, институционализации и эволюции, подход OneImpact MPC был разработан, возглавлен и реализован затронутыми ТБ сообществами, при стратегическом руководстве, поддержке и постоянном участии НТБП для обеспечения подотчетности. Он опирается на шестилетний опыт реализации в 26 странах.<sup>73,131</sup> [Кейс стади 40]

### Данные в реальном времени

Среди прочих выводов, оценки ММП-ТБ также показывают, что более 50% стран все еще полагаются на бумажный эпиднадзор за ТБ, который подвержен ошибкам и задержкам и полностью игнорирует или, в лучшем случае, непоследовательно фиксирует барьеры, связанные с КРГ.<sup>74</sup> Недавняя оценка цифровых систем эпиднадзора за ТБ, проведенная Партнерством и Глобальным фондом, выявила огромные различия в зрелости систем, используемых в 19 странах с высоким уровнем воздействия.<sup>72</sup> Были выявлены технические, кадровые и инфраструктурные ограничения, включая слабое подключение к Интернету, потенциал ИТ, передовые аналитические технологии, такие как искусственный интеллект, для руководства действиями на основе данных, системы мониторинга людей с ТБ от скрининга до завершения лечения или стандартизированные подходы для сбора подробных данных о барьерах на уровне сообщества.

Ответные меры на ТБ должны основываться на данных, получаемых в режиме реального времени. Глобальный доклад ВОЗ о туберкулезе является наиболее надежной платформой глобального эпиднадзора для ежегодной отчетности; в 2020 году он достиг зрелости и теперь включает ежемесячную отчетность о национальных уведомлениях о туберкулезе. Этого все еще недостаточно и отстает от систем эпиднадзора, принятых для мониторинга других эпидемий и пандемий. Если нам когда-либо требовалось напоминание о необходимости приоритетного использования данных в режиме реального времени, то представление обновленных данных о глобальном ТБ — в разгар пандемии — с использованием данных, полученных до пандемии, является самым ярким примером.

## Кейс стади 40 Права человека и подотчетность — разработка системы показателей на Филиппинах

На Филиппинах было предпринято несколько инициатив по сбору информации от пользователей медицинских услуг. Это включает пилотный мониторинг ТБ под руководством сообщества (МРС) и разработку системы оценки подотчетности.

В 2022 году инициатива Scorecard, возглавляемая ACHIEVE, представляла собой значительный вклад сообщества людей, затронутых туберкулезом, и гражданского общества в национальную подотчетность. Она также выявила некоторые интересные результаты. В целом, люди с ТБ и люди, пережившие ТБ, оценили услуги по борьбе с ТБ на Филиппинах на 4,25 балла из 5, что свидетельствует о наличии многих сильных сторон в филиппинской ТБ-программе. Однако дальнейший анализ показал, что сосредоточенность на излечении людей с ТБ может заслонить пробелы, с которыми они сталкиваются при получении услуг. Выявленные недостатки отражают результаты проведенной в стране СПГ-оценки ТБ и включают:

- Отсутствие надлежащего общения между врачами и затронутыми ТБ людьми, в результате чего последние ничего не понимают в своем лечении;
- Недостаточное количество медицинского персонала по отношению к количеству людей, нуждающихся в медицинских услугах; и
- Ненадлежащий доступ к лечению.

ТБ-МРС может дать важное представление о функционировании национальных программ, включая положительные аспекты и те, которые требуют немедленного внимания для повышения качества медицинской помощи и устранения СПГ — барьеров, с которыми сталкиваются сообщества, затронутые ТБ.

## МОНИТОРИНГ ПОД РУКОВОДСТВОМ СООБЩЕСТВА ONEIMPACT

OneImpact — это цифровая платформа, которая обеспечивает вовлечение сообществ, расширение прав и возможностей сообществ и решение по мониторингу под руководством сообществ для противодействия ТБ. Она была разработана Партнерством "Остановить ТБ" совместно с пострадавшими сообществами и гражданским обществом, а также компанией Dure Technology и состоит из трех взаимосвязанных компонентов:

- Загружаемое мобильное приложение, предоставляющее людям, пострадавшим от ТБ, информацию о ТБ, их правах, лечении ТБ, услугах поддержки, а также виртуальную связь с коллегами для сообщения о проблемах и их быстрого решения.
- Информационная панель первого реагирования, позволяющая отслеживать, координировать и мобилизовать ответные меры на поступившие сообщения о проблемах.
- Приборная панель отчетности, позволяющая общественным активистам отслеживать и анализировать тенденции в решении проблем, о которых сообщается, и создавать отчеты МРС для адвокации, действий и программных изменений.

С 2017 года OneImpact применяется в более чем 26 проектах/странах для поддержки МРС и соответствующих действий сообществ.

# TB COMMUNITY REPORT:

What do TB-affected communities say about TB programs and services?



A community scorecard is a tool for reviewing and assessing service delivery and ensuring accountability of the government to its mandates and its people.

In 2022, ACHIEVE and PASTB through the support of USAID developed the Community Humanrights Scorecard to capture TB-affected people's feedback on TB services.

The TB Scorecard was rolled out in seven (7) pilot areas from September to November 2022.



SCORE OF **4.25 out of 5** **OVERALL TB EXPERIENCE**

The scorecard respondents gave this rating which was mostly characterized by the statement, "Okay na rin, ang importante, gumaling" (It's fine, the most important is to get cured).

Libre ang gamot pero masikip nga lang ang facility.

Kulang sa doctor's assistance. Minsan walang doctor.

This rating reflects the appreciation of respondents to the program, but also their inclination to look past the gaps in TB services – gaps that need to be filled in towards a TB-free PH.

Yung ibang nireseta binibili pa sa labas.



## MAJOR AREAS

### Diagnosis

**59.7%**

(604 out of 1,012) of respondents said that they paid for their x-ray (~PhP150 to 400).

**60.5%**

reported going through TB contact tracing, and said that other household members were screened for TB (83.8%). However, among those screened, only 77.6% reported being tested, and out of this, only 25.7% received TB Preventive Therapy.

### Treatment

**Start of treatment, side effects:**

5.3% waited to start treatment after diagnosis.

76.7% reported having experienced side effects, but 6.3% of them said that these were not addressed.

**15.9%**

said that the facility location is not very accessible because transportation is costly (91.3%).

**93.3%**

reported that there were enough facility staff to respond to their needs, however, 4% felt they were not friendly and accommodating.

## CATASTROPHIC COSTS

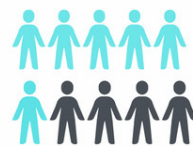
While TB treatment is often provided at no cost to patients, additional expenses incurred by TB-affected households can have a negative impact on finances and their wellbeing.

The scorecard found that those who paid for their x-ray were mostly treated in public health centers.



**₱150-₱400**

is the cost of x-ray paid by almost 60% of the respondents



**60.8%** percent of those who paid for x-ray in public health facilities reported being unemployed.

## STIGMA AND DISCRIMINATION

**13.7%**

reported being discriminated in the workplace

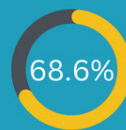
**10.4%**

reported difficulties applying for a job

**9.1%**

reported being terminated due to having TB.

## COVID-19 PANDEMIC



of the total respondents were diagnosed with TB during the pandemic.

**14.6%**

reported the facility they were treated at to be inaccessible (mahirap puntahan)



## Заключение

Сегодня, спустя пять лет после проведения первого ЗВУ ООН по ТБ, почти ни одна из целей Политической декларации 2018 года не достигнута. Действительно, еще до пандемии COVID19- мы были настроены на провал в достижении целевых показателей. Каковы последствия неудачного результата? Кто и как может быть привлечен к ответственности? Это не может быть системой подотчетности, которую заслуживают сообщества, затронутые ТБ. Мы приветствуем заинтересованные стороны и системы, которые обеспечили важные победы за последние пять лет, но те из нас, кто живет с ТБ и сталкивается с риском развития ТБ, больше не могут спокойно рационализировать потери, когда важнейшие цели были упущены. По мере того, как мы строим переосмысленный ответ на ТБ – с призывами к действию, выраженными консолидированным голосом сообществ, затронутых ТБ, и гражданского общества, участвующих в подготовке данного отчета, – мы призываем к более откровенному и бесстрашному подходу к обеспечению подотчетности на ЗВУ ООН по ТБ 2023 года. Как показывают свидетельства, представленные в 40 тематических исследованиях, содержащихся в данном отчете, которые представляют собой лишь небольшое количество действий под руководством сообществ по всему миру, сообщества, затронутые ТБ, и гражданское общество обладают огромным потенциалом для информирования о более комплексных мерах противодействия ТБ. Будучи потребителями государственных услуг, они уже постоянно взаимодействуют с различными секторами правительства. Учитывая их глубокие знания о жизненном опыте, связанном с ТБ, нет лучшего союзника для ускорения прогресса в этой приоритетной области.

### НЕОТЛОЖНЫЕ ПРИЗЫВЫ ДЛЯ ООН-2023 ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ

Для обеспечения многосекторальных действий, решительного лидерства и подотчетности в борьбе с ТБ – болезнью, которая глубоко затрагивает нас и ежедневно убивает наших близких – мы призываем **глав государств** присутствовать, участвовать и взять на себя повышенные обязательства по борьбе с ТБ на ЗВУ ООН по ТБ 2023 года; обеспечить участие гражданского общества в делегациях всех стран; включить призывы ВОУЗ и ПППР к действиям, содержащиеся в настоящем докладе, в брифинги для соответствующих ЗВУ ООН, которые также состоятся в 2023 году.

Мы также просим **Председателя Генеральной Ассамблеи ООН** вместе с координаторами, ВОУЗ и Партнерством, сотрудничать с сообществами, затронутыми ТБ, и гражданским обществом в определении концепций, повесток дня и докладчиков для Многосторонних слушаний заинтересованных сторон и ЗВУ ООН. Мы хотим, чтобы ТБ получил то внимание, которого он заслуживает, чтобы он не был отодвинут на второй план, не был лишен приоритетов или поглощен напряженной повесткой дня Генеральной Ассамблеи ООН и Заседаний Высокого Уровня по вопросам здравоохранения.

## ПРИЗЫВ К ДЕЙСТВИЮ

### Приверженность многосекторальным действиям, активному лидерству и подотчетности

- Развивать партнерские отношения с журналистами, парламентариями, знаменитостями и другими общественными деятелями для продвижения и реализации призывов к действию, содержащихся в данном докладе об подотчетности в сфере ТБ.
- Укреплять сотрудничество в масштабах всего сектора и расширять внедрение механизма многосекторальной подотчетности по ТБ (ММП-ТБ), разрабатывая дополнительные механизмы для привлечения всех заинтересованных сторон к ответственности за выполнение обязательств и целевых показателей.
- Применять модели ММП-ТБ для понимания и учета реалий, с которыми сталкиваются сообщества, затронутые ТБ, включая стигму, нарушения прав человека, и документировать действия сообществ по устранению этих барьеров. Использовать эти данные для усиления национальных мер реагирования на ТБ, ПППР и ВОУЗ и подотчетности для СПГ.
- Привлечь глав государств, руководителей высокого уровня, сообщества, затронутые ТБ, и гражданское общество к мониторингу и обзору национальных мер в ответ на ТБ, межсекторальных действий и механизмов подотчетности, а также к воплощению обязательств по ТБ в рамках ПППР, УПП и ВОУЗ в действия, в том числе на ЗВУ ООН по ТБ 2023 года.
- Просить ВОЗ разработать график и план перехода на системы эпиднадзора в режиме реального времени и представления данных.
- Поручить включение сообществ и гражданского общества, затронутых ТБ, в состав страновых координационных механизмов (СКМ) и технических рабочих групп, связанных с мониторингом и обзором национальных ответных мер, включая поддержку делегаций сообществ и НПО в рамках Партнерства для содействия разработке отчетов об отчетности в последующие годы.

# Приложение: Методология

## Обзор

Инструменты сбора данных для этого доклада были адаптированы из тех, что были разработаны для первого доклада "Смертельный разрыв". Опросы были размещены в Интернете и сделаны общедоступными; они были заполнены на английском (54,9%), русском (16%), французском (15,7%) и испанском (13,1%) языках. Интервью проводились в частном порядке, виртуально, на этих и других региональных языках в соответствии с предпочтениями респондентов. Все вопросы анкеты и интервью были необязательными. Респондентам был предоставлен выбор: скрыть или раскрыть свое имя, название организации и/или страны, а также был дан отдельный запрос на разрешение поделиться любой или всей этой информацией в последующем докладе. Документы из неофициальной и опубликованной литературы были собраны для подтверждения тезисов, поднятых в ходе опросов и интервью.

Региональные анализы были подготовлены на основе данных опросов и интервью, полученных в Азии, англоязычной Африке, франкоязычной Африке, Восточной Европе и Центральной Азии, Северной и Южной Америке и странах с высоким уровнем дохода. Данные интервью с людьми, работающими в глобальном масштабе, были обобщены в повествовательной форме. Исходные данные, региональный анализ и глобальный синтез были проанализированы итеративно. Были разработаны шесть основных глав, в которых освещаются ключевые достижения, пробелы и возможности, связанные с приоритетными областями действий, определенными сообществами и гражданским обществом, затронутыми ТБ; оценочная таблица в отношении Политического обязательства, принятого на первой ЗВУ ООН по ТБ в 2018 году, Стратегии ВОЗ по искоренению ТБ и приоритетов сообществ и гражданского общества, затронутых ТБ; тематические исследования передового опыта и проблем сообществ; ссылки на соответствующие руководства, отчеты, публикации и ресурсные материалы, в том числе рекомендованные респондентами опроса и интервью.

Сбор данных, анализ и подготовка материалов заняли шесть месяцев, хотя вовлечение сообщества и планирование началось за несколько месяцев до этого. Опросы и интервью были завершены в период с ноября по декабрь 2022 года. Анализ и написание отчета были завершены в период с декабря 2022 года по март 2023 года. Организациями-координаторами данного отчета были Афро-Глобальный Альянс и Партнерство "Остановить ТБ". Сбор данных осуществляли региональные руководители, представители сообществ, затронутых ТБ, и гражданского общества – Мейринда Себаянг (Азия), Олаиде Аканни (англоязычная Африка), Бертран Кампур (франкоязычная Африка), Тимур Абдуллаев (Восточная Европа и Центральная Азия), Делиана Гарсия (Северная и Южная Америка), Робин Уэйт (страны с высоким уровнем дохода), а также глобальный исследователь ТБ в области социальных наук Амрита Дафтари. Данные были консолидированы на региональном уровне каждым ведущим исследователем и проанализированы вместе с глобальными данными исследователем и ее командой – Пушпитой Саминой и Шейлой Норьега-Местанза. Первый проект отчета был подготовлен Амритой Дафтари и широко распространен среди всех ведущих, координирующих организаций, технического персонала и проектной группы для ознакомления и получения отзывов.

Всем, кто хочет узнать больше о методах и процессе, мы предлагаем обратиться по адресу [info@stoptbdevelopingngo.org](mailto:info@stoptbdevelopingngo.org).

## Дополнительные таблицы

### Таблица 7

Респонденты, участвовавшие в опросе

	Человек с туберкулезом, в том числе переживший туберкулез <sup>1</sup>	Представитель организации <sup>1,2</sup>	Итого
Азия	14	76	90
Африка (франкофонная)	69 (30)	209 (105)	328 (135)
(англоязычная)	(39)	(104)	(193)
Северная и Южная Америка	33	80	113
Восточная Европа и Центральная Азия	63	77	140
Страны с высоким уровнем дохода	3	53	56
Неизвестно <sup>3</sup>	113	20	133
Итого	295	565	860

<sup>1</sup> Самоидентифицированные

<sup>2</sup> Общественные организации, организации гражданского общества или другие организации, включая журналистов, исследователей, технических экспертов, финансистов и представителей правительства или парламента

# Таблица 8

## Опрошенные респонденты

Имя	Страна <sup>1</sup>	Affiliation primaire
<b>АФРИКА</b>		
<b>Англоязычная Африка, франкоязычная Африка</b>		
Abedola Adams	Нигерия	TB Voices
Alberto Manhique	Мозамбик	Association of Mozambican Mineworkers (AMIMO)
Anicet Digu	Камерун	For Impacts In Social Health (FIS Cameroon)
Bertrand Odume	Нигерия	KNCV Tuberculosis Foundation
Carol Nawina	Замбия	Community Delegation to the Stop TB Partnership Board
Cecilia Senoo	Гана	Hope for Future Generations (HFFG)
Daniel Ogbuabor	Нигерия	University of Nigeria Nsukka (UNN)
Deborah Ogwuche Ikeh	Нигерия	Global TB Caucus
Dembele Mathurin	Буркина Фасо	National TB Program, Burkina Faso
Donald Denis Tobaiwa	Зимбабве	Jointed Hands Welfare Organisation
Endalkachew Fekadu	Эфиопия	Volunteer Health Services
Evaline Kibuchi	Кения	Stop TB Partnership Kenya
Fitsum Lakew Alemayehu	Эфиопия	WACI Health
Fourati Rachid	Тунис	National TB Program, Tunisia
Gisèle Badoum	Буркина Фасо	The Union
Ingrid Schoeman	ЮАР	TB Proof
Jerry Amoah-Larbi	Гана	National TB Voice Network
Jorge Mucambe	Мозамбик	Association of Mozambican Mineworkers (AMIMO)
Joseph Kayira	Уганда	Philomera Hope Foundation
Kambou Edouard	Кот-д'Ивуар	Alliance Nationale pour le Développement et la Santé en Côte D'Ivoire (Alliance Côte D'Ivoire)
Koffi N'guessan Blaise	Кот-д'Ивуар	Aide Internationale pour le Développement Durable (AIDD)
Kouassi Koffi Anicet	Кот-д'Ивуар	Collectif des Organisations de Lutte contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires en Côte d'Ivoire (COLTMR)
Lourenco Zunguene	Мозамбик	Association of Mozambican Mineworkers (AMIMO)
Lynette Mabote	ЮАР	UNITAID
Mahoumbou Jocelyn	Габон	National TB Program, Gabon
Manefoue Fotsa Joséphine	Камерун	TBpeople Cameroon
Mayowa Joel	Нигерия	Stop TB Partnership, Stop TB Partnership Nigeria
Mbitikon Olivia	ЦАР	Independent
Moises Uamusse	Мозамбик	Association of Mozambican Mineworkers (AMIMO)
Mombo Guy	Габон	Réseau National pour la promotion de la santé sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes en population et Développement (RENAPSAJ)

Nana Gleeson	Ботсвана	Botswana Network on Ethics, Law and HIV/AIDS (BONELA)
Olivier Rusumba	Демократическая Республика Конго	Ambassadeurs de la Lutte contre la TB
Oluseyi Kadiri	Нигерия	Centre for Positive Health Organisation
Paulino Lai	Мозамбик	Association of Mozambican Mineworkers (AMIMO)
Pedro Cumbane	Мозамбик	Association of Mozambican Mineworkers (AMIMO)
Peter Ngola Owiti	Кения	Stop TB Partnership Community Delegation
Pierre Claver Ndayizeye	Бурунди	Alliance Burundaise contre le SIDA et pour la Promotion de la Santé (ABS)
Rhoda Igweta	Кения	Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (EGPAF)
Rodrick Mugishagwe	Танзания	Tanzania TB Community Network (TTCN)
Roger Paul Kamugisha	Уганда	Kuboresha - Africa Limited
Rosemary Mburu	Кения	WACI Health
Sekouna Sélavie	Гвинея	TBpeople Guinea
Thokozile Phiri Nkhoma	Малави	Facilitators of Community Transformation (FACT)
Timothy Wafula	Кения	Kenya Legal & Ethical Issues Network on HIV and AIDS (KELIN)
Watara Yahaya	Гана	Community Delegation to the Stop TB Partnership Board
Yahaya Kasimu	Нигерия	TB Voices

## СЕВЕРНАЯ И ЮЖНАЯ АМЕРИКИ

Ana Carolina Gaillard	Аргентина	TB Caucus of the Americas
Claudio Marte	Доминиканская Республика, Боливия	TB Caucus of the Americas
Danytza Machado	Боливия	Observatorio Social de Bolivia
Deccy Gonzalez	Колумбия	Observatorio Social de Colombia
Emmanuel Carmona	Мексика	TB Caucus of the Americas
Eva Limachi	Боливия	TB Caucus of the Americas Focal Point
Fatima Leticia Luna Lopez	Мексика	National TB Program, Mexico
Félix Ajpi	Боливия	TB Caucus of the Americas
Francisco Olivares	Чили	TB Caucus of the Americas Focal Point
Franklin Ysaías Peña Villalona	Доминиканская Республика	TB Caucus of the Americas
Giorgio Franyuti	Мексика	Medical Impact
Hector Javier Sanchez Perez	Мексика	El Colegio de la Frontera Sur
Ignacio Ibarra	Соединенные Штаты Америки	Pan American Health Organization (PAHO)
Jaime Argueta	Сальвадор	TB Caucus of the Americas
Juan Luis Castro	Чили	TB Caucus of the Americas
Kathy Britto	Доминиканская Республика	TB Caucus of the Americas
Leonid Lecca	Перу	Socios en Salud, TB Caucus of the Americas Focal Point
Luis Enrique Gallo Cantera	Уругвая	TB Caucus of the Americas
Luis Sanchez	Гватемала	TB Caucus of the Americas Focal Point
Marcia Leao	Бразилия	Observatório Social do Brasil, TB Caucus of the Americas Focal Point

Marta Angelica Pineda de Navas	Сальвадор	Australia-Japan Foundation
Myriam Caballero	Парагвай	Altervida
Noe Flores	Гондурас	TB Caucus of the Americas Focal Point
Pastor Vera Bejarano	Парагвай	TB Caucus of the Americas
Pedro Avedillo	Соединенные Штаты Америки	Pan American Health Organization (PAHO)
Rasel Antonio Tomé Flores	Гондурас	TB Caucus of the Americas
Sandra Patricia Escandon Moncaleano	Колумбия	TB Caucus of the Americas Focal Point
Sarita Aguirre	Парагвай	National TB Program, Paraguay
Soledad Tamayo	Колумбия	TB Caucus of the Americas
Sonia Marina Gutierrez Raguay	Гватемала	TB Caucus of the Americas
Victor Castillo	Панама	TB Caucus of the Americas
Zulma Unzain	Парагвай	Alvida, TB Caucus of the Americas Focal Point

## АЗИЯ

Achut Sitaula	Непал	Trisula Plus
Akramul Islam	Бангладеш	BRAC
Andrew Codlin	Вьетнам	TB Help
Ani Hernasari	Индонезия	REKAT
Blessina Kumar	Индия	Global Coalition of TB Advocates (GCTA)
Budi Hermawan	Индонезия	Perhimpunan Organisasi Pasien (POP) TB Indonesia
Choub Sok Chamreun	Камбоджа	KHANA
Elvi Siahaan	Индонезия	Yayasan Menara Agung Pengharapan Internasional
Heny Prabaningrum	Индонезия	PR Consortium STPI-Penabulu
Iman Abdurrahma	Индонезия	Jaringan Indonesia Positif
Khuat Thi Thai Oanh	Вьетнам	Center for Support Community Development Initiatives (SCDI)
Luan Nguyen	Вьетнам	TB Relief
Lukman Hakim	Индонезия	Stop TB Partnership Indonesia
Mara Quesada	Филиппины	ACHIEVE Philippines
Masaki Inaba	Япония	Global Africa-Japan Forum
Prashant Warier	Индия	Qure.ai
Priyanka Aiyer	Индия	Global Coalition of TB Advocates (GCTA)
Rachel Forse	Вьетнам	Friends for International TB Relief (FIT)
Ramya Ananthakrishnan	Индия	Resource group for Education and Advocacy for Community Health (REACH)
RD Marte	Таиланд	Asia Pacific Council of AIDS Service Organizations (APCASO)
Shilpa Karvande	Индия	Foundation for Medical Research (FMR)
Subrat Mohanty	Индия	NGO Delegation to the Stop TB Partnership
Thea Hutnamon	Индонезия	Stop TB Partnership Indonesia
Vidula Purohit	Индия	Foundation for Medical Research (FMR)



## ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ

Alesia Matusевич	Украина, Португалия	Global TB Caucus
Cristina Celan	Молдова	Centre for Health Policies and Studies (PAS Center)
Dilshat Khaitov	Кыргызстан	TBpeople Kyrgyzstan
Elena Rzhepishevskaya	Украина, Швеция	TBnet
Jamshed Murtazakulov	Таджикистан	Parliament of Tajikistan
Nikoloz Mirzashvili	Грузия	TBpeople Network
Olya Klymenko	Украина	TBpeople Ukraine
Safarali Naimov	Таджикистан	Stop TB Partnership Tajikistan
Yuliia Kalancha	Украина	TB Europe Coalition

## СТРАНЫ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ДОХОДА

Amanda Banda	Швейцария	Médecins Sans Frontières (MSF)
Bertie Squire	Великобритания	Liverpool School of Tropical Medicine
Caoimhe Smyth	Швейцария	Stop TB Partnership
Cheri Vincent	Соединенные Штаты Америки	U.S. Agency for International Development (USAID)
Clarisse Veylon-Hervet	Франция	French Ministry of Foreign Affairs
Colin Smith	Соединенные Штаты Америки	Results US
Draurio Barreira	Швейцария	UNITAID
Erick Fleutelot	Франция	Expertise France/L'initiative
Erika Arthun	Соединенные Штаты Америки	Bill & Melinda Gates Foundation
Fifa A Rahman	Великобритания	Global Matahari Solution
Francesca Belli	Италия	Global Health Advocates
Gang Sun	Швейцария	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)
Gilles Cesari	Швейцария	The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
Hannah Monica Dias	Швейцария	World Health Organization Global TB Programme
Himanshu Patel	Канада	TBpeople Canada (+ 2 persons)
Hyeoung Lim	Швейцария	Stop TB Partnership
Islam Tauhidul Islam	Швейцария	World Health Organization Global TB Programme
Jacqueline Huh	Швейцария	Stop TB Partnership
James Malar	Швейцария	Stop TB Partnership
Karishma Saran	Швейцария	FIND: Global Alliance for Diagnostics
Kate O'Brien	Соединенные Штаты Америки	We are TB (+ 3 persons)
Kate Thomson	Швейцария	The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
Katherine Horton	Великобритания	The Union Working Group on Gender Equity in TB
Kavindhran Velen	Швейцария	FIND: The global Alliance for Diagnostics
Kelly Collins	Соединенные Штаты Америки	Dimagi
Kerry Millington	Великобритания	LIGHT Research Consortium
Kobto Koura	Франция	The Union
Lana Syed	Швейцария	World Health Organization Global TB Programme

Lasha Goguadaze	Швейцария	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC)
Laurel Sprague	Швейцария	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)
Lindsay McKenna	Соединенные Штаты Америки	Treatment Action Group (TAG)
Lucica Ditiu	Швейцария	Stop TB Partnership
Nuccia Saleri	Швейцария	The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
Olive Mumba	Швейцария	The Global Fund
Patricia Waterous	Канада	Dimagi
Priya Amin	Канада	Stop TB Canada
Rhea Lobo	Индия, Дания	Community Delegation to the Stop TB Partnership Board
Suvanand Sahu	Швейцария	Stop TB Partnership
Tereza Kasaeva	Швейцария	World Health Organization Global TB Programme
Véronica Nosedá	Франция	Expertise France/L'initiative
Vinny Wooding	Великобритания	Results United Kingdom
Viorel Soltan,	Швейцария	Stop TB Partnership
Wayne Van Gemert	Швейцария	Stop TB Partnership

<sup>1</sup> Региональная классификация основана на месте работы и/или проживания, хотя многие респонденты живут и работают в нескольких странах/регионах и/или по всему миру. Составители данного отчета приносят извинения за возможные ошибки.

# Таблица 9

## Организации, участвовавшие в опросах и интервью

100 Percent of Life, Ukraine	Community Advocacy Against Poverty, Ghana	Khmelnitsky National University Training Center for Distance Education, Ukraine	Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME), Burkina Faso
Action against AIDS, Germany	Community Consortium STPI-Penabulu, Indonesia	Khulna Mukti Seba Sangtha (KMSS), Bangladesh	Réseau Ivoirien des organisations de personnes vivant avec le VIH-SIDA (RIPPlus), Cote d'Ivoire
Action des jeunes pour la lutte contre la tuberculose (AJLTB), Chad	Community Delegation to the Stop TB Partnership Board	KNCV Indonesia (YKI), Indonesia	Reseau National des Associations de lutte contre la Tuberculose et la Co-infection TB/VIH ALT, Centrafrique
Action for Health Initiatives, Inc. (ACHIEVE), Philippines	Community Empowerment for Peace and Health Initiative (CEPI), Nigeria	KNCV Tuberculose Foundation, The Netherlands	Réseau Nigérien des Personnes vivant avec le VIH/Sida (RENIP+), Niger
Action for Peace, Education and the Defense of Human Rights (APEDH), Democratic Republic of Congo	Inter-livelihoods and Emergency (CHIEF), South Sudan	Kuboresha-Africa Limited, Uganda	Respiratory Society of Kenya (ReSoK), Kenya
Advocacy Network Africa (AdNetA), Kenya	Concern Health Education Project (CHEP), Ghana	Latin American and Caribbean Network of Environmental Fund (RedLAC), Ecuador	Respiratoires en Cote d'Ivoire, Cote d'Ivoire
Advocates for Health and Development Initiative (AHDI), Nigeria	Convictus Ukraine, Ukraine	Leiden University Medical Center (LUMC), The Netherlands	Resource Group for Education and Advocacy for Community Health (REACH), India
Advocates of Hope for Community (AHFCO), Eswatini	Corporacion Casa de Amigos con Alcance, Colombia	Lesotho Country Coordinating Mechanism (LCCM), Lesotho	RESULTS United Kingdom
AIDS Foundation East West-Kyrgyzstan (AFEW), Kyrgyzstan	Country Coordinating Mechanism, Belarus	LHL International Tuberculosis Foundation Norway	RESULTS United States
Affirmative Action, Cameroon	Damien Foundation, Nigeria	Liga Antituberculose Colombiana, Colombia	Rhodapomak Lifeskills Foundation
Afric'Mutualite, Benin	Debriche Health Development Centre, Nigeria	LIGHT Research Consortium, United Kingdom	Roots Link Africa
Africa Biodynamic Centre (ABC), Ghana	Délégation Régionale de la Santé Publique du Centre, Cameroon	L'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) Mauritanie, Mauritania	Rural Health Advocacy Project, South Africa
Africa Coalition on Tuberculosis (ACT!), Nigeria	Department of Health and Family Welfare, India	Liverpool School of Tropical Medicine, United Kingdom	SAFI, Tajikistan
Africa Global Alliance	Descom Global Care Initiative	London School of Hygiene and Tropical Medicine, United Kingdom	Saglamliga Khidmat, NGO, Azerbaijan
Africa University FACT Partnership	TB Network Anambra Chapter, Nigeria	MAD Consulting, Kazakhstan	SCDI, Vietnam
Afrihealth Optonet Association, Niger	Dimagi Inc., United States	Makueni ExTB TB networking support group, Kenya	SCORE TB Ghana
Afro Global Alliance, Ghana	Disaster and Environmental Management Trust, Zimbabwe	Malawi-Liverpool-Wellcome Clinical Research Programme (MLW), Malawi	Seek To Save Foundation, Ghana
AGBB	Diversity and Solidarity Trust, Sri Lanka	Media for Social Change and Development, Nigeria	Service de Pneumologie Hôpital Fann / Task Force recherche opérationnelle tuberculose, Senegal
Aide Internationale pour le Développement Durable (AIDD), France	Dopasi Foundation, Pakistan	Medical Impact, Mexico	SHDEPHA+ Network, Tanzania
AIDS-Fondet, Denmark	Dream Weaver Organization, Ghana	Médecins Sans Frontières (MSF)	Shepherd for Health Environment Advocacy and Development Centre, Nigeria
Aisha Buhari Foundation, Nigeria	Dynamics of the Francophone Africa Response to Tuberculosis (DRAF TB), Cameroon	Medicines Patent Pool (MPP), Switzerland	SID, Lebanon
Ajuda De Desenvolvimento de Povo para Pova (ADPP), Angola	Eastern Africa National Network of AIDS and Health Service Organization, Tanzania	Melita Matiso Multipurpose Centre, South Africa	Sir HN Hospital and Research Centre, Mumbai, India
Albergue las Memorias A.C., Mexico	Eden Spring of Hope, Ghana	Menara Agung Pengharapan (MAP) Foundation International, Indonesia	Society for Family Health, Nigeria
Alliance Burundaise contre le SIDA et pour la Promotion de la Santé (ABS), Burundi	EKB, Ukraine	Mesa Tem tica de VIH y Derechos Humanos (MCP-ES), El Salvador	Society for Positive Atmosphere and Related Support to HIV and AIDS (SPARSHA) Nepal
Alliance Burundaise pour la Lutte contre la Tuberculose, la lèpre et les autres Maladies (ABTL), Burundi	Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (EGPAF), Kenya	Methadone Family Against Drug Abuse, Tanzania	Socios En Salud, Peru
Alliance for Public Health, Ukraine	Enable the Disable Action (EDA), Democratic Republic of Congo	Middle East and North Africa Harm Reduction Association	SORAK Development Agency, Uganda
Alliance Myanmar, Myanmar	Facilitators of Community Transformation (FACT), Malawi		SOS Tuberculosis and Respiratory Diseases (SOS TBMR), Morocco
ALVIDA, Paraguay			Sous-direction lutte contre le VIH, Senegal
Amoru AIDS Support Community Initiative, Uganda			
Andres Soriano Foundation,			

- Inc., Philippines  
Antenne Régionale  
Abengourou, Côte d'Ivoire  
Aramis, Congo  
Asia Pacific Council of  
AIDS Service Organization  
(APCASO)  
Asociacion Benefica Ser  
Humano, Spain  
Asociación Salvadoreña Para  
La Formación Y Capacitación  
Integral Sostenible, El  
Salvador  
Association Chabab El Borj,  
Morocco  
Association Affiliate Network,  
Kyrgyzstan  
Association des Anciens  
Patients Tuberculeux du  
Bénin, Bénin  
Association des  
Femmes Actives pour le  
Développement, Guinée  
Association of Mozambican  
Mineworkers (AMIMO),  
Mozambique  
Association For Promotion  
Sustainable Development,  
India  
Association for Rural  
Area Social Modification,  
Improvement and Nestling  
(ARASMIN), India  
Association for Social  
Development, Pakistan  
Association Health Mission,  
Serbia  
Association of Brothers  
and Sisters United (AFSU),  
Cameroon  
Association of Former  
Tuberculosis Patients (ASSAP),  
Benin  
Association of People  
Affected by Tuberculosis  
(ASPAT), Peru  
Honduran Association Against  
Tuberculosis in Honduras,  
Honduras  
Association rêve de vivre  
positive (ARV Positive), Algeria  
Australia Japan Foundation  
(AJF), Japan  
Association des Volontaires  
pour le Triomphe des  
Initiatives de Développement  
à la Base (AVOTRIDEB), Benin  
B Control Program, Pakistan  
BAK-AIDS BAKWATA, Tanzania  
Bangladesh Garments  
Manufacturers and Exporters  
Association (BGMEA),  
Bangladesh  
Be Glad Care and Support  
Foundation, Nigeria  
Bill & Melinda Gates  
Foundation\*, United States  
Blossom Trust, Virudhunagar,  
Family Support Centre,  
Ukraine  
Family Welfare Foundation,  
Tanzania  
Faol, Uzbekistan  
Federal University of Sciences  
Otukpo, Nigeria  
FIND: The Global Alliance for  
Diagnostics, Switzerland  
Focus Droits et Acces-asbl  
(FDA), Democratic Republic  
Congo  
Fondation femme plus (FFP),  
Democratic Republic of  
Congo  
For Impact in Social Health  
(FIS), Cameroon  
Foundation for Environmental  
Watch (FEW), Ghana  
Foundation for Medical  
Research, India  
Fraser Health Region,  
Canada  
Fraternité, Cote d'Ivoire  
Free Zone, Ukraine  
French Ministry of Foreign  
Affairs, France\*  
Friends for International TB  
Relief (FIT), Vietnam  
Frontera Sur School  
(ECOSUR), Mexico  
Fundación Grupo Efecto  
Positivo (FGEP), Argentina  
Gender Perspective and  
Social Development Centre  
(GPSDC), Nigeria  
Georgetown Global Health  
LLC, Cameroon  
Ghana Health Service, Ghana  
Ghana HIV & AIDS Network,  
Ghana  
Global Africa-Japan Forum,  
Japan  
Global Alliance for Human  
Rights, India  
Global Alliance of National  
Human Rights (GANHRI),  
India  
Global Fund Advocates  
Network Asia Pacific (GFAN  
AP), Singapore  
Global Health Advocates, Italy  
Global TB Caucus - EECA  
Region  
Global Coalition of TB Activists  
(GCTA)  
Government of Tajikistan,  
Tajikistan  
Great Lakes Agency for Peace  
and Development Africa  
(GLAPD), Australia  
Greater Life Empowerment  
Access Initiative, Nigeria  
Guinean Alliance for Civil  
Society (AGUISOC), Guinée  
Guinéenne Émancipées pour  
le Progrès et la Citoyenneté  
(GEPC), Guinée  
(MENAHR), Lebanon  
Middle East and North  
Africa International  
Treatment Preparedness  
Coalition(MENA ITPC),  
Morocco  
Ministry of Health, Saudi  
Arabia  
Ministry of Health, Somalia  
Ministry of Health Isiolo,  
Kenya  
Monde des Enfants pour  
l'Atténuation de la Pauvreté  
du Frère Rural au Togo  
(MECAP FR TG), TOGO  
Mongolian Tuberculosis  
Coalition, Mongolia  
Movement Against TB, HIV/  
AIDS and Malaria in Nigeria  
(MATHAMAN), Nigeria  
Multidimensional Resource  
Centre Nepal, Nepal  
Murna Foundation, Nigeria  
Mwitikio wa Kudhibiti Kifua  
Kikuu na Ukimwi Tanzania  
(MKUTA), Tanzania  
Nari Maitree, Bangladesh  
National Alliance for  
Development and Health in  
Cote D'Ivoire, Cote D'Ivoire  
National Autonomy University  
of Mexico, Mexico  
National Centre for Infectious  
Diseases, Singapore  
National Collaborating  
Centre for Infectious Disease,  
Canada  
National Collective of General  
Practitioners of Morocco (MG  
Maroc), Morocco  
Nacional Federico Villarreal  
University, Peru  
National Institute for Research  
in Tuberculosis, India  
National Organization of Peer  
Educators (NOPE), Kenya  
National Pirogov Memorial  
Medical University, Ukraine  
National Reference  
Tuberculosis Laboratory,  
Portugal  
National Research Center  
for Phthiisopolmonology,  
Kazakhstan  
National TB Elimination  
Programme, India  
National Tuberculosis and  
Leprosy Control Program,  
Uganda  
National TB Control Program,  
Pakistan  
National TB Program, Burkina  
Faso  
National TB Program, Mexico  
National TB Program (PNLT),  
Chad  
National TB Program (PNLT),  
Gabon  
South Africa Miners  
Association (SAMA), South  
Africa  
Southeastern National TB  
Center Southern, United  
States  
Southern African Miners  
Association (SAMA), South  
Africa  
SPIN Plus, Tajikistan  
Sportsmen / Women Fighting  
HIV and TB (SPOFA), Kenya  
Social Science and Health  
Innovation for Tuberculosis  
(SSHIFTB), Canada  
STEPS Tanzania  
Stop TB Partnership  
Stop TB Partnership Canada  
Stop TB Partnership Ghana  
Stop TB Partnership  
Indonesia  
Stop TB Partnership Kenya  
Stop TB Partnership  
Mozambique  
Stop TB Partnership Tajikistan  
Stop TB Partnership Ukraine  
Strategic Coalition against  
Tuberculosis, Cameroon  
Sustainable Development  
and Cooperation of Sweden  
in Bolivia (ASDI), Bolivia  
Synergie des Organisations  
de la Société Civile pour la  
promotion des droits humains  
et de l'environnement,  
Democratic Republic of  
Congo  
Tanzania Advocacy Centre  
for Development (TACEDE),  
Tanzania  
Tanzania Health Promotion  
Support (THPS)  
Tanzania STP Co/Health  
Promotion Tanzania (HDT),  
Tanzania  
Tanzania TB Community  
Network, Tanzania  
TB Caucus of the Americas  
TB Caucus of the Americas  
Focal Point, Chile  
TB Coalition, Azerbaijan  
TB Coalition Americas,  
Colombia  
TB Help, Vietnam  
TB HIV Care, South Africa  
TBnet Sweden  
TBnet Ukraine  
TBpeople Canada, Canada  
TBpeople Global, United  
Kingdom  
TBpeople Network, Georgia  
TBpeople Philippines  
Organization Inc., Philippines  
TBpeople-Kyrgyzstan,  
Kyrgyzstan  
TBpeople-Ukraine, Ukraine  
TB Proof, South Africa  
TB Relief, Vietnam

- India  
Botswana Network on Ethics, Law and HIV/AIDS (BONELA), Botswana  
BRAC, Bangladesh  
Bridge Consultants Foundation, Pakistan  
Buzurg, Tajikistan  
Cambodian Health Committee (CHC), Cambodia  
Campaigns in Global Health, United Kingdom  
Catholic Relief Services (CRS), Cameroon  
Cavite Positive Action Group  
The Jch Advocacy Inc., Philippines  
Centre Cinématographique Marocain (CCM), Morocco  
Centenary Institute, Australia  
Center for Development of Community Health Initiatives (C&E), Vietnam  
Center for Support Community Development Initiatives (SCDI), Vietnam  
Center Imkon, Uzbekistan  
Centers for Disease Control and Prevention (CDC), United States  
Centre de Recherche et d'Éducation Pour le Développement (CREPD), Cameroon  
Center for Community Health and Poverty Alleviation (CHEPA), Nigeria  
Centre for Healthworks Development and Research Initiative (CHEDRES), Nigeria  
Centre for Infectious Disease Research in Zambia (CIDRZ), Zambia  
Centre for Positive Health Organization (CEPHO), Nigeria  
Solidarity and Social Action Centre (SAS), Cote d'Ivoire  
CEPVV Foundation, Ecuador  
Cercle d'Entraide et d'Assistance des Mères (CEAM), Cameroon  
Chernihiv Network, Ukraine  
Chernivsti Regional Clinical Tuberculosis Dispensary, Ukraine  
Child Health Foundation, Ghana  
Civil Association Angel Azul, Peru  
Civil Society for the Eradication of Tuberculosis in Nigeria, Nigeria (TB NETWORK)  
Civil Society for HIV/AIDS in Nigeria (CiSHAN), Nigeria  
Civil Society in Malaria Control, Immunization and Health and Development Alliance (HEAD), Cambodia  
HOMES Fountain, Ghana  
Honorary Commission for the Fight against Tuberculosis and Prevalent Diseases (CHLAEP), Uruguay  
Hope and Life, Uzbekistan  
Hope for Children and Youth Foundation Trust, Zimbabwe  
Hope for Future Generations (HFFG), Ghana  
Hope Givers Care and Support Organisation, India  
Hospital Barros Luco, Chile  
Humana People To People India, India  
Ifakara Health Institute, Tanzania  
Infervision, Germany  
Innovations for Community Health, Philippines  
Innovations for Development (I4DEV), Uganda  
Inspire Trans Movement Uganda, Uganda  
Institut Pasteur, France  
Institut pour la gouvernance et éducation électorale, Congo  
Institute of Allergy and Clinical Immunology of Bangladesh (IACIB)  
Institute of Lung Diseases and Tuberculosis, North Macedonia  
Integrated Development in Focus, Ghana  
International Association of Solidarity for Development (AISD), Benin  
International Centre for Diarrheal Disease Research (ICDDR,B), Bangladesh  
International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC), Switzerland  
International pour le développement de l'ingénierie conseil (IDEV-ic), Senegal  
International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, France  
IRNIB, Azerbaijan  
Health Authorities Mexico (ISESALUD), Mexico  
Janna Health Foundation, Nigeria  
Jaringan Indonesia Positif, Indonesia  
Jeunesse Actions Développement Solidarité (JADES), France  
Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Switzerland  
Jointed Hands Welfare National Tuberculosis Program, Kenya  
National TB Program, Paraguay  
National TB Program (PNLT), São Tomé and Príncipe  
National TB Voice Network, Ghana  
National Youth Network for Sexual and Reproductive Health Issues (RENAP/SAJ), Gabon  
Network for Empowerment in Rural Areas and Townships (NERAT), Nigeria  
Network of AIDS Service Organization (NASOSS), South Sudan  
Network of People Living with HIV and AIDS in Nigeria (NEPWHAN), Nigeria  
New Vector, Georgia  
Observe TB Colombia  
Majlisi Oli, Tajikistan  
ONGAWA, Senegal  
Organisation pour la Protection de l'environnement et la Sauvegarde des Valeurs Traditionnelles (OPESVaT), Benin  
Pan American Health Organization (PAHO)  
Paradiso TB Patients Trust, Malawi  
Partners in Health, Kazakhstan  
Centre for Health Policies and Studies (PAS), Moldova  
Patients Friend Foundation, Ghana  
Peace Heritage Foundation, Nigeria  
Penabulu Foundation, Indonesia  
Pennsylvania Department of Health, United States  
Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI), Indonesia  
Perhimpunan Organisasi Pasien (POP) TB Indonesia  
Philomera Hope Foundation, Uganda  
Pijet, Cameroon  
Pinnacle Health Foundation, Indonesia  
Pitambarajan kalyan Trust, India  
Positive Effect Group Foundation, Argentina  
Prevention Relief Organisation Congo (OCPS), Congo  
Prakruthi Social Service Society, India  
Precious Life Foundation, Nigeria  
Prisma, Peru  
Programa departamental TB Social Observatory of Bolivia (OSTB), Bolivia  
TB Social Observatory of Brazil (OSTB), Brazil  
TB Social Observatory of Colombia (OSTB), Colombia  
TB Social Observatory of Guatemala (OSTB), Guatemala  
TB Social Observatory of Mexico (OSTB), Mexico  
TB Voices, Nigeria  
TB Women Global  
The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Switzerland  
The Union, France  
The Union Working Group on Gender Equity in TB, United Kingdom  
Total Care Foundation, Ghana  
Transgender Equality, Uganda  
Translational Health Science and Technology Institute (THSTI), India  
Treatment Action Group (TAG), United States  
Trisula Plus, Nepal  
Tuberculosis Research and Prevention Center, Armenia  
Tupambane na Kifua Kikuu na UKIMWI (TUKIKIZA), Zanzibar  
Turkana Bio Aloe Organization (TUBAE), Kenya  
Ubunye Foundation, South Africa  
Uganda Catholic Medical Bureau, Uganda  
Union fait la force de kolaboui, Guinea  
UNITE, Global (Argentina)  
University of El Salvador, El Salvador  
University of Zaragoza, Spain  
University Hospitals Birmingham, United Kingdom  
University of California, USA  
University of Nigeria Nsukka (UNN), Nigeria  
University of Sheffield, United Kingdom  
University of Zimbabwe, Zimbabwe  
U.S. Agency for International Development (USAID), United States  
V. N. Karazin Kharkiv National University, Ukraine  
Veremsiz Heleja Dogri, Azerbaijan  
Vladimir TB Centre, Russia  
Volunteer Health Services, Indonesia  
WACI Health, South Africa  
We are TB, United States  
Willing & Caring Hands

Nutrition (ACOMIN), Nigeria	Organisation, Zimbabwe	de control de la Tuberculosis	Foundation (WICAF), Nigeria
Civil Society Movement	Justice Development and	Santa Cruz, Bolivia	Women and Development
Against Tuberculosis in Sierra	Peace Caritas, Nigeria	Provincial TB Control	Network in North Kivu
Leone, Sierra Leone	Karnataka Health Promotion	Program Punjab, Pakistan	(REFED-NK), Democratic
Clinic of Pulmonary Diseases,	Trust (KHPT), India	Psy d'Afrique, Republic of	Republic of Congo
Romania	Kazakhstan Association of	Congo	Women with Dignity, Tanzania
Club des Amis Damien,	Phthisiopulmonologists,	Public Union for Development	World Bank, United States
Republic of Congo	Kazakhstan	and Welfare, Azerbaijan	World Health Organization
Civil Society Coalition Nigeria	Kazakhstan Union of People	Punjab Bar Council, Pakistan	(WHO), Switzerland
(CONISOC TB), Nigeria	Living with HIV (PLHIV-Kat),	Pyi Gyi Khin (PGK), Myanmar	World Health Organization
Civil Society in Malaria	Kazakhstan	Quire.ai, India	(WHO), Europe office,
Control, Immunization and	Kenko Foundation, Cameroon	REACH Ethiopia	Denmark
Nutrition (ACOMIN), Nigeria	Kenya Legal & Ethical Issues	Real Opportunities Network,	World Health Organization
Coalition of Women Living	Network on HIV and AIDS	Ghana	(WHO) Global TB
with HIV and AIDS in Malawi	(KELIN), Kenya	Red Crescent Society,	Programme, Switzerland
(COWHLA), Malawi	Kenya Malaria Youth Army,	Azerbaijan	Youth AID Initiative Ghana,
Codea, Democratic Republic	Kenya	Red Latinoamericano por	Ghana
of Congo	Kenyan Citizens 4 Good	el acceso a medicamentos	Youth Development
Collectif des Organisations de	Governance, Kenya	(RedLAM), Argentina	Foundation (YDF), Cameroon
Lutte contre la Tuberculose et	Key Interventions to Develop	Regional Expert Group on	Youth Gate Zimbabwe Trust,
les Maladies (COLMTR) , Cote	Systems and Services for	Migration and Health (REG),	Zimbabwe
d'Ivoire	Orphans and Vulnerable	Georgia	Zatumbi Entertainment Youth
College of Agriculture and	Children (KIDSS), Cameroon	Rekat Peduli Foundation,	Group, Kenya
Animal Science Bakura	Khadija Mahmood Trust	Kenya	Zimbabwe National Network
Zamfara State, Nigeria	Hospital, Pakistan	Rekat Peduli Indonesia	for People Living with HIV,
Communities, Alliances &	Khmer HIV/AIDS NGO Alliance	(REKAT), Indonesia	Zimbabwe
Networks (CAAN), Canada	(KHANA), Cambodia		

Названия организаций были взяты из ответов на вопросы анкеты и интервью. Дублирующие записи были удалены. Страновые сети/отделения глобальных организаций перечислены и учтены как коллектив. Составители данного отчета приносят извинения за возможные ошибки.

# Ссылки

1. Political Declaration of the United Nations General-Assembly High-Level Meeting on the Fight Against Tuberculosis. 2018. <https://www.who.int/publications/m/item/political-declaration-of-the-un-general-assembly-high-level-meeting-on-the-fight-against-tuberculosis>.
2. Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. 2015. <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981>.
3. WHO End TB Strategy. World Health Organization, Geneva. 2015. [http://www.who.int/tb/post2015\\_strategy/en/](http://www.who.int/tb/post2015_strategy/en/).
4. Global Plan to End TB 2016–2020. Stop TB Partnership, Geneva. <https://www.stoptb.org/global-plan-to-end-tb-2016-2020-1> Note the Plan was later revised in light of the 2018 UNHLM on TB Political Declaration.
5. WHO Global Tuberculosis Report. World Health Organization, Geneva. 2022. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>.
6. The Global Plan to End TB 2023–2030. Stop TB Partnership 2022. <https://omnibook.com/view/dc664b3a-14b4-4cc0-8042-ea8f27e902a6>  
<https://omnibook.com/embedview/dc664b3a-14b4-4cc0-8042-ea8f27e902a6/en>.
7. A Deadly Divide: TB Commitments vs TB Realities. Stop TB Partnership, Geneva. 2020. <https://www.stoptb.org/deadly-divide-tb-commitments-vs-tb-realities-final-report-english>.
8. Citro B, Lyon E, Mankad M, Pandey KR, Gianella C. Developing a Human Rights-Based Approach to Tuberculosis. 2016. 18(1): 1–7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5070676/>.
9. Words matter: Suggested language and usage for tuberculosis communications. Stop TB Partnership, Geneva. 2022. <https://www.stoptb.org/words-matter-language-guide>.
10. Citro B, Soltan V, Malar J, et al. Building the Evidence for a Rights-Based, People-Centered, Gender-Transformative Tuberculosis Response: An Analysis of the Stop TB Partnership Community, Rights, and Gender Tuberculosis Assessment. Health Hum Rights 2021; 23(2): 253–67. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8694305/>
11. Pipeline Report 2022. Tuberculosis Diagnostics. Treatment Action Group, New York. <https://www.treatmentactiongroup.org/resources/pipeline-report/2022-pipeline-report/>.
12. WHO Rapid communication: TB antigen-based skin tests for the diagnosis of TB infection. World Health Organization, Geneva. 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UCN-TB-2022.1>.
13. WHO Consolidated guidelines on tuberculosis: module 2: screening: systematic screening for tuberculosis disease. World Health Organization, Geneva. 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022676>.
14. WHO Global report on infection prevention and control: Executive summary. World Health Organization, Geneva. 2022. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/354553>.
15. Hargreaves JR, Boccia D, Evans CA, Adato M, Petticrew M, Porter JDH. The Social Determinants of Tuberculosis: From Evidence to Action. American Journal of Public Health 2011; 101(4): 654–62. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3052350/>
16. WHO Consolidated guidelines on tuberculosis. Module 3: Diagnosis – rapid diagnostics for tuberculosis detection 2021 update. World Health Organization, Geneva. 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029415>.
17. Dorman SE, Nahid P, Kurbatova EV, et al. Four-Month Rifapentine Regimens with or without Moxifloxacin for Tuberculosis. N Engl J Med 2021; 384(18): 1705–18. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoA2033400>
18. WHO Treatment of drug-susceptible tuberculosis: rapid communication. World Health Organization, Geneva. 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240028678>.
19. WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 4: treatment: drug-susceptible tuberculosis treatment. World Health Organization, Geneva. 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240048126>.
20. Ghazy RM, El Saeh HM, Abdulaziz S, et al. A systematic review and meta-analysis of the catastrophic costs incurred by tuberculosis patients. Scientific Reports 2022; 12(1): 558. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8752613/>
21. Shaw JA, Allwood BW. Post-tuberculosis lung disease: Exposing the elephant in the room. Afr J Thorac Crit Care Med 2021; 27(2): 10.7196/AJTCCM.2021.v27i2.150. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8327676/>
22. Cáceres G, Calderon R, Ugarte-Gil C. Tuberculosis and comorbidities: treatment challenges in patients with comorbid diabetes mellitus and depression. Ther Adv Infect Dis 2022; 9: 20499361221095831-. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9130847/>
23. Tuberculosis and HIV. UNAIDS. 2022. <https://www.unaids.org/en/resources/infographics/tuberculosis-and-hiv>.
24. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 4: treatment – drug-resistant tuberculosis treatment, 2022 update. World Health Organization, Geneva. 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063129>.
25. DR-TB Drugs Under the Microscope, 8th Edition. Access Campaign. Médecins Sans Frontières. 2022. <https://www.msfaaccess.org/dr-tb-drugs-under-microscope-8th-edition>.
26. Mukunth V. Explained | Bedaquiline, India's anti-tuberculosis fight, and a patent battle. The Hindu. 25 Mar. 2023. <https://www.thehindu.com/sci-tech/health/bedaquiline-drug-resistant-tuberculosis-patent-law-safety/article66657638.ece>.
27. WHO operational handbook on tuberculosis: module 5: management of tuberculosis in children and adolescents. World Health Organization, Geneva. 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240046832>.
28. Reuter A, Hughes J, Furin J. Challenges and controversies in childhood tuberculosis. The Lancet 2019; 394(10202): 967–78. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31526740/>

29. Global AIDS Monitoring. UNAIDS. 2022. <https://www.unaids.org/en/global-aids-monitoring>.
30. 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): e448–e60. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30819531/>
31. Janse Van Rensburg A, Dube A, Curran R, et al. Comorbidities between tuberculosis and common mental disorders: a scoping review of epidemiological patterns and person-centred care interventions from low-to-middle income and BRICS countries. *Infectious Diseases of Poverty* 2020; 9(1): 4. <https://idpjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40249-019-0619-4>
32. Ehrlich R, Akugizibwe P, Siegfried N, Rees D. The association between silica exposure, silicosis and tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2021; 21(1): 953. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-10711-1>
33. Sinha P, Lönnroth K, Bhargava A, et al. Food for thought: addressing undernutrition to end tuberculosis. *Lancet Infect Dis* 2021; 21(10): e318–e25. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8458477/>
34. Marais BJ, Lönnroth K, Lawn SD, et al. Tuberculosis comorbidity with communicable and non-communicable diseases: integrating health services and control efforts. *The Lancet Infectious Diseases* 2013; 13(5): 436–48. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23531392/>
35. WHO Framework for collaborative action on tuberculosis and comorbidities. World Health Organization, Geneva. 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055056>.
36. Salomon A, Law S, Johnson C, et al. Interventions to improve linkage along the HIV-tuberculosis care cascades in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS one* 2022; 17(5): e0267511. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0267511>
37. Tackling comorbidities and addressing TB in vulnerable populations. World Health Organization, Geneva. <https://www.who.int/activities/tackling-comorbidities-and-addressing-tb-in-vulnerable-populations>.
38. Engaging private health care providers in TB care and prevention: a landscape analysis, second edition. World Health Organization, Geneva. 2021. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333886>.
39. Koura KG, Harries AD, Fujiwara PI, et al. COVID-19 in Africa: community and digital technologies for tuberculosis management. *Int J Tuberc Lung Dis* 2020; 24(8): 863–5. <https://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtld/2020/00000024/00000008/art00020>
40. Destruction and Devastation: One Year of Russia's Assault on Ukraine's Health Care System. Atrocities (eyeWitness), Insecurity Insight, the Media Initiative for Human Rights (MIHR), Physicians for Human Rights (PHR), and the Ukrainian Healthcare Center (UHC). 2023. <https://phr.org/wp-content/uploads/2023/02/REPORT-Destruction-and-Devastation-Ukraine-Feb-21-2023-ENG-WebOptimized.pdf>.
41. WHO Model Lists of Essential Medicines. World Health Organization, Geneva. <https://www.who.int/groups/expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines/essential-medicines-lists>.
42. UNHLM on TB Key Targets and Commitments for 2022. Stop TB Partnership, Geneva. <https://www.stoptb.org/advocacy-and-communications/unhlm-tb-key-targets-and-commitments>.
43. Fund TB Communities & Civil Society. Stop TB Partnership, Geneva. <https://www.stoptb.org/prioritize-people-human-rights-gender/fund-tb-communities-civil-society>.
44. Communities, Rights and Gender. Stop TB Partnership, Geneva. <https://www.stoptb.org/prioritize-people-human-rights-gender/communities-rights-and-gender-crg>.
45. Tools to Support Communities, Rights and Gender TB Responses. Stop TB Partnership, Geneva. <https://www.stoptb.org/communities-rights-and-gender-crg/tools-to-support-communities-rights-and-gender-tb-responses>.
46. TB Stigma Assessment Tool. Stop TB Partnership, Geneva. <https://www.stoptb.org/tb-stigma/tb-stigma-assessment-tool>.
47. Community-Led Monitoring Tools. Stop TB Partnership, Geneva. <https://www.stoptb.org/tb-stigma/tb-stigma-assessment-tool>.
48. Community, Rights & Gender. The Global Fund, Geneva. <https://www.theglobalfund.org/en/funding-model/throughout-the-cycle/community-rights-gender/>.
49. Board Delegations & Constituencies. Stop TB Partnership, Geneva. <https://www.stoptb.org/board/board-delegations-constituencies>.
50. WHO Civil Society Task Force on TB: engagement with civil society as the driver for change. World Health Organization, Geneva. 2020. <https://www.who.int/groups/civil-society-task-force-on-tb>.
51. Challenge Facility for Civil Society. Stop TB Partnership, Geneva. <https://stpglobalcrg.org/>.
52. Community Engagement Strategic Initiative Update. The Global Fund, Geneva. 2022. [https://www.theglobalfund.org/media/12138/crg\\_2022-06-strategicinitiative\\_update\\_en.pdf](https://www.theglobalfund.org/media/12138/crg_2022-06-strategicinitiative_update_en.pdf).
53. Announcement of Communities Delegation to Unitaid Board Member and Alternate Board Member. Global Network of People Living With HIV, Netherlands. 2022. <https://gnpplus.net/latest/news/announcement-of-communities-delegation-board-and-alternate-board-member>.
54. The Strategic Initiative on Finding the Missing People with TB. Stop TB Partnership, Geneva. <https://www.stoptb.org/news/strategic-initiative-to-find-missing-people-with-tb>.
55. Country, regional and global profiles. WHO Global Tuberculosis Report. World Health Organization, Geneva. 2022. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data>.
56. Social Barriers to Accessing Quality TB Service: TB Key Populations, Legal Environment and Gender Assessment. Stop TB Partnership, Geneva. 2020. [stoptb.org/assets/documents/communities/CRG/TB%20CRG%20Assessment%20Indonesia.pdf](https://www.stoptb.org/assets/documents/communities/CRG/TB%20CRG%20Assessment%20Indonesia.pdf).
57. Cords O, Martinez L, Warren JL, et al. Incidence and prevalence of tuberculosis in incarcerated populations: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health* 2021; 6(5): e300–e8.
58. Velen K, Charalambous S. Tuberculosis in prisons: an unintended sentence? *The Lancet Public Health* 2021; 6(5): e263–e4. [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00049-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00049-9/fulltext)
59. Basu S, Stuckler D, Gonsalves G, Lurie M. The production of consumption: addressing the impact of mineral mining on tuberculosis in southern Africa. *Globalization and Health* 2009; 5(1): 11. <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-5-11>
60. Baleta A. Southern African declaration targets TB in mining sector. *The Lancet* 2012; 380(9849): 1217–8. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61698-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61698-5/fulltext)



61. Hick S. The Enduring Plague: How Tuberculosis in Canadian Indigenous Communities is Emblematic of a Greater Failure in Healthcare Equality. *J Epidemiol Glob Health* 2019; 9(2): 89-92. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7310753/>
62. Canadian Tuberculosis Standards – 8th Edition. 2022. <https://www.tandfonline.com/toc/ucts20/6/sup1>.
63. Dunn JL, Larocque M, Van Dyk D, et al. Chapter 12: An introductory guide to tuberculosis care to improve cultural competence for health care workers and public health professionals serving Indigenous Peoples of Canada. *Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine* 2022; 6(sup1): 184-93. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/24745332.2022.2041328>
64. Curry JS, Abdelbary B, García-Viveros M, et al. South to North Migration Patterns of Tuberculosis Patients Diagnosed in the Mexican Border with Texas. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2022; 24(5): 1113-21. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8522865/>
65. Global roadmap for research and development of tuberculosis vaccines. EDCTP, Netherlands. Apr. 2021. <http://www.edctp.org/publication/global-roadmap-for-research-and-development-of-tuberculosis-vaccines/>.
66. Gupta A, Hughes MD, Garcia-Prats AJ, McIntire K, Hesselting AC. Inclusion of key populations in clinical trials of new antituberculosis treatments: Current barriers and recommendations for pregnant and lactating women, children, and HIV-infected persons. *PLoS Med* 2019; 16(8): e1002882. <https://journals.plos.org/plosmedicine/article/comments?id=10.1371/journal.pmed.1002882>
67. Guglielmetti L, Günther G, Leu C, et al. Rifapentine access in Europe: growing concerns over key tuberculosis treatment component. *European Respiratory Journal* 2022; 59(5): 2200388. <https://erj.ersjournals.com/content/59/5/2200388>
68. McKenna L, Frick M, Angami K, Dubula V, Furin J, Harrington M, Hausler H, Heitkamp P, Herrea R, Lynch S, Mitnick CD, Moses GK, Ndjeka N, Nyang'wa B, Palazuelos L, Ulysse P, Pai M. The 1/4/6x24 campaign to cure tuberculosis quickly. *Nature Medicine* 2023; 29(1): 16-7. <https://www.nature.com/articles/s41591-022-02136-z> (or see [Treatment Action Group https://www.treatmentactiongroup.org/1-4-6-x-24/](https://www.treatmentactiongroup.org/1-4-6-x-24/))
69. Kim J, Park BG, Lim DH, et al. Development and evaluation of a multiplex loop-mediated isothermal amplification (LAMP) assay for differentiation of *Mycobacterium tuberculosis* and non-tuberculosis mycobacterium in clinical samples. *PLoS one* 2021; 16(1): e0244753. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0244753>
70. Rashidi HH, Dang LT, Albahra S, Ravindran R, Khan IH. Automated machine learning for endemic active tuberculosis prediction from multiplex serological data. *Scientific Reports* 2021; 11(1): 17900. <https://www.nature.com/articles/s41598-021-97453-7>
71. Truong CB, Tanni KA, Qian J. Video-Observed Therapy Versus Directly Observed Therapy in Patients With Tuberculosis. *American Journal of Preventive Medicine* 2022; 62(3): 450-8. [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(21\)00570-5/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(21)00570-5/fulltext)
72. Digital TB Surveillance System Assessment Report. Stop TB Partnership and The Global Fund, Geneva. <https://tbassessment.stoptb.org/>.
73. Community-led monitoring of the TB response, using OnelImpact digital platform. Stop TB Partnership, Geneva. 2023. <https://stopbpartnershiponeimpact.org/clminvestmentpackage/STP.pdf>.
74. WHO Multisectoral Accountability Framework for TB (MAF-TB): progress in adaptation and implementation. World Health Organization, Geneva. <https://www.who.int/publications/digital/global-tuberculosis-report-2021/featured-topics/maf-tb>.
75. Global Drug Facility. Stop TB Partnership, Geneva. <https://www.stoptb.org/facilitate-access-to-tb-drugs-diagnostics/global-drug-facility-gdf>.
76. Morin S, Moak HB, Bubb-Humfries O, von Drehle C, Lazarus JV, Burrone E. The economic and public health impact of intellectual property licensing of medicines for low-income and middle-income countries: a modelling study. *The Lancet Public Health* 2022; 7(2): e169-e76. [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00202-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00202-4/fulltext)
77. Nyang'wa B-T, Berry C, Kazounis E, et al. A 24-Week, All-Oral Regimen for Rifampin-Resistant Tuberculosis. *New England Journal of Medicine* 2022; 387(25): 2331-43. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2117166>
78. WHO operational handbook on tuberculosis. Module 4: treatment – drug-resistant tuberculosis treatment, 2022 update. World Health Organization, Geneva. 2022: World Health Organization; 2022.
79. Gupta A, Juneja S, Sahu S, et al. Lifesaving, cost-saving: Innovative simplified regimens for drug-resistant tuberculosis. *PLoS Global Public Health* 2022; 2(11): e0001287. <https://journals.plos.org/globalpublichealth/article?id=10.1371/journal.pgph.0001287>
80. Screening coal miners in rural Pakistan using Artificial Intelligence and ultra-portable X-ray. Dopasi Foundation. Stop TB Partnership. [https://www.stoptb.org/sites/default/files/dopasi\\_pakistan\\_final.pdf](https://www.stoptb.org/sites/default/files/dopasi_pakistan_final.pdf).
81. Accelerating diagnosis in residents of informal settlements using artificial intelligence. PATH, India. Qure.ai. Stop TB Partnership, Geneva. <https://www.stoptb.org/ai-powered-computer-aided-detection-cad-software/case-studies>
82. Global Fund, USAID and Stop TB Partnership's New Collaboration With Molbio Diagnostics Will Increase Access to Rapid Molecular Tests for TB. The Global Fund, Geneva. 2023. <https://www.theglobalfund.org/en/news/2023/2023-03-09-global-fund-usaid-stop-tb-partnership-molbio-diagnostics-rapid-molecular-tests-tb/>.
83. Evaluating Newly Approved Drugs for Multidrug-resistant TB (endTB): A Clinical Trial. *Médecins Sans Frontières* 2022. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02754765>.
84. Evaluating Newly Approved Drugs in Combination Regimens for Multidrug-Resistant TB With Fluoroquinolone Resistance (endTB-Q). *Médecins Sans Frontières*. 2022. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03896685>.
85. Building Evidence for Advancing New Treatment for Rifampicin Resistant Tuberculosis (RR-TB) Comparing a Short Course of Treatment (Containing Bedaquiline, Delamanid and Linezolid) With the Current South African Standard of Care. Wits Health Consortium (Pty) Ltd 2022. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04062201>.
86. USAID Announces Up To \$200 Million For Research To Combat Tuberculosis. 2022. <https://www.usaid.gov/news-information/press-releases/aug-04-2022-usaid-announces-200-million-research-combat-tuberculosis>.
87. TB CAB 10-Year Anniversary Evaluation Report 2011–2021. Treatment Action Group, New York. 2022. <https://www.treatmentactiongroup.org/publication/tb-cab-10-year-anniversary-evaluation-report-2011-2021-and-podcast/>.
88. WHO COVID-19 Detailed Surveillance Data Dashboard. World Health Organization, Geneva. <https://covid19.who.int/>.
89. WHO Global Tuberculosis Report. World Health Organization, Geneva. 2021. <https://www.who.int/publications/item/9789240037021>.

90. Global Fund Board Hails Record-Breaking Seventh Replenishment Final Outcome of US\$15.7 Billion. The Global Fund, Geneva. 2022. <https://www.theglobalfund.org/en/news/2022/2022-11-18-global-fund-board-hails-record-breaking-seventh-replenishment-final-outcome-of-usd15-7-billion/>.
91. Overview of the 2023–2025 Allocations. The Global Fund, Geneva. 2023. <https://www.theglobalfund.org/en/updates/2023/2023-01-18-2023-2025-allocations-now-available/>.
92. The Global Health Observatory. World Health Organization, Geneva. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators>.
93. Communiqué: Improved Political Commitment and Financing for TB for High Burden Countries in Africa. Stop TB Partnership, Geneva. 2022. <https://www.stoptb.org/news/communique-improved-political-commitment-and-financing-tb-high-burden-countries-africa>.
94. India Makes Strong Commitment to Global Fund. The Global Fund, Geneva. 2022. <https://www.theglobalfund.org/en/news/2022/2022-11-28-india-makes-strong-commitment-to-global-fund/>.
95. Tuberculosis Research Funding Trends, 2005–2021. Treatment Action Group, New York. 2022. <https://www.treatmentactiongroup.org/resources/tbrd-report/tbrd-report-2022/>.
96. Estill J, Islam T, Houben RMGJ, et al. Tuberculosis in the Western Pacific Region: Estimating the burden of disease and return on investment 2020&#x2013;2030 in four countries. The Lancet Regional Health – Western Pacific 2021; 11.
97. Ball P. The lightning-fast quest for COVID vaccines – and what it means for other diseases. Nature 2021; 589(7840): 16–8. <https://www.nature.com/articles/d41586-020-03626-1>
98. Glassman A, Madan J, Smitham E. The Future of Global Health Spending Amidst Multiple Crises. Centre for Global Development, Washington, DC. 2023. <https://www.cgdev.org/publication/future-global-health-spending-amidst-multiple-crises>.
99. G20 Focus on TB Financing. Stop TB Partnership, Geneva. 2022. <https://www.stoptb.org/news/g20-focus-tuberculosis-financing>.
100. Micah AE, Bhangdia K, Cogswell IE, et al. Global investments in pandemic preparedness and COVID-19: development assistance and domestic spending on health between 1990 and 2026. The Lancet Global Health 2023; 11(3): e385–e413. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(23\)00007-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(23)00007-4/fulltext)
101. Innovative Finance. The Global Fund, Geneva. <https://www.theglobalfund.org/en/innovative-finance/>.
102. C19RM Monthly Update to the Board. Report for November – December 2022. The Global Fund, Geneva. 2022. <https://www.theglobalfund.org/en/covid-19/monthly-update-to-the-board/>.
103. Fight For What Counts. Investment Case – Seventh Replenishment 2022. The Global Fund <https://www.theglobalfund.org/en/fight-for-what-counts/>.
104. Back from New York, the fight continues. Global Fund Advocates Network. 2022. <https://www.globalfundadvocatesnetwork.org/back-from-new-york-the-fight-continues/>.
105. En Afrique, le déficit de financement et la pandémie de Covid-19 freinent la lutte contre la tuberculose. United Nations News. 2022. <https://news.un.org/fr/story/2022/03/1116982>.
106. Tuberculosis Dashboard: Interactive Country Dashboard. Stop TB Partnership, Geneva. <https://dashboards.stoptb.org/country-profile.html>.
107. Plan d'Action Communauté, Droits humains et Genre TB. Stop TB Partnership, Geneva. 2020. <http://stoptb.org/assets/documents/communities/CRG/TB%20CRG%20Action%20Plan%20DR%20Congo.pdf>
108. Progress towards achieving global tuberculosis targets and implementation of the UN Political Declaration on Tuberculosis. World Health Organization, Geneva. 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/343376>.
109. COVID-19 to Add as Many as 150 Million Extreme Poor by 2021. World Bank. 2020. <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2020/10/07/covid-19-to-add-as-many-as-150-million-extreme-poor-by-2021>.
110. Rahman M, Ahmed R, Moitra M, et al. Mental Distress and Human Rights Violations During COVID-19: A Rapid Review of the Evidence Informing Rights, Mental Health Needs, and Public Policy Around Vulnerable Populations. Frontiers in Psychiatry 2021; 11. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.603875/full>
111. Drobniowski F, Keshavjee S. COVID-19 and Tuberculosis—A Global Tale of Hubris and Lessons Unlearned? Frontiers in Medicine 2021; 8. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2021.799640/full>
112. Versfeld A, Malar J, Soltan V, et al. Towards meaningful inclusion of people affected by TB: lessons from the COVID-19 response. Int J Tuberc Lung Dis 2022; 26(6): 475–6. <https://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtld/2022/00000026/00000006/art00002>
113. The Pandemic Fund Announces First Round of Funding to Help Countries Build Resilience to Future Pandemics. The World Bank. 3 Feb 2023. <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2023/02/03/the-pandemic-fund-announces-first-round-of-funding-to-help-countries-build-resilience-to-future-pandemics>.
114. Knight GM, Raviglione MC, White RG. No antimicrobial resistance research agenda without tuberculosis. The Lancet Global Health 2020; 8(8): e987–e8. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30309-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30309-0/fulltext)
115. WHO Strategic Priorities on Antimicrobial Resistance. World Health Organization, Geneva. 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240041387>.
116. Hasan R, Shakoor S, Hanefeld J, Khan M. Integrating tuberculosis and antimicrobial resistance control programmes. Bull World Health Organ 2018; 96(3): 194–200. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5840628/>
117. Global Database for Tracking Antimicrobial Resistance (AMR). Food and Agricultural Organization of the United Nations, United Nations Environment Programme, World Health Organization, World Organization for Animal Health, Geneva. <https://amrcountryprogress.org/#/visualization-view>.
118. Chair's Summary: Health Ministers' of the G20. 1st Health Working Group Side Event on Tuberculosis. Annex 1: Call to Action on Financing for TB Response. G20 Research Group, Bali. 2022. <http://www.g20.utoronto.ca/2022/221028-health.html#fn12>.
119. The World Health Report 2010. Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage. World Health Organization, Geneva. 2012. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>.
120. Hogan DR, Stevens GA, Hosseinpoor AR, Boerma T. Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services. The Lancet Global Health 2018; 6(2): e152–e68. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30472-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30472-2/fulltext)

121. Reid M, Roberts G, Goosby E, Wesson P. Monitoring Universal Health Coverage (UHC) in high Tuberculosis burden countries: Tuberculosis mortality an important tracer of UHC service coverage. *PLoS one* 2019; 14(10): e0223559-e. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0223559>
122. USAID Announces Initiative for Global Vaccine Access (Global VAX) to Accelerate Vaccine Access and Delivery Assistance Around the World. USAID, Washington, DC. 2021. <https://www.usaid.gov/news-information/press-releases/dec-06-2021-usaid-announces-initiative-global-vaccine-access-global-vax-accelerate-vaccine-access-and-delivery-assistance-around-world>.
123. Escalating 'keke' initiative to fight TB. *Health Reporters*. 2022. <https://healthreporters.info/escalating-keke-initiative-to-fight-tb/>.
124. Innovative TB Community Service Delivery During the COVID-19 Pandemic Best Practices and Lessons Learned from Cambodia, India, Indonesia, and Kenya. Global Coalition of TB Activitists and The Global Fund. 2022. [https://www.gctacommunity.org/?page\\_id=11208](https://www.gctacommunity.org/?page_id=11208).
125. Programmatic innovations to address challenges in tuberculosis prevention and care during the COVID-19 pandemic. Compendium of TB/COVID-19 studies. World Health Organization, Geneva. 2021. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/covid-19/compendium>.
126. The UHC that we want. A position statement from the "Asia-Pacific community and civil society universal health coverage caucus" convened by the global fund advocates network Asia-Pacific (GFAN AP) and co-organised by APCASO. 2017. [https://drive.google.com/drive/u/0/folders/141fM9xIQEmXmCzIYbks1bHRXljx8C\\_9t](https://drive.google.com/drive/u/0/folders/141fM9xIQEmXmCzIYbks1bHRXljx8C_9t)
127. Evolution of UHC in Chad. National UHC Dynamics Card. P4H Social Health Protection Newtork. [https://p4h.world/en/national\\_uhc\\_dynamics\\_card\\_chad](https://p4h.world/en/national_uhc_dynamics_card_chad).
128. WHO Multisectoral Accountability Framework for TB (MAF-TB). World Health Organization, Geneva. 2019. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-CDS-TB-2019.10>.
129. Chin DP, Hanson CL. Finding the Missing Tuberculosis Patients. *J Infect Dis* 2017; 216(suppl\_7): S675-s8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5853462/>
130. The TB Advocacy Campiagn in the G20. Global TB Caucus. <https://www.globaltbcaucus.org/g20>.
131. The Bangkok TB Community-led Monitoring Statement "Transforming the TB Response Collaboratively to Reach Every Person Affected by TB OneImpact – Community-led Monitoring for TB". Joint Position Statement and Global Solidarity Appeal from TB Communities to all TB Stakeholders. Stop TB Partnership, Bangkok. 1 Nov. 2022. <https://stoptbpartnershiponeimpact.org/statement/v1/>.
132. Barcelona Declaration. Global TB Caucus 2021. <https://www.globaltbcaucus.org/get-involved>
133. Ramírez-Koctong O, Colorado A, Cruzado-Castro L, Marin-Samanez H, y Lecca L. Observatorios sociales nacionales y regional de tuberculosis en ocho países de Latinoamérica y el Caribe *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46:e163. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.163>.
134. Cadre de responsabilisation multisectoriel pour progresser plus vite en vue de mettre fin a la tuberculose (CRM-TB). Report Evaluation de Base Afrique Francophone. 2021. <https://draftb.org/rapport-evaluation-de-base-maf-tb-de-loms-en-afrique-francophone/>.
135. WHO Global Tuberculosis Report. World Health Organization, Geneva. 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>.
136. Djibouti - Annual Country Report 2021. World Food Programme. <https://www.wfp.org/countries/djibouti>.
137. Kasaeva T, Dias HM, Pai M. Fast-tracking progress to End TB: high-level opportunities for investment and action. *Lancet* 2023; 401(10381): 975-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36958358/>.
138. WHO standard: universal access to rapid tuberculosis diagnostics. World Health Organization, Geneva. 2023. <https://hq.globaltuberculosisprogramme.cmail19.com/t/d-l-zkkihkhk-ihkktiktij-j/>.



**Stop TB Partnership**  
Affected Community  
& Civil Society Delegations  
Chemin du Pommier 40  
1218 Le Grand-Saconnex,  
Geneva, Switzerland