



**Нарушая молчание:
барьеры,
касающиеся прав
человека, гендерных
факторов, стигмы и
дискриминации в сфере
противотуберкулезных
услуг в**

**Грузии
Казахстане
Кыргызстане
Таджикистане
Украине**





**Нарушая молчание:
барьеры, касающиеся прав
человека, гендерных факторов,
стигмы и дискриминации в сфере
противотуберкулезных услуг в
Грузии, Казахстане, Кыргызстане,
Таджикистане и Украине**

Обзорный отчет

НОЯБРЬ 2020

Выражение признательности

Региональный обзор по сообществам, правам и гендерной проблематике (СПГ) был разработан как часть многострановой программы «Совершенствование ориентированной на нужды людей качественной противотуберкулезной помощи - от новой модели помощи к улучшению результатов раннего выявления и лечения ЛУ-ТБ» (TB-REP 2.0), финансируемой Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобальный фонд) и выполняемой Центром политики и исследований в здравоохранении (Центр PAS) в качестве основного реципиента.

Основные авторы

Документ был подготовлен TBC Consult: Нонной Турусбековой, Кристиной Жораевой, Питером Мок и Самантой Соколовски.

Рецензенты

Техническое руководство и внутренний контроль были осуществлены командой проекта TB-REP 2.0 Центра PAS: Стелой Бивол, Лилианой Караулан, Светланой Николаеску и Кристиной Челан.

Другие соавторы и внешние рецензенты

Дополнительные ценные материалы, включенные в обзор, были предоставлены командой менеджмента портфеля Глобального фонда TB-REP 2.0 и командой СПГ (Александрина Иовица, Брайс Бамбара); командой поддержки стран и сообщества Партнерства «Остановить ТБ» (Виорел Солтан, Танди Катлхоло и Джеймс Малар); и Европейским отделом ВОЗ по страновым программам здравоохранения, Совместной программой по ТБ, ВИЧ и вирусным гепатитам (Аскар Едильбаев и Андрей Даду).

Центр PAS с благодарностью отмечает вклад всех партнерских организаций, которые оказали поддержку при разработке Регионального обзора СПГ.

Выражаем особую благодарность организациям и командам, которые провели оценку СПГ и составили национальные отчеты, послужившие информативной основой для обзора:

- Грузинской сети людей, употребляющих наркотики (GeNPUD) «Новый вектор» (Грузия);
- ОЮЛ «Казахстанский союз людей, живущих с ВИЧ» (Казахстан);
- НПО «Гендер и развитие» (Таджикистан) и Канадской правовой сети по ВИЧ/СПИДу;
- Альянсу общественного здоровья (Украина);
- Программе развития ООН (Украина);
- Коалиции по борьбе с туберкулезом (Кыргызстан);
- Глобальному фонду;
- Партнерству «Остановить ТБ»;
- Корпорации APMG Health.

Содержание

| | |
|--|----|
| Выражение признательности | 2 |
| Сокращения | 4 |
| Вступление | 5 |
| Основные факты и выводы | 9 |
| Общие сведения | 17 |
| Методы | 18 |
| Сводка результатов по странам | 22 |
| Грузия..... | 23 |
| Казахстан..... | 28 |
| Кыргызстан..... | 33 |
| Таджикистан..... | 38 |
| Украина..... | 43 |
| Обсуждение основных барьеров и решений | 49 |
| Ключевые группы населения: люди, которые в прошлом находились в местах лишения свободы, и люди, употребляющие наркотики..... | 49 |
| Туберкулез у женщин и ГН..... | 51 |
| Стигматизация со стороны работников здравоохранения..... | 53 |
| Ориентированный на людей подход..... | 55 |
| Роль поставщиков первичной медико-санитарной помощи..... | 57 |
| Гарантия занятости и право на труд..... | 57 |
| Активное выявление случаев среди сельской бедноты..... | 58 |
| Роль НПО..... | 59 |
| Внедрение рекомендаций СПГ в национальные стратегические планы | 62 |
| Пример Кыргызстана..... | 62 |
| Пример Украины..... | 63 |
| Выводы | 65 |
| Ссылки на ресурсы | 67 |

Сокращения

| | |
|-----------------------|--|
| ВЕЦА | Восточная Европа и Центральная Азия |
| ВОЗ | Всемирная организация здравоохранения |
| ВПЛ | Внутренне перемещенное лицо |
| ВСЛ | Видеосопровождение лечения туберкулеза |
| ГН | Гендерное насилие |
| ГТО | Группа по техническому обзору |
| ДОТ | Лечение под непосредственным наблюдением |
| ИД | Идентификация |
| КРЗ | Комитет по рассмотрению заявок |
| ЛЖВ | Люди, живущие с ВИЧ |
| ЛУ | Лекарственно-устойчивый |
| ЛУИН | Люди, употребляющие инъекционные наркотики |
| ЛУН | Люди, употребляющие наркотики |
| МК | Междисциплинарная команда |
| МЛУ | Множественная лекарственная устойчивость |
| ММП | Многосекторальный механизм подотчетности |
| COVID-19 | Коронавирусная инфекция |
| СПГ | Сообщество, права и гендер |
| НПО | Неправительственная организация |
| ОГО | Организация гражданского общества |
| ОЗТ | Опиоидная заместительная терапия |
| ПМСП | Первичная медико-санитарная помощь |
| РУ | Рифампицин-устойчивый |
| ТБ | Туберкулез |
| ТВ-REP 2.0 | Совершенствование ориентированной на нужды людей качественной противотуберкулезной помощи - от новой модели помощи к улучшению результатов раннего выявления и лечения ЛУ-ТБ |

Вступление

Знаете ли вы, какое инфекционное заболевание уносит больше всего жизней людей в мире? Нет, не COVID-19. Это по-прежнему туберкулез (ТБ), и наш регион, Восточная Европа и Центральная Азия (ВЕЦА), очень сильно пострадал от него. Но в отличие от COVID-19, туберкулез излечим и предотвратим, и мировое сообщество взяло на себя обязательство ликвидировать ТБ к 2030 году. Мы живем во времена переосмысления ответных мер по борьбе с ТБ, но тем не менее мы рискуем проиграть в этой борьбе. Для меня это дежа вю.

Я родилась в стране, которой больше не существует, в Советском Союзе, в то время, когда уровень инфекционных заболеваний, таких как ТБ, всегда был низким. Период трудностей наступил в 90-е годы, когда весь мир вокруг нас рухнул. После экономических реформ почти 300 миллионов человек в 15 новых странах потеряли свои доходы и сбережения и вынуждены были выживать годами, в то время как наша социальная структура распалась. Регион Восточной Европы и Центральной Азии стал регионом с наибольшим количеством людей с лекарственно-устойчивыми формами ТБ - очевидный признак социальных бедствий и кризиса системы здравоохранения.

Два десятилетия спустя мы живем в поистине удивительные времена для оказания противотуберкулезной помощи. Появились новые средства быстрой диагностики, позволяющие выявить ТБ за час; рентген с искусственным интеллектом позволяет проводить более быстрый и точный скрининг, новые препараты позволяют лечить людей с лекарственно-устойчивыми формами ТБ без госпитализации, а цифровые инструменты по поддержке приверженности позволяют людям с ТБ оставаться на связи со своими врачами во время прохождения лечения на дому. В 2018 году, в исторический момент, на Совещании высокого уровня Организации Объединенных Наций, страны взяли на себя обязательства, что всем людям с ТБ или затронутым им, будет предоставлен доступ к ориентированным на нужды людей профилактике, диагностике, лечению и уходу, а также к психо-социальной, продуктовой и социально-экономической поддержке; что сообщества и гражданское общество будут активно участвовать в ответных мерах по борьбе с ТБ; что будут развиты противотуберкулезные услуги на уровне сообщества и устранены правовые, гендерные и социально-культурные барьеры в отношении противотуберкулезной помощи, а также что будет ликвидирована стигма и все формы дискриминации, связанные с ТБ.

С 2016 года, вместе с нашими партнерами и при финансовой поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, мы работаем над тем, чтобы сделать медицинские услуги ориентированными на людей в 11 странах: Армении, Азербайджане, Беларуси, Грузии, Казахстане, Кыргызстане, Молдове, Таджикистане,

Туркменистане, Украине и Узбекистане. Конечной целью является обеспечение удовлетворения медицинских и социальных потребностей людей с ТБ, чтобы вовремя поставить диагноз и провести полный курс лечения. Мы стали свидетелями изменений в национальных программах по борьбе с ТБ, связанных с усилением роли гражданского общества. В настоящее время регион ВЕЦА является регионом с самым быстрым снижением заболеваемости ТБ по сравнению со всеми другими регионами мира; экономика и системы здравоохранения в нем так же постепенно улучшаются. Тем не менее, доля людей с новыми и ранее пролеченными случаями ТБ, у которых лекарственно-устойчивая форма заболевания, по-прежнему остается высокой, и наряду с этим также остается важной и проблема выявления людей с ТБ, не охваченных национальными программами. Структурные барьеры лежат в основе невыполнения задач Стратегии по ликвидации ТБ.

Многогранной грант TB-REP 2.0 направлен на совершенствование ориентированных на нужды людей подходов, обеспечивающих предоставление качественного лечения и профилактики ТБ и ЛУ-ТБ, сохранение в центре внимания общественности проблемы туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) и активное вовлечение сообществ и гражданского общества в создание устойчивых моделей противотуберкулезной помощи. Эти два аспекта направлены на обеспечение полного вовлечения сообществ и гражданского общества в профилактику и лечение ТБ и на укрепление систем здравоохранения для создания интегрированных систем оказания помощи при ТБ и ЛУ-ТБ, ориентированных на людей, систем, которые позволяют удовлетворить потребности ключевых групп населения.

Стратегия Глобального фонда признает безотлагательную необходимость устранения различий между мужчинами и женщинами в отношении вопросов здоровья; инвестирует средства для сокращения неравенства в отношении здоровья в программы, которые устраняют барьеры в области прав человека для доступа к услугам и поддерживают значимое участие ключевых и уязвимых групп населения. В соответствии с этим, проект TB REP 2.0 работает над улучшением каскада противотуберкулезной помощи путем улучшения раннего выявления случаев и выявления людей с ТБ, которые не охвачены национальными программами. Таким образом мы добиваемся сокращения задержки оказания помощи пациентам и повышения показателей успешного лечения на основе интенсивной поддержки пациентов и последующего наблюдения. Для улучшения доступа ключевых и уязвимых групп населения к лечению и устранения барьеров доступа (гендерных, финансовых и связанных с правами человека) страновые партнеры уделяют первоочередное внимание сбору фактических данных о существующих барьерах для выявления людей с ТБ, а также всестороннему анализу данных о недостаточно обслуживаемых группах населения, которые могут остаться за чертой.

В связи с COVID-19 люди и сообщества переживают поворотный момент. Пандемия сводит на нет с большим трудом достигнутые достижения в области ответных мер по борьбе с ТБ в наших странах, возвращая нас туда, где мы были 10 лет назад. Поскольку те, кто работает на передовой, заняты COVID-19 (и сами заболевают им), многие люди с ТБ остались не диагностированными, у них развились запущенные формы болезни, и они передали болезнь своим домочадцам. В то время пока мы говорим, десятки тысяч людей кашляют, потеют, худеют и могут передавать ТБ своим близким. Только за последние 6 месяцев количество людей с ТБ, выявленных в регионе, сократилось почти вдвое. Эта тенденция, вероятно, продолжится, если мы не будем действовать быстро.

Стремление к гибкости в периоды неопределенности и поиск новых способов работы стало мантрой для нашей команды проекта TB REP 2.0. Мы ведем учет не только потерь, но и достижений. COVID-19 ускорил переход к услугам, ориентированным на людей, включая диверсификацию методов лечения: лечение под непосредственным наблюдением (ДОТ) на дому и поддержка приверженности с помощью цифровых технологий стали реальностью для очень большого количества людей. Другим положительным «побочным» эффектом является гораздо более заметная роль организаций гражданского общества в качестве ощутимого дополнительного ресурса для медицинских работников. Я надеюсь, что это - точка невозврата, и мы сохраним это огромное достижение и после окончания пандемии. Однако, пока за выявление случаев борются в основном национальные программы, роль гражданского общества остается довольно скромной. Нам по-прежнему необходимо срочно уделить приоритетное внимание вовлечению гражданского общества в оценку гендерных, финансовых, связанных с правами человека и других социальных барьеров (включая стигму и дискриминацию) для обеспечения доступа к противотуберкулезным услугам.

В этом контексте меня очень радует, что региональный отчет *«Нарушая молчание: барьеры, касающиеся прав человека, гендерных факторов, стигмы и дискриминации в сфере противотуберкулезных услуг в Грузии, Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане и Украине»* является своевременным ресурсом, информирующим о способах устранения этих структурных барьеров, с тем, чтобы наиболее уязвимые люди не остались за чертой. Он представляет собой обзор имеющихся в наличии отчетов, включающих информацию о сообществах, правах и гендерной проблематике (СПГ). Большая часть этих отчетов основана на инструментах Партнерства «Остановить ТБ», призванных помочь странам преобразовать ответные меры по борьбе с ТБ, сделав их справедливыми, основанными на правах человека, гендерно-трансформирующими, ориентированными на людей и соответствующими инвестиционным пакетам для укрепления национальной политики в отношении ТБ и заявкам на финансирование в Глобальный фонд. В нем представлены дифференцированные выводы по стигме и дискриминации, гендерным вопросам, финансовым барьерам и правам человека и

предлагаются конкретные пути продвижения вперед по каждой из этих областей. Отчет вносит свой вклад в растущий объем фактических данных, необходимых для принятия соответствующих мер в соответствии с рекомендациями *Технической записки Глобального фонда по туберкулезу, гендерным вопросам и правам человека (2020)* и *Информационной записки COVID-19: Планы «наверстывания» по смягчению воздействия COVID-19 на противотуберкулезные услуги*. Выводы отчета призывают к комплексному подходу для расширения и ускорения «перевода» понимания проблем СПГ в обновленные политики и финансируемые программы.



Стела Бивол
Директор Центра PAS

Основные факты и выводы

Этот обзорный отчет, основан на нескольких отчетах по оценке сообществ, прав и гендерной проблематики (СПГ) и обзорах из пяти стран Восточной Европы/Центральной Азии (ВЕЦА): Грузии, Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана и Украины. В обзоре кратко представлена ситуация с ключевыми группами населения, вопросы гендера, прав человека, и стигмы, касающиеся туберкулеза (ТБ) в каждой стране, после чего следует углубленное обсуждение распространенных трудностей и их решений.

Оценки, проведенные национальными организациями гражданского общества (ОГО) при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобального фонда) в рамках региональной программы по совершенствованию ориентированной на нужды людей качественной противотуберкулезной помощи (TB-REP 2.0), включали процессы определения приоритетов с участием многих заинтересованных сторон, оценку эпидемиологических данных и ряда факторов риска, чтобы сформировать итоговый список ключевых групп населения. Например, заинтересованные стороны в Грузии отдали приоритет людям, употребляющим наркотики, внутренне перемещенным лицам и лицам, которые в прошлом были в заключении, в то время как в Казахстане заинтересованные стороны отдали приоритет внутренним мигрантам и людям, живущим с ВИЧ. Впоследствии исполняющие ОГО вовлекли ключевые группы населения в сбор качественной информации, касающейся их контекста.

Из представленной в обзоре информации следует, что люди, употребляющие наркотики, и люди, которые в прошлом содержались в заключении, особенно женщины из этих ключевых групп населения, являются наиболее уязвимыми и стигматизированными. Людям, употребляющим наркотики, трудно получить доступ к услугам из-за криминализации, а люди, ранее находившиеся в заключении, сталкиваются с барьерами, когда у них нет национального удостоверения личности или паспорта (что может произойти после пребывания в тюремном заключении) или когда у них нет регистрации по месту жительства. Предлагаемые решения включают улучшение интеграции услуг, в том числе совместное размещение услуг по опиоидной заместительной терапии, ВИЧ и туберкулезу в местах, где доступ является наиболее легким, и перераспределение задач в ОГО, которые уже работают с конкретными ключевыми группами населения. ОГО может потребоваться дополнительное обучение, например, по ведению случая, междисциплинарным подходам к противотуберкулезной помощи и эффективным способам решения проблем, связанных с правами человека, гендерной проблематикой и стигмой в рамках оказания противотуберкулезной помощи. Улучшить комплексность услуг можно за счет привлечения равных консультантов, междисциплинарных команд (МК), обучения сотрудников полиции и тюрем и включения курса по правам человека

в учебные программы соответствующих учебных заведений, предшествующих службе. Еще одним мероприятием является повышение осведомленности ключевых групп населения о правах и обязанностях людей с ТБ.

Во всех странах, охваченных обзором, у женщин меньше экономических ресурсов, что ограничивает их доступ к медицинской помощи и затрудняет возможность получить своевременную диагностику. Женщины, также, как правило, откладывают обращение за медицинской помощью из-за загруженности работой по дому. Кроме того, в отчетах из трех стран Центральной Азии (Казахстана, Кыргызстана и Таджикистана) обсуждается гендерное насилие (ГН) в отношении женщин с ТБ, развод и разлучение женщин с их детьми из-за ТБ. Для мужчин доступ к диагностике и приверженность к режиму лечения затрудняются тем, что они исполняют роль кормильца, их опасениями потери дохода и неудобствами лечения под непосредственным наблюдением (ДОТ). Право на труд - это сфера особого внимания, обсуждаемая в этом обзоре. Участие людей-трансгендеров в оценках было ограниченным. Предлагаемые решения начинаются с разукрупнения всех показателей по категориям: мужчины, женщины и другие, включая, помимо прочего, лекарственно-устойчивый ТБ (ЛУ-ТБ), ТБ/ВИЧ и результаты лечения ТБ, такие как смертность или потеря для последующего наблюдения. Это поможет проводить мониторинг программ и разрабатывать соответствующие мероприятия с учетом гендерных факторов. Также рекомендуется «семейный подход» к поддержке людей с ТБ, который включает привлечение партнера и других членов семьи к консультированию, чтобы развеять мифы, выявить потенциальные барьеры для приверженности и предотвратить насилие. Другие мероприятия по предотвращению и борьбе с ГН включают обучение лиц, оказывающих помощь в лечении, и МК по распознаванию и поддержке тех, кто живет с подвергающим насилию партнером или членом семьи, а также направление жертв ГН для оказания им медицинских и юридических услуг.

В сфере стигмы выявлены два особо важных типа: стигма со стороны работников здравоохранения, особенно в отношении ключевых групп населения с ТБ, и стигма среди общего населения в небольших сельских районах. Последний тип часто связан с нарушениями конфиденциальности диагноза и проблематичной практикой расследования контактов. Дискриминационное отношение, отсутствие подготовки и вовлеченности персонала первичной медико-санитарной помощи, по-видимому, являются важными препятствиями, особенно при внедрении амбулаторных моделей лечения ТБ. В то же время многие страны относят работников здравоохранения к группе высокого риска, поскольку у них повышенный риск заражения ТБ, но схемы компенсации для работников здравоохранения не всегда адекватны, и права работников могут быть недостаточно защищены. В условиях работы с высокой стигматизацией медицинские работники, заболевшие ТБ, предпочитают заниматься самолечением или иным обра-

зом обходить систему из-за негативного отношения руководителей и коллег. Борьба со стигмой и дискриминацией со стороны работников здравоохранения должна начинаться с улучшения их условий труда, включая профилактику и контроль инфекции, разработку и внедрение строгих и четких протоколов, касающихся конфиденциальности, и при необходимости, проведение мероприятий с целью изменения культуры и политики поведения на рабочем месте. Они должны сочетаться с обучением медицинских работников лучше понимать проблематику ключевых групп населения, гендера, толерантности, прав человека и прав пациентов, а также эти темы должны быть включены в учебные программы профессиональной подготовки, послевузовского и непрерывного образования.

Люди с ТБ могут сталкиваться с различными социальными условиями, требующими индивидуального комплекса мероприятий. В обзоре обсуждается интеграция услуг, направление на получение социальных услуг, ведение случая (или кейс-менеджмент), МК, расследование контактов, предоставление более чем одного варианта приема и поддержки лечения, а также предоставление консультирования как части помощи, ориентированной на людей. В обзоре также обсуждается более значимая роль работников первичной медико-санитарной помощи, например, посредством участия в ведении случая и оказании помощи наиболее уязвимым людям ориентироваться в системах здравоохранения и социального обеспечения.

Кейс-менеджеры не обязательно должны быть медицинскими работниками, они могут быть обученными непрофессионалами, такими как сотрудники ОГО или равные консультанты. Неправительственные заинтересованные стороны, участвующие в предоставлении услуг, должны получать поддерживающую супервизию со стороны национальных программ по борьбе с ТБ для обеспечения качества услуг и обмена знаниями. Помимо оказания услуг, структурам гражданского общества рекомендуется возглавить мониторинг под руководством сообщества и защиту прав. Эти функции надзора должны быть подкреплены соответствующим финансированием. Ограниченный потенциал ОГО по осуществлению мероприятий является проблемой и его необходимо развивать и расширять, чтобы он соответствовал требованиям по осуществлению мероприятий. В этом обзоре обсуждаются некоторые меры по укреплению систем сообществ.

Во всех странах, включенных в этот обзор, было выявлено неравенство разных групп пациентов в доступе к противотуберкулезной помощи и дальнейшем ее получении, и что последствия ТБ были более катастрофическими для одних групп населения по сравнению с другими. Процессы с участием многих заинтересованных сторон помогли достичь необходимого консенсуса между людьми с ТБ, ОГО, поставщиками государственных услуг и теми, кто обеспечивает надзор. Растущий объем информации о роли

ключевых групп населения, гендерных факторов, соблюдения прав человека, стигмы и дискриминации при ТБ в ВЕЦА предоставляет необходимые доказательства для обоснования действий. Краткое изложение барьеров, основных выводов и возможных решений представлено в таблице 1.

Хотя основное внимание в этом региональном обзоре уделяется синтезу общих препятствий и потенциальных решений, он по своей природе носит перекрестный характер и не анализирует инициированные или текущие инициативы по снижению этих препятствий в странах. В целом страны добиваются прогресса в реформировании своей противотуберкулезной помощи и переходят к более скоординированным моделям помощи, ориентированным на людей, с учетом потребностей наиболее уязвимых и труднодоступных групп населения. Такие передовые практики, начиная от заключения социальных контрактов для обслуживания ключевых групп населения и заканчивая противодействием дискриминации, внедрением гендерно-чувствительных вмешательств, а также ведением дел и навигацией, разрабатываются и внедряются в регионе. Эти случаи должны быть задокументированы и распространены посредством дополнительных региональных усилий.

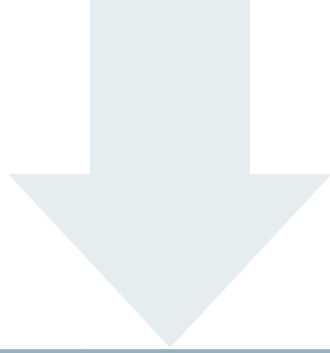
Таблица 1.

Краткое изложение выявленных общих барьеров при оказании противотуберкулезной помощи, основные выводы и возможные решения

| Барьер: Крайняя степень дискриминации по отношению к некоторым ключевым группам населения | |
|---|---|
| Основные выводы | Решения |
| <ul style="list-style-type: none">• ЛУН и люди, которые в прошлом находились в местах лишения свободы, особенно женщины из этих ключевых групп населения, являются наиболее уязвимыми и стигматизированными• ЛУН трудно получить доступ к услугам из-за криминализации• Люди, которые в прошлом находились в местах лишения свободы, сталкиваются с барьерами, когда у них нет национального удостоверения личности или регистрации по месту жительства | <ul style="list-style-type: none">Улучшение интеграции услуг<ul style="list-style-type: none">• Совместное размещение услуг по опиоидной заместительной терапии, ВИЧ и ТБ в самой низкопороговой обстановке• Перераспределение задач в те НПО, которые уже работают с конкретными ключевыми группами населенияУлучшение комплексности предоставления услуг<ul style="list-style-type: none">• Привлечение равных консультантов• Междисциплинарные командыТренинг для сотрудников полиции и тюрем<ul style="list-style-type: none">• Включение информации, касающейся ТБ, в текущие мероприятия программы по ВИЧ в области прав человека и деятельности правоохранительных органов• Включение курсов по правам человека в учебные программы полицейских учебных заведений, предшествующих службеУлучшение осведомленности ключевых групп населения о своих правах<ul style="list-style-type: none">• Обучение и повышение осведомленности о правах и обязанностях людей с ТБ |

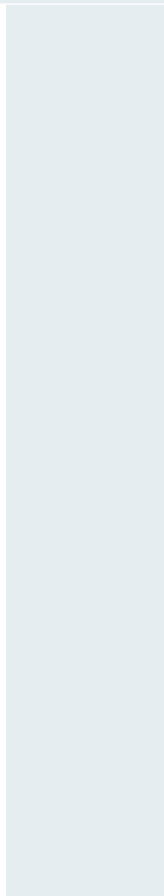
Барьер: Последствия ТБ для женщин

| Основные выводы | Решения |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Женщинам приходится преодолевать такие барьеры, как нехватка финансов, отсутствие поддержки со стороны семьи и гендерное насилие, связанное с ТБ.• Женщины несут бремя неоплачиваемой работы по дому и ограниченных возможностей предоставления ухода за детьми• У женщин меньше прав принимать решения в отношении финансов, что ведет к исключению из приоритета потребностей женщин в области здоровья, задержке диагностики и/или лечения ТБ• Самостигматизация выше у женщин• Женщины сталкиваются с катастрофическими последствиями при ТБ | <p>Разукрупнение данных</p> <ul style="list-style-type: none">• Разбивка всех показателей по мужчинам, женщинам и другим поможет проводить мониторинг программ и разрабатывать соответствующие мероприятия с учетом гендерных факторов <p>ТБ и беременность, а также грудное вскармливание</p> <ul style="list-style-type: none">• Предоставление консультаций по планированию семьи• Предоставление консультаций беременным по поводу рисков, связанных с лечением• Предоставление информации кормящим женщинам с ТБ и, при необходимости, материальной помощи для покрытия расходов связанных с искусственным вскармливанием <p>Семейный подход к поддержке людей с ТБ</p> <ul style="list-style-type: none">• Развенчание мифов, выявление потенциальных барьеров соблюдения приверженности и предотвращение насилия <p>Решение проблемы ГН</p> <ul style="list-style-type: none">• Обучение помощников проведения лечения и МК тому, как распознать и поддержать тех, кто живет с подвергающим их насилию партнером или членом семьи• Направление жертв ГН для оказания медицинских и юридических услуг• Информирование руководства и сотрудников приютов о ТБ и о том, как поддержать жертв ГН с ТБ |



Барьер:
Стигматизация со стороны медицинских работников

| Основные выводы | Решения |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Отсутствие или нарушение конфиденциальности и дискриминация со стороны медицинских работников• Стигматизация медицинских работников с ТБ, недостаточные меры профилактики и контроля инфекции | <p>Решение проблемы стигмы и дискриминации:</p> <ul style="list-style-type: none">• Улучшение условий труда, включая профилактику и контроль инфекции• Разработка и внедрение строгих и четких протоколов в отношении конфиденциальности• Обучение медресников в отношении ключевых групп населения, гендерной проблематики, толерантности, прав человека и прав пациентов |



Барьер:
Отсутствие ориентированности на людей

| Основные выводы | Решения |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие услуг по уходу за детьми влияет на возможность женщин посещать ДОТ на базе учреждения • COVID-19 затрудняет получение ДОТ • В некоторых сельских и отдаленных местах ДОТ недоступно и никогда не было доступно | <p>Ведение случая заболевания</p> <ul style="list-style-type: none"> • Разработка руководств по ведению случаев ТБ и обучение кейс-менеджеров • Выбор кейс-менеджеров с ориентированным на клиента менталитетом, которые помогут наиболее уязвимым людям ориентироваться в системах здравоохранения и социального обеспечения • Выявление пациентов, которым регулярной поддержки будет недостаточно, и оказание им расширенной поддержки МК <p>Конфиденциальность и расследование контактов</p> <ul style="list-style-type: none"> • Кейс-менеджер строит взаимоотношения с пациентом и разъясняет важность расследования контактов, подчеркивая соблюдение при этом конфиденциальности диагноза пациента и мотивируя людей с ТБ указать соответствующих контактных лиц <p>Варианты предоставления поддержки при лечении</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставление ряда альтернатив, таких как ДОТ на базе клиники, ДОТ на базе сообщества, выдача лекарств на много недель и лечение с видеоподдержкой (ВСЛ) • Обсуждение выбора поставщика лечения необходимо обсуждать на начальном этапе с каждым новым пациентом с ТБ и предоставлять возможность его пересмотра <p>Консультации, психическое здоровье и самостигматизация</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставление бесплатной профессиональной психологической помощи пациентам с ТБ на всех этапах диагностики и лечения, включая онлайн-консультирование для людей, чьи возможности приходиться к поставщику медицинских услуг ограничены • Привлечение НПО к обучению и привлечению к работе равных консультантов и помощников проведения лечения |

Общие сведения

В политической декларации по борьбе с туберкулезом, утвержденной на Совещании высокого уровня Генеральной Ассамблеи в сентябре 2018 года, главы и представители государств и правительств обязались «защищать и поощрять принципы справедливости, этики, гендерного равенства и прав человека в борьбе с туберкулезом»¹. Декларация о правах людей, затронутых туберкулезом (ТБ)², разработанная после Совещания высокого уровня Организации Объединенных Наций, подтверждает права людей, затронутых ТБ, и обязанность государства уважать, защищать и осуществлять эти права. В этом контексте ухода от ограничения ответных мер по борьбе с ТБ только медицинскими вмешательствами, Глобальный фонд продолжает поддерживать усилия по разработке и реализации программ, основанных на правах человека, стремящихся вовлекать сообщества, затронутые ТБ, продвигать мероприятия, учитывающие гендерные факторы и бороться со стигмой.

Многострановой грант, финансируемый Глобальным фондом по совершенствованию ориентированной на нужды людей качественной противотуберкулезной помощи - от новой модели помощи к улучшению результатов раннего выявления и лечения ЛУ-ТБ или TB-REP 2.0, был начат в 2019 году. Первой задачей программы является обеспечение всестороннего участия сообществ и гражданского общества в профилактике и лечении ТБ для улучшения выявления случаев ТБ и ЛУ-ТБ и результатов лечения пациентов. Второй задачей является укрепление систем здравоохранения для создания интегрированных, ориентированных на нужды пациентов с ТБ и ЛУ-ТБ систем оказания медицинской помощи для удовлетворения потребностей ключевых групп населения. Проект TB-REP 2.0 - это многопартнерская программа, реализуемая Центром PAS в качестве основного реципиента в сотрудничестве с Европейским региональным бюро ВОЗ (ЕРБ ВОЗ), Европейской коалицией по борьбе с ТБ, Сетью TBpeople и Парламентской сетью борьбы с туберкулезом Global TB Caucus.

Одной из областей вмешательства TB-REP 2.0 является сбор данных о барьерах для выявления людей с ТБ, которые не охвачены программами и сталкиваются с трудностями при доступе к медицинской помощи. Оценки сообществ, прав и гендерных аспектов (СПГ), проводимые гражданским обществом, являются частью мероприятий TB-REP 2.0, помогают собирать такие данные и облегчают участие многих заинтересованных сторон в устранении выявленных барьеров. Эти оценки предоставляют важный базовый уровень положения ключевых групп населения с ТБ, ситуации с соблюдением прав человека, гендерных проблем и степени распространенности стигмы - факторов, которые непосредственно влияют на способность противотуберкулезных программ охватить наиболее уязвимых людей, затронутых ТБ.

Этот обзорный отчет было поручено подготовить ТВС Consult, чтобы определить общие барьеры и решения. В обзорном отчете обобщены и проанализированы результаты нескольких оценок, проведенных в Восточной Европе/Центральной Азии (ВЕЦА). Страны, в которых подготовлены отчеты СПГ: Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан и Украина.

Методы

Команда технических консультантов провела кабинетное исследование в общей сложности девяти отчетов. В некоторых странах было проведено более одной оценки, касающейся ключевых групп населения, прав человека, правовых аспектов, стигмы и/или гендерных аспектов при ТБ. Проведение двух оценок было осуществлено в рамках ТВ-REP 2.0 при поддержке Центра PAS, а семь - непосредственно Программы развития ООН, Партнерства «Остановить ТБ» или Глобального фонда/APMG Health. Все отчеты были основаны на качественных данных, собранных посредством интервью и/или обсуждений в фокус-группах, и триангулированы с информацией, собранной посредством обзоров литературы. Оценки могут быть сгруппированы следующим образом:

1. Ранние оценки: те, которые проводились в 2016 году до того, как Партнерство «Остановить ТБ» доработало оценочный инструмент по гендеру и ТБ и инструмент оценки правовой среды по ТБ;
2. Оценки (правовая среда, ключевые группы населения и гендерные аспекты в Украине), которые были проведены с использованием инструментов Партнерства «Остановить ТБ»^a;
3. Базовые оценки для «Расширения программ по уменьшению связанных с правами человека барьеров в сфере услуг по борьбе с ВИЧ и ТБ», которые были проведены в рамках инициативы «Устранение барьеров»^b;
4. Оценки с использованием интегрированного набора инструментов СПГ, разработанного Партнерством «Остановить ТБ» в 2019 году³.

^a Индивидуальные инструменты, разработанные Партнерством «Остановить ТБ», например, оценку стигмы при ТБ, гендерную оценку, пакет гендерных инвестиций при ТБ и другие можно найти по адресу: <http://www.stoptb.org/communities/%20.stoptb.org/communities/>. Эти и другие инструменты были разработаны, чтобы помочь странам преобразовать политики ответных мер, стратегии и вмешательства по ТБ в такие, которые основаны на правах человека, учитывают гендерные аспекты и охватывают группы населения с самым высоким риском.

^b Посредством инициативы «Устранение барьеров» Глобальный фонд оказывает поддержку в расширении масштабов программ, основанных на фактических данных, и нацеленных на уменьшение барьеров, связанных с правами человека, в службах ВИЧ, ТБ и малярии. Кыргызстан и Украина - две страны Восточной Европы/Центральной Азии (ВЕЦА), которые входят в число 20 стран, которым оказывается поддержка в рамках этой инициативы.

Методы ранних оценок не были сосредоточены на достижении консенсуса между заинтересованными сторонами в отношении результатов или планирования совместных действий. Проведенные до разработки интегрированного набора инструментов СПГ оценки по ТБ в Украине содержали некоторое тематическое дублирование, но проводились независимо друг от друга. Базовые оценки для инициативы «Устранение барьеров» объединяли ТБ и ВИЧ и не всегда были направлены на валидацию и планирование действий заинтересованными сторонами внутри страны. Основываясь на извлеченных уроках, интегрированный набор инструментов СПГ позволяет объединить и согласовать различные части оценки и подчеркивает важность вовлечения широкого круга национальных заинтересованных сторон.

В таблице 2 перечислены организации, которые проводили и оказывали поддержку при проведении оценок, тип оценки, ее сферу охвата и год публикации.

Таблица 2.

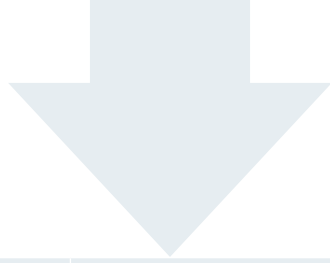
Резюме проанализированных отчетов по оценке в странах ВЕЦА

| Страна | Исполняющая организация | Тип оценки и название | Сфера охвата | Год |
|------------------|--|--|--|------|
| Грузия | Новый вектор/ Центр PAS | Оценка СПГ ТБ «Оценка барьеров СПГ для групп с высоким риском ТБ в Грузии» | Тбилиси, Рустави, Гори, Батуми, Зугдиди | 2020 |
| Казахстан | Казахский союз людей, живущих с ВИЧ /Центр PAS | Оценка СПГ ТБ «Оценка правовых, гендерных, стигматических и правозащитных барьеров для ключевых групп населения в ответных мерах по ТБ в Алматы и Алматинской области» ^c | Алматы, Алматинская область | 2020 |

^c Область является единицей административного деления, сравнимой с провинцией



| | | | | |
|--------------------|---|--|---|------|
| Кыргызстан | Европейская коалиция по борьбе с ТБ/ Партнерство «Остановить ТБ» | Оценка гендерных аспектов ТБ в Кыргызстане | Бишкек, Чуйская область | 2016 |
| | Европейская коалиция по борьбе с ТБ/ Партнерство «Остановить ТБ» | Обзор правовой среды. Туберкулез в Кыргызстане | Бишкек, Чуйская область | 2016 |
| | Глобальный фонд/АРМГ Health | Расширение программ по уменьшению связанных с правами человека барьеров в сфере услуг по борьбе с ВИЧ и ТБ | Бишкек, Чуйская область, Ош и Джалал-Абад | 2018 |
| Таджикистан | НПО «Гендер и развитие»/ Глобальный фонд/ Канадская правовая сеть | Правовые, гендерные и стигматические барьеры для получения противотуберкулезных услуг в Таджикистане | Национальный | 2020 |



| | | | | |
|---------|---|--|---|------|
| Украина | Альянс общественного здоровья/ Партнерство «Остановить ТБ» | Оценки инструментов ТБ в сфере сообщества, прав и гендера (ключевые группы населения и гендерные аспекты) | Киевская, Николаевская, Одесская, Львовская области | 2018 |
| | Программа развития ООН, Партнерство «Остановить ТБ» | Отчет об оценке правовой среды в сфере ТБ в Украине | Киев, Ровно, Николаев, Донецк и Луганск (районы, контролируемые правительством), Днепр и Чернигов | 2018 |
| | Глобальный фонд/APMG Health | Расширение программ по уменьшению связанных с правами человека барьеров в сфере услуг по борьбе с ВИЧ и ТБ | Киев, Одесса, Днепр, Запорожье, Краматорск и Николаев | 2018 |

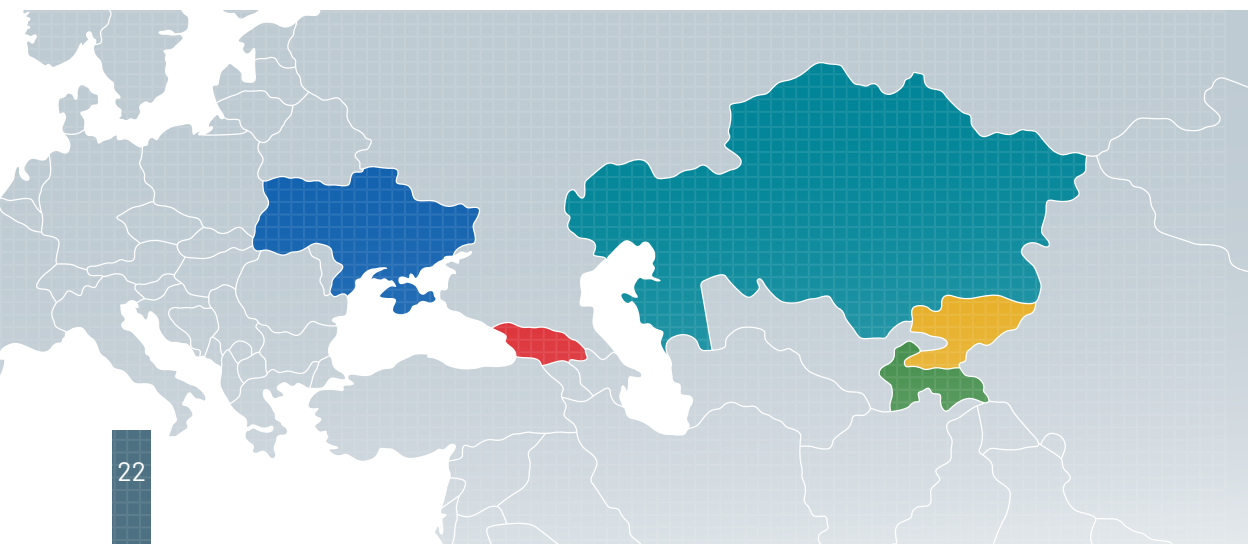
Национальные стратегические планы и заявки на финансирование Глобального фонда также были рассмотрены командой технических консультантов, когда это было применимо и возможно. Отчеты были проанализированы с использованием программного обеспечения MAXQDA группой из двух исследователей, которые заранее установили коды, которые были присвоены частям документов.

В других странах ВЕЦА не было проведено оценок, связанных с СПГ по ТБ, которые можно было бы найти с помощью поиска по сводным информационным панелям по отдельным странам на веб-сайте Партнерства «Остановить ТБ» или на веб-сайте Глобального фонда.

Сводка результатов по странам

В этой главе представлена сводка по каждой стране на основе одного или нескольких отчетов СПГ. Чтобы контекстуализировать информацию по СПГ, каждая сводка начинается с самой последней общей информации о ТБ, включая предполагаемую заболеваемость, информацию об уведомлении о случаях ТБ, с разбивкой данных по полу, наличия бактериологического подтверждения и показателей успешности лечения. Каждая сводка включает в себя информацию о ТБ и гендерных барьерах, аспектах, касающихся прав человека и правовых вопросов, а также любые барьеры, связанные со стигмой и дискриминацией.

Ключевые группы населения перечислены в том виде, в котором они отражены в национальных стратегиях. В некоторых случаях в рамках оценки в качестве приоритетной выделялась подгруппа ключевых групп населения, чтобы иметь контролируемое число респондентов и собрать подробную информацию, уделяя при этом внимание наиболее маргинализированным группам, особенно если данные о ТБ в этих группах были в основном недоступны. Например, в Грузии и Казахстане проект TB-REP 2.0 включал семинары с участием многих заинтересованных сторон. Эти мероприятия с участием многих заинтересованных сторон были использованы для расширения участия субъектов, включая ключевые группы населения, и привлечения их к определению приоритетов. Определение приоритета проводилось в соответствии с подходом, описанным в инструменте «Данные для планирования мероприятий, направленных на ключевые, уязвимые и недостаточно охваченные услугами группы населения с ТБ»⁴. Этот подход включал систематическое рассмотрение всех возможных ключевых групп населения в стране, их предполагаемой доли в национальном бремени ТБ, а так же биологических, поведенческих, связанных с окружающими условиями, экономических, правовых, правозащитных и гендерных барьеров, с которыми они сталкиваются. Кроме того, многие заинтересованные стороны участвовали в утверждении методов и инструментов оценки, а затем в валидации результатов и разработке рекомендаций и плана действий.





ГРУЗИЯ

Данные ВОЗ, 2019 г.

Общая оценочная
заболеваемость
туберкулезом
составляла

74
человека

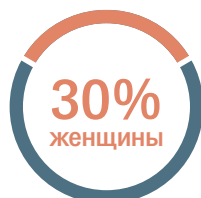
на **100 000 населения**

Было
зарегистрировано

2 169

новых случаев и рецидивов

из которых



Процент бактериологического
подтверждения среди новых
случаев был очень высоким

99%

Показатель успешности лечения
составил

84%

среди новых случаев и рецидивов,
зарегистрированных в 2018 году

62%

среди ранее пролеченных случаев,
исключая рецидивы, зарегистрированные
в том же году

Показатель успешности лечения
людей с ТБ с множественной
лекарственной устойчивостью (МЛУ)/
устойчивостью к рифампицину (РУ),
которые начали лечение препаратами
второй линии в 2017 году, составил

64%^d

^d Информация получена на https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&lan=%22EN%22&iso2=%22GE%22 19 2020 г.

Ключевые группы населения

Национальная стратегия борьбы с туберкулезом в Грузии (2019-2022) выделяет довольно значительную часть населения с более высоким риском заболевания ТБ и определяет ее в качестве приоритетной для систематического скринингового обследования на ТБ. В группу входят контакты, ЛЖВ, лица, содержащиеся в пенитенциарных учреждениях, люди с определенными заболеваниями и «другие подгруппы населения». Эти подгруппы населения включают «бездомных, людей, живущих в отдаленных горных районах, мигрантов и другие уязвимые группы»⁵. Кроме того, в стратегии говорится о скрининге на уровне сообщества, в том числе подомовом обходе и скрининге, например, в убежищах; в ней подчеркивается роль неправительственных организаций (НПО) в ориентированном на людей подходе и адвокации прав человека среди уязвимых групп населения.

Заинтересованные стороны совместно определили следующие три группы населения в качестве приоритетных групп для включения в оценку в Грузии - люди, употребляющие наркотики, лица, которые в прошлом находились в местах лишения свободы, и внутренне перемещенные лица (ВПЛ). Употребление наркотиков является уголовным преступлением в Грузии и люди, употребляющие наркотики, особенно те, кто не находится на опиоидной заместительной терапии (ОЗТ), не решаются обратиться к поставщикам медицинских услуг из-за страха разоблачения и судебного преследования. В Грузии доступна ОЗТ, в том числе в пенитенциарных учреждениях. Конкретными барьерами для лиц, употребляющих наркотики, в отношении ТБ являются трудности с приверженностью и, для тех, кто находится на ОЗТ, неудобство посещения учреждения, осуществляющего лечение под непосредственным наблюдением (ДОТ). Доступ к лечению с видеосопровождением (ВСЛ) для ключевых групп населения не обсуждался в отчете СПГ. Хотя ВСЛ используется с декабря 2017 года⁵, респонденты не знали о ВСЛ или им его не предлагали.

В тюрьмах и следственных изоляторах регулярно проводится скрининговая рентгенография грудной клетки, есть в наличии новые и перепрофилированные противотуберкулезные препараты. В 2017 году случаи заболевания ТБ среди заключенных составляли 2,8% всех новых случаев ТБ и рецидивов в Грузии⁵. Показатели заболеваемости ТБ среди заключенных не были предоставлены в отчете по оценке СПГ. Также отмечено отсутствие информации о ТБ среди людей, которые в прошлом находились в местах лишения свободы, такая информация обычно не доступна. Согласно оценке, респонденты, которые в прошлом находились в местах лишения свободы, часто были лицами, употребляющими наркотики, и, следовательно, барьеры, с которыми они сталкивались, были похожи.

Руководство здравоохранения Абхазии сообщило, что в 2018 году в Абхазии было 241 900 ВПЛ, в том числе 61 168 детей⁵. Показатели ТБ среди ВПЛ были не доступны. В

отчете по оценке СПГ указывается, что основными барьерами для ВПЛ, обращающимися за услугами по диагностике и лечению ТБ, были удаленность учреждений и/или отсутствие уверенности в том, что местные учреждения могут поставить достоверный диагноз, боязнь потерять работу и боязнь стигматизации со стороны сообществ, в которых они живут. Поскольку бесплатные медицинские услуги доступны только по месту жительства, ВПЛ, которые обращаются за подтверждением диагноза ТБ не по месту жительства, возможно, придется платить за это.

Гендер

В действующей Стратегии по контролю туберкулеза в Грузии (2019-2022) ничего не говорится о гендерных факторах и любых показателях или барьерах, связанных с гендером. Оценка СПГ показала, что женщины больше чем мужчины склонны исключать из приоритетов обращение за медицинской помощью, часто из-за ограниченных возможностей организовать уход за детьми на время своего отсутствия. Женщины, особенно в сельской местности и в сообществах ВПЛ, ограничены в распоряжении семейными бюджетами, что может повлиять на задержку постановки диагноза из-за проблем с оплатой из собственных средств. Женщины, как представляется, имеют меньше информации о ТБ, чем мужчины, особенно о том, куда обратиться в случае появления симптомов. По сравнению с мужчинами женщины получают меньше поддержки семьи во время лечения. Диагноз ТБ может повлечь более серьезные последствия для женщин из-за последующего развода и невозможности видеть своих детей.

Мужчины сообщают о большем количестве психологических проблем, чем женщины, таких как чувство бесполезности и суицидальные мысли. По данным Национальной программы борьбы с ТБ, смертность от ТБ среди мужчин выше, чем у женщин. Почти нет информации о ТБ у транс* лиц, хотя, исходя из вторичных данных, в отчете по СПГ зафиксирован один пример пренебрежительного отношения со стороны работников здравоохранения⁵.

Права человека

Было несколько типов нарушений прав человека, выявленных при проведении оценки СПГ. Право на образование было нарушено, когда дети людей с ТБ не были допущены в школу, детский сад и люди с ТБ не могли посещать университет. Были случаи нарушения права на охрану здоровья посредством отказа в услугах. Право на неприкосновенность частной жизни было нарушено требованием сообщать о перенесенном ТБ при устройстве на некоторые государственные должности, в то время как по закону такие медицинские сведения не требуются. Имели место задержки с получением материальных стимулов для поддержки лечения и случаи, когда выплаты по социальному

обеспечению отменялись, поскольку доходы человека с ТБ увеличивались в результате получения материальных стимулов в связи с ТБ. Некоторые респонденты сообщили о неадекватных условиях в противотуберкулезных учреждениях и дискриминационном отношении к социально уязвимым людям и выходцам из сельской местности⁵.

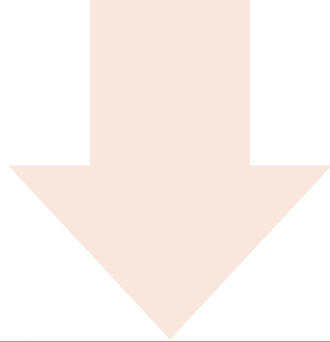
Отчет по оценке СПГ указывает на важный барьер, с которым сталкиваются на уровне первичной медико-санитарной помощи. По мнению людей с ТБ, семейные врачи назначали им проходить различные платные тесты, проводимые в их учреждениях ПМСП, прежде чем заподозрить ТБ и направить их на бесплатное тестирование на ТБ. Это способствовало задержке диагностики и финансовым расходам в связи с ТБ⁵.

Стигма

Оценка СПГ показала, что люди с диагнозом ТБ боятся, что это ухудшит их отношения с членами семьи. Они также боятся потерять работу. Среди людей с ТБ существует самостигматизация. Преобладающее отношение к ТБ среди общего населения отрицательное: люди часто связывают ТБ с употреблением наркотиков или пребыванием в тюрьме. Согласно оценке, стигматизация может возникать в случаях когда члены сообщества видят, как медсестры DOT доставляют лекарства пациентам домой. Существует также недостаток доверия: люди с ТБ боятся, что они являются объектами тестирования экспериментальных лекарств⁵.

Краткое описание барьеров СПГ в Грузии

| Приоритетные ключевые группы населения, выбранные для оценки | Особые проблемы, связанные с ТБ | Расчетное количество населения |
|--|--|--------------------------------|
| Люди, употребляющие наркотики (ЛУН) | Страх судебного преследования | Недоступно |
| Люди, которые в прошлом находились в местах лишения свободы | Нет конкретной информации | Недоступно |
| ВПЛ | <ul style="list-style-type: none"> Удаленность учреждений и/или отсутствие уверенности в том, что местные учреждения ставят достоверный диагноз Страх потерять работу Страх стигматизации Финансовые барьеры | 241 900 ⁵ |



Гендерные барьеры

| Женщины | Мужчины | Другие |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Ограниченные возможности организовать уход за детьми на время своего отсутствия• Ограничение в распоряжении семейными бюджетами• Низкая информированность о туберкулезе• Развод / отсутствие возможности видеть детей | <p>Психологические проблемы, такие как чувство бесполезности и суицидальные мысли</p> | <p>Пренебрежительное отношение со стороны работников здравоохранения</p> |

Права человека или правовые проблемы

- Право на труд
- Право на образование
- Право на неприкосновенность частной жизни

Стигма/дискриминационные барьеры

- Страх потерять работу
- Страх стигмы со стороны семьи
- Самостигматизация

Другие барьеры

- Излишние платные тесты в ПМСП
- Осложнения с получением денежных стимулов в связи с лечением, которые привели к тому, что пациенты теряют выплаты от службы социального обеспечения
- Географический доступ



КАЗАХСТАН

Данные ВОЗ, 2019 г.

Оценочная
заболеваемость
туберкулезом
составляла

68
человек

на **100 000** населения

Было
зарегистрировано

13 000

новых случаев и рецидивов

из которых



Процент бактериологического
подтверждения среди новых
случаев был очень высоким

98%

Показатель успешности лечения
составил

90%

среди новых случаев и рецидивов,
зарегистрированных в 2018 году

75%

среди ранее пролеченных случаев,
исключая рецидивы, зарегистрированные
в том же году

Показатель успешности лечения людей
с МЛУ/РУ-ТБ, которые начали лечение
препаратами второй линии в 2017 году,
составил

81%^e

^e Информация получена на https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&lan=%22EN%22&iso2=%22KZ%22 19 ноября 2020 г.

Ключевые группы населения

Комплексный план по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан (2014-2020) указывает такие уязвимые группы населения, как люди, живущие с ВИЧ, люди с алкогольной зависимостью, люди употребляющие наркотики, бездомные, заключенные и другие⁶, также некоторые ключевые группы населения упоминаются в ряде других правовых и нормативных документов⁷. Оценка СПГ, проведенная Казахстанским союзом людей, живущих с ВИЧ, выявила, что в 2017 году уровень заболеваемости ТБ среди заключенных в Казахстане составлял 2015 человек на 100 000 заключенных, и в том же году было зарегистрировано 734 случая у людей, живущих с ВИЧ. Наблюдается нехватка информации о ТБ в таких группах, как люди, употребляющие наркотики, бездомные и мигранты⁷.

Заинтересованные стороны, созданные Казахстанским союзом людей, живущих с ВИЧ, и Национальной программой по борьбе с ТБ, выделили две приоритетные группы для оценки СПГ: люди, живущие с ВИЧ, и внутренние мигранты. Оценка выявила ряд барьеров, с которыми сталкиваются эти две ключевые группы населения. Внутренние мигранты часто сталкивались с проблемами жилья, например, выселение в результате того, что об их диагнозе ТБ становится известно владельцу жилья. Отсутствие у них гарантии занятости привело к промедлению с постановкой диагноза. По мнению внутренних мигрантов, диагностические процедуры в ПМСП занимают непропорционально много времени. Шансы найти работу после лечения ТБ для внутренних мигрантов были ограничены. Люди, живущие с ВИЧ, столкнулись с задержками в постановке правильного диагноза из-за недостаточной осведомленности сотрудников ПМСП о ВИЧ/ТБ. Люди, живущие с ВИЧ, встречали наибольшее количество барьеров в отношении приверженности к лечению и продолжения лечения. К ним относятся отсутствие услуг социальной поддержки и лечения побочных эффектов. Обе ключевые группы населения отметили отсутствие ориентированного на людей подхода, который мог бы быть более удобным при осуществлении DOT⁷.

Гендер

Респонденты, участвовавшие в оценке СПГ, отметили, что женщины, и особенно женщины из ключевых групп населения, чаще подвергались стигматизации и дискриминации. Женщины, особенно с маленькими детьми, откладывают диагностику из-за ограниченных возможностей организовать уход за детьми на время своего отсутствия. Были случаи, когда женщины прекращали лечение из-за давления со стороны своих мужей/партнеров или семей. В докладе СПГ отмечалось, что в целом мужчины, как правило, откладывают диагностику ТБ или пытаются самостоятельно лечиться из-за отсутствия гарантии занятости. Зависимость от алкоголя или нарко-

тиков, с которой мужчины сталкиваются чаще, чем женщины, приводит к проблемам с приверженностью к лечению ТБ⁷.

Права человека

Среди правовых барьеров, указанных пациентами с ТБ, были трудности с регистрацией по месту жительства, необходимой для доступа в учреждения ПМСП. Проблема с регистрацией по месту жительства касается только ПМСП. В ТБ диспансере пациенты могли получать медицинские услуги без задержки и без документов, удостоверяющих личность. Осведомленность о наличии социальной поддержки ограничена, и медицинский персонал обычно не предоставляет пациентам такую информацию. Те пациенты, которые попытались получить доступ к социальной поддержке, считают этот процесс очень бюрократизированным. Отсутствие одного из множества необходимых документов может стать основанием для отказа. Сельское население сталкивается с препятствиями из-за больших расстояний до районных больниц. Внутренние мигранты преодолевают трудности, связанные с длительной перерегистрацией, чтобы получить доступ к первичной медицинской помощи⁷.

Амбулаторное лечение еще не означает, что программа борьбы с ТБ полностью перешла на подход, ориентированный на людей. Из-за затрат времени и поездок для DOT на базе учреждения у пациентов повышается риск потери работы, исключения из университета или возникновения семейных проблем. Пациенты указали на отсутствие квалифицированной психологической помощи на всех этапах лечения. В отчете по оценке СПГ также указывается, что респондентам не предлагали возможность использовать ВСЛ либо они не знали об этой возможности⁷. Хотя расширенное внедрение ВСЛ в Казахстане происходило с июня 2020 года, варианты ВСЛ уже были доступны и ранее.

Пациенты с ТБ отмечали, что в большинстве случаев семейные врачи не обучены подозревать ТБ. Пациент должен приложить значительные усилия для получения диагноза. Кроме того, пациенты с ТБ указали, что некоторые учреждения ПМСП не заинтересованы в регистрации случаев заболевания ТБ, поскольку это отрицательно скажется на их статистике по здоровью населения и приведет к штрафам со стороны Департамента здравоохранения. В учреждениях ПМСП отсутствует лечение побочных эффектов⁷.

Стигма

Согласно отчету по оценке СПГ, чувство стыда, страха и вины, вызванное самостигматизацией, являются ключевыми барьерами для обращения за медицинской помощью и ведут к задержке постановки диагноза. Отсутствие психологической помощи и под-

держки со стороны непосредственного окружения пациентов ухудшают ситуацию⁷. В учреждениях ПМСП наблюдается стигма в отношении людей с ТБ, особенно ключевых групп населения и, в частности, женщин из ключевых групп населения. Это выражается в негативном отношении, раскрытии диагноза и отказе в предоставлении услуг. Существует также проблема стигмы и дискриминации на рабочем месте со стороны работодателей, которые ищут любую причину, чтобы уволить человека с ТБ. Увольнение также может быть вызвано опозданием на работу или пропуском рабочей смены, когда люди с ТБ должны посещать DOT. Другая проблема заключается в незнании прав пациентов и неспособности пациентов с ТБ защищать себя в случаях дискриминации⁷.

Краткое описание барьеров СПГ в Казахстане

| Приоритетные ключевые группы населения, выбранные для оценки | Особые проблемы, связанные с ТБ | Расчетное количество населения |
|--|--|--|
| ЛЖВ | <ul style="list-style-type: none"> • Задержки с правильным диагнозом • Отсутствие услуг социальной поддержки • Трудно справляться с побочными эффектами лечения | 26 000 (22 000 - 30 000) ^f |
| Внутренние мигранты | <ul style="list-style-type: none"> • Потеря арендованного жилья в результате ТБ • Отсутствие гарантии занятости | Недоступно |

^f According to <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/kazakhstan> accessed on 16 June 2020



Гендерные барьеры

| Женщины | Мужчины | Другие |
|---|---|------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Более подвержены стигматизации и дискриминации, особенно если они из ключевых групп населения• Ограничены возможности организовать уход за детьми на время своего отсутствия/ Давление со стороны мужей/партнеров или семей прекратить лечение | <ul style="list-style-type: none">• Отсутствие гарантии занятости• Алкогольная или наркотическая зависимость затрудняет приверженность | Информация отсутствует |

Права человека или правовые проблемы

- Трудности регистрации по месту жительства
- Право на труд
- Право на образование
- Право на неприкосновенность частной жизни
- Доступ к социальной поддержке и доступ к информации о наличии социальной поддержки
- Репродуктивные права беременных женщин с ТБ

Стигма/дискриминационные барьеры

- Стигма и дискриминация на рабочем месте
- Самостигматизация

Другие барьеры

- Отсутствие квалифицированной психологической помощи
- Отсутствие знаний о правах пациентов



КЫРГЫЗСТАН

Данные ВОЗ, 2019 г.

Оценочная
заболеваемость
туберкулезом
составляла

110
человек

на **100 000** населения

Было
зарегистрировано

7 100

новых случаев и рецидивов
из которых



Процент бактериологического
подтверждения среди новых
случаев был высоким

93%

Показатель успешности лечения
составил

81%

среди новых случаев и рецидивов,
зарегистрированных в 2018 году

51%

среди ранее пролеченных случаев,
исключая рецидивы, зарегистрированные
в 2018 году

Показатель успешности лечения
людей с МЛУ/РУ-ТБ, которые начали
лечение препаратами второй линии в
2017 году, составил

55%^g

^g Информация получена на https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&lan=%22EN%22&iso2=%22KG%22 2020 г.

Ключевые группы населения

Ключевыми группами населения по ТБ в Кыргызстане являются люди, употребляющие наркотики, заключенные и внутренние мигранты⁸. Мигранты и люди, которые в прошлом находились в местах лишения свободы, сталкиваются с трудностями доступа к медицинской помощи, чтобы продолжить лечение, из-за отсутствия регистрации по месту жительства или паспорта^{8,9}. Обучение персонала тюрем в области ТБ, финансируемое из внешних источников, которое во время базовой оценки уже больше не проводилось, оказало положительное влияние на отношение персонала к заключенным с ТБ⁸. Согласно объяснениям, данным в оценке, в последние годы существуют ограничения на программы «равный-равному» в тюрьмах. Согласно тому же отчету «ключевыми группами населения по ТБ, которые наиболее стигматизированы в системе здравоохранения, являются люди, употребляющие инъекционные наркотики, особенно люди, которые в прошлом находились в местах лишения свободы, и женщины, употребляющие инъекционные наркотики», особенно если они беременны⁸.

Отсутствие ОЗТ в некоторых ТБ учреждениях является препятствием для соблюдения приверженности людьми, употребляющими наркотики. Персонал больницы попросил некоторых людей, употребляющих наркотики прекратить ОЗТ во время лечения ТБ, потому что сотрудники «не хотели иметь дело с препаратом, который требует специальных условий хранения»⁸.

Доступ к медицинской помощи в сельской местности осложняется стигмой и необходимостью осуществлять оплату из собственных средств.

Другая важная ключевая группа населения, которая подвергается большой стигматизации, включая стигму в медицинских учреждениях - это бездомные⁹.

Чтобы избежать тестирования на ТБ, трудовые мигранты нелегально иммигрируют в другие страны. Нелегальная иммиграция затрудняет им доступ к медицинской помощи в принимающей стране.

Гендер

Женщины с ТБ подвергаются физическому, эмоциональному и сексуальному насилию из-за своей болезни. Из-за ограниченной возможности принятия решений в отношении денег, женщины откладывают диагностику из-за ощущения того, что это может дорого обойтись для семейного бюджета. Женщины с ТБ более склонны к самостигматизации из-за ограниченных знаний о путях передачи ТБ. Во время лечения лекар-

ственно-устойчивого ТБ беременным женщинам рекомендовали прерывать беременность. Мужчины откладывают обращение за медицинской помощью, и это часто связано с тем, что они являются единственными кормильцами семьи⁹.

Права человека

Существует несколько нормативных актов и политик, которые способствуют созданию правовых барьеров для пациентов с ТБ в Кыргызстане. У пациентов отсутствует информация об их правах и отсутствует доступ к юридическим услугам. Пациенты не осведомлены ни о своем праве на социальную поддержку и бесплатную юридическую помощь, ни о праве на жилье, применимое в некоторых случаях. Информирование пациентов о том, какие лекарства и услуги бесплатны, может помочь им избежать незаконных платежей из собственных средств¹⁰.

Как и в других странах, финансовые проблемы возникают из-за нарушения права на труд и компенсацию во время отпуска по болезни. Отсутствие гибкости в предоставлении DOT приводит к проблемам с трудоустройством. В соответствии с «Законом о защите населения от туберкулеза» существует список профессий, которые запрещены для пациентов с ТБ. Большинство людей с ТБ, которые были безработными, не были уверены в своих шансах на трудоустройство в будущем.

В соответствии с Уголовным кодексом Кыргызстана «в отношении заключенных может быть осуществлено принудительное лечение ТБ»⁸. Однако, как и в Казахстане, где существует такой закон, не было никаких сведений о его применении на практике.

Политика и практика расследования контактов, используемые во время проведения обзора правовой среды, не соблюдали право пациентов на неприкосновенность частной жизни: с контактами пациента могли связаться без информирования об этом пациента. Это вызвало обратный эффект: пациенты не делились информацией о своих близких контактах, таких как коллеги по работе, и, следовательно, контакты, которые могли бы быть заражены, не были осведомлены и не были приглашены для проверки¹⁰.

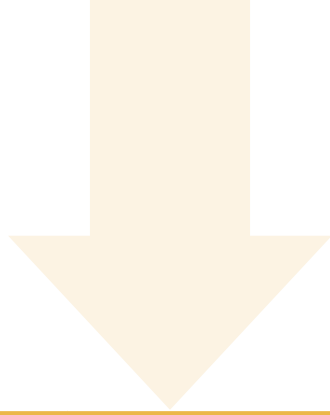
Стигма

В Кыргызстане особо высокий уровень стигмы со стороны работников ПМСП по отношению к ключевым группам населения. Это может быть связано со страхом и отсутствием знаний о путях передачи ТБ. Стигма и отсутствие профессионализма со стороны медицинского персонала заставляют пациентов уезжать на большие расстояния, чтобы получать лечение в противотуберкулезных учреждениях, а не в ПМСП. Мифы, заблуждения и стереотипы, связанные с заболеванием ТБ, усиливают стигму, как со

стороны членов сообщества, так и членов семьи, что усиливает самостигматизацию у пациентов, и они пытаются скрыть тот факт, что у них ТБ. В целом, люди с МЛУ-ТБ чаще подвергаются стигматизации со стороны работников здравоохранения и в их обществе⁸.

Краткое описание барьеров СПГ в Кыргызстане

| Ключевые группы населения, упомянутые в оценках/обзорах | Особые проблемы, связанные с ТБ | Расчетное количество населения |
|---|---|--------------------------------|
| ЛУН | Отсутствие ОЗТ | Недоступно |
| Люди, которые в прошлом находились в местах лишения свободы | Отсутствие регистрации по месту жительства или паспорта | Недоступно |
| Внутренние мигранты | Отсутствие регистрации по месту жительства | Недоступно |
| Гендерные барьеры | | |
| Женщины | Мужчины | Другие |
| <ul style="list-style-type: none"> • Более подвержены стигматизации и дискриминации, особенно если они из ключевых групп населения • Физическое, эмоциональное и сексуальное насилие из-за ТБ • Задержка диагностирования из-за ограниченных возможностей принятия решений по финансовым вопросам • С большей вероятностью самостигматизируются из-за ограниченных знаний о передаче ТБ | <p>Задержка обращения за медицинской помощью, которая часто связана с тем, что они являются единственными кормильцами семьи</p> | <p>Информация отсутствует</p> |



Права человека или правовые проблемы

- Отсутствие доступа к юридическим услугам
- Люди с ТБ не знают своих прав на социальную поддержку или бесплатную юридическую помощь
- Право на труд
- Право на неприкосновенность частной жизни
- Репродуктивные права беременных женщин с ТБ

Стигма/дискриминационные барьеры

- Стигма в отношении женщин, употребляющих инъекционные наркотики (особенно беременных)
- Стигма со стороны работников первичной медико-санитарной помощи по отношению к ключевым группам населения
- Стигма со стороны сообщества и членов семьи, основанная на заблуждениях

Другие барьеры

- Ограничения на программы «равный-равному» в тюрьмах
- Недостаток профессионального лечения
- Географический доступ
- Люди с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью чаще подвергаются стигматизации со стороны работников здравоохранения и их сообщества
- Платежи за счет собственных средств чаще встречаются в сельской местности



ТАДЖИКИСТАН

Данные ВОЗ, 2019 г.

Общая оценочная
заболеваемость
туберкулезом
составляла

83

человека

на **100 000** населения

Было
зарегистрировано

7 700

новых случаев и рецидивов

из которых



Бактериологическое
подтверждение новых случаев
составляет

100%

Показатель успешности лечения
составил

89%

среди новых случаев и рецидивов,
зарегистрированных в 2018 году

82%

среди ранее пролеченных случаев,
исключая рецидивы, зарегистрированные
в 2018 году

Показатель успешности лечения людей
с МЛУ/РУ-ТБ, которые начали лечение
препаратами второй линии в 2017 году,
составил

64%^h

^h Информация получена на https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&lan=%22EN%22&iso2=%22TJ%22 19 ноября 2020 г.

Ключевые группы населения

Оценка СПГ в Таджикистане выделила в качестве приоритетных восемь ключевых групп, в дополнение к контактам людей с ТБ. Люди с диабетом и военнослужащие подтвердили лишь некоторые проблемы, связанные с доступом к лечению ТБ, в основном у них они практически отсутствуют. Остальные шесть ключевых групп населения включают: людей, которые в прошлом находились в местах лишения свободы, людей, живущих с ВИЧ, людей, употребляющих инъекционные наркотики, таджикских мигрантов в Российской Федерации, секс-работников, персонал ПМСП и противотуберкулезных учреждений¹¹.

В прошлом заболеваемость ТБ среди работников здравоохранения была в семь раз выше по сравнению с населением в целом¹². У людей, употребляющих наркотики, более высокий риск лекарственной устойчивости. Хотя ОЗТ доступна в Таджикистане, ее уровень охвата остается низким. Есть примеры интеграции услуг ОЗТ, ВИЧ и ТБ, хотя это происходит в масштабе всего пяти пилотных учреждений¹³. Люди, живущие с ВИЧ, люди, употребляющие инъекционные наркотики, и секс-работники упомянули, что они не полностью доверяют сотрудникам ПМСП, которые часто отсылают их обратно в службы ВИЧ и наркологии, вместо того, чтобы направить их в противотуберкулезную службу. Таджикские мигранты не имеют доступа к адекватной и доступной медицинской помощи во время пребывания в Российской Федерации и по возвращении им не предлагается пройти скрининг на ТБ; они, казалось, не знали о наличии в Таджикистане бесплатного скрининга на ТБ и услуг. Люди, которые в прошлом находились в местах лишения свободы, сообщали о трудностях с доступом к диагностике ТБ пока они находились в тюрьме, а после освобождения трудности доступа возникали из-за отсутствия идентификационных документов (ИД), регистрации по месту жительства и финансов¹¹.

Гендер

Принятие женщинами решений в отношении охраны здоровья очень ограничено, особенно если они молоды и/или с низким уровнем образования. Домохозяйства, возглавляемые женщинами, часто сталкиваются с проблемой бедности. Существует страх развода для замужних женщин, в то время как для незамужних женщин диагноз ТБ означает гораздо худшие перспективы при поиске партнера. Задержка диагностирования и лечения ТБ среди женщин связана с исключением вопросов здоровья из приоритетов из-за домашних обязанностей, отсутствия возможности принятия решений и, в соответствии с культурными нормами, возможности проведения осмотра и лечения только у медицинских работников женского пола. Примечательно, что для решения этой проблемы городской центр по борьбе с ТБ в Душанбе уже принял ре-

шение скорректировать набор сотрудников таким образом, чтобы «более половины врачей составляли женщины»¹¹.

Трудности мужчин заключались в том, чтобы сохранить работу во время прохождения диагностики и во время лечения, чтобы продолжать обеспечивать семью. В соответствии с традиционной ролью мужчин в Таджикистане, «главная функция мужчины в семье - защищать и приносить доход»¹¹. Таджикские женатые мужчины, работающие за границей, делают денежные переводы, которые обычно получают не их жены, а родственники (мужчины) со стороны мужа, что также способствует финансовой зависимости женщин¹¹.

Права человека

В статье 156 Кодекса здравоохранения Республики Таджикистан перечислены права людей с ТБ. Тем не менее, Кодекс здравоохранения не запрещает ограничение прав и дискриминацию людей с ТБ. Хотя такой запрет и существует для людей, живущих с ВИЧ, в статье 165 того же Кодекса. Запрет на ограничение прав и любую дискриминацию в отношении людей с ТБ может помочь обеспечить лучший доступ к противотуберкулезным услугам, особенно для ключевых групп населения¹¹.

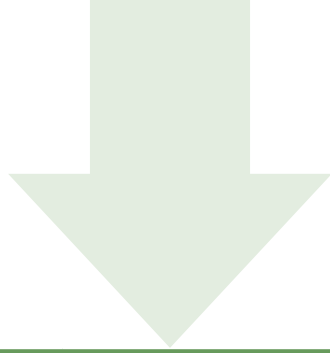
Пациенты с ТБ не уверены в своих правах на труд и социальную поддержку, особенно если они работают в частном секторе. Пациенты говорили о сложности доступа к социальной поддержке: «только двое из 20 опрошенных пациентов сообщили о получении какой-либо социальной поддержки»¹¹. Пациенты считают, что социальная поддержка слишком мала. «В Республике Таджикистан нет норм, устанавливающих минимальный базовый уровень права на охрану здоровья, ниже которого государство не может опуститься ни при каких обстоятельствах»¹¹.

Стигма

Стигма в Таджикистане, согласно оценке СПГ, в первую очередь основана на низкой осведомленности общественности о профилактике и лечении ТБ. Страх разглашения очень сильный. Возможная потеря работы или изоляция от семьи приводит к задержке диагностики ТБ. Общество, а в некоторых случаях и сами пациенты считают, что они должны быть изолированы. Стигма в обществе добавляет проблему тестирования контактов, они не всегда хотят быть зарегистрированными в ПМСП (как контакты с ТБ). Страх и стыд, что сообщество будет знать о диагнозе, являются признаками самостигматизации. Отсутствие поддержки со стороны семьи и друзей негативно влияет на приверженность пациентов к лечению.

Краткое описание барьеров СПГ в Таджикистане

| Приоритетные ключевые группы населения, выбранные для оценки | Особые проблемы, связанные с ТБ | Расчетное количество населения |
|--|---|--------------------------------|
| Люди с диабетом | Конкретных проблем не выявлено | 498,1 на 100 000 населения |
| Люди на военной службе | Конкретных проблем не выявлено | Недоступно |
| Люди, которые в прошлом находились в местах лишения свободы | <ul style="list-style-type: none"> • Проблемы с доступом к диагностике ТБ при нахождении в тюрьме • Отсутствие доступа к медицинской помощи из-за отсутствия удостоверения личности, регистрации по месту жительства и бедности | Недоступно |
| ЛЖВ | Не полностью доверяют персоналу ПМСП | 13 000 ¹¹ |
| Люди, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН) | Не полностью доверяют персоналу ПМСП | 22 208 ¹¹ |
| Таджикские мигранты в Российской Федерации | <ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие доступа к адекватной и доступной медицинской помощи во время пребывания в Российской Федерации • По возвращении им не предлагается пройти скрининг на ТБ • Похоже, что они не информированы о наличии бесплатного скрининга и услуг в Таджикистане | Примерно 515 000 ¹¹ |
| Работники секс-индустрии | Не полностью доверяют персоналу ПМСП | 17 591 ¹¹ |
| Сотрудники ПМСП и ТБ учреждений | Нет конкретной информации | Недоступно |



Гендерные барьеры

| Женщины | Мужчины | Другие |
|--|---|-------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Ограниченная возможность принятия решений• Исключение вопросов здоровья из приоритета из-за домашних обязанностей• Их могут осматривать и лечить только медицинские работники женского пола• Страх развода/худшие перспективы брака | <p>Страх потерять работу во время прохождения диагностики и лечения</p> | <p>Информация отсутствует</p> |

Права человека или правовые проблемы

- Право на труд
- Право на социальную поддержку

Стигма/дискриминационные барьеры

- Дискриминация со стороны работодателя
- Стигма со стороны семьи
- Самостигматизация



УКРАИНА

Данные ВОЗ, 2019 г.

Оценочная
заболеваемость
туберкулезом
составляла

77

человек

на **100 000 населения**

Было
зарегистрировано
34 000
новых случаев и рецидивов
из которых



Процент бактериологического
подтверждения среди новых
случаев является очень
высоким

97%

Показатель успешности лечения
составил

77%

среди новых случаев и рецидивов,
зарегистрированных в 2018 году

62%

среди ранее пролеченных случаев,
исключая рецидивы,
зарегистрированные в 2018 году

а также

51%

среди случаев МЛУ/РУ-ТБ, начавших
лечение препаратами второй линии
в 2017 году¹

¹ Информация получена https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&lan=%22EN%22&iso2=%22UA%22 19 ноября 2020 г.

Ключевые группы населения

Группа, проводящая «Оценку инструментов ТБ в сфере сообщества, прав и гендера», и заинтересованные стороны выделили людей, живущих с ВИЧ; заключенных и задержанных; людей, употребляющих инъекционные наркотики; людей с алкогольной зависимостью; бездомных, а также городскую и сельскую бедноту в качестве приоритетных групп населения на основании «эпидемиологических данных, рисков, связанных с окружающими условиями, поведенческих рисков, а также правовых, экономических и социальных барьеров доступа к противотуберкулезной помощи»¹⁴. Алкогольная зависимость, пагубное употребление наркотиков, бездомность, безработица, пребывание в тюрьме, статус перемещенного лица являются факторами, которые существенно снижают вероятность успешного завершения лечения ТБ. Ключевые группы населения сталкиваются с такими барьерами, как отсутствие доступа к консультированию и социальной поддержке, безработица и ограниченные услуги для жертв сексуального насилия¹⁴.

В отчете «Расширение программ по уменьшению связанных с правами человека барьеров в сфере услуг по борьбе с ВИЧ и ТБ» подчеркивается то, что отсутствие национального удостоверения личности является препятствием для получения противотуберкулезной помощи для ВПЛ, иностранцев без документов и людей, которые в прошлом находились в местах лишения свободы, в то время как люди, употребляющие наркотики, страдают от отсутствия интеграции услуг (ОЗТ, ВИЧ, ТБ) и от стигмы¹². Люди, употребляющие наркотики, и люди, которые в прошлом находились в местах лишения свободы, сталкиваются с сильной стигмой и правовыми барьерами при доступе к медицинской помощи, включая нарушение их права на конфиденциальность^{15,16}.

Гендер

Как правило, женщины из этнических меньшинств, женщины, подвергшиеся гендерному насилию, пожилые женщины, женщины в трудных ситуациях, вызванных вооруженными конфликтами, женщины-беженцы и женщины с высоким риском заражения ВИЧ имеют более ограниченный доступ к здравоохранению. Женщины самостигматизируются в отношении ТБ чаще, чем мужчины¹⁴.

Принятие финансовых решений замужними женщинами ограничено, они экономически зависимы и вынуждены выполнять неоплачиваемую работу. Положение женщин рома является особенно сложным, поскольку в дополнение к вышеуказанным ограничениям, с точки зрения культурных традиций, они могут пользоваться услугами только медицинских работников женского пола. Женщины из ключевых групп населения

могут подвергаться стигме и дискриминации в медицинских учреждениях, поскольку они, как представляется, имеют более низкий уровень знаний о ТБ и своих правах. Мужчины, с другой стороны, чаще пренебрегают своим здоровьем по сравнению с женщинами. Их восприимчивость и подверженность ТБ инфекции усугубляются поведением с высокой степенью риска, таким как курение, алкогольная зависимость и проблемное употребление наркотиков, а также такими факторами, как трудовая миграция и плохие условия труда. Оценка в Украине также упоминает о дискриминации транс* людей¹⁴.

Права человека

Социальные услуги для пациентов с ТБ, подвергшихся ГН, недоступны. Женщины из этнических меньшинств, женщины, подвергшиеся гендерному насилию и находящиеся в трудных ситуациях, имеют ограниченный доступ к медицинским услугам. Социальная защита женщин из сельской местности недостаточна. Трансгендеры сталкиваются с нарушениями прав человека и дискриминационным отношением со стороны врачей¹⁴.

Действующее законодательство в Украине не дает гарантий защиты трудовых прав во время лечения ТБ. Кроме того, люди с ТБ могут подвергаться судебному преследованию и подвергаться принудительной изоляции. Студентам, которые отказались проходить обследование на ТБ, или тем, кто был в контакте с людьми с ТБ или тем, кто не прошел профилактическую вакцинацию, может быть запрещено посещать учебные заведения. Конфиденциальность ТБ статуса недостаточно регламентирована и приводит к случаям необоснованного разглашения диагноза¹⁶.

Отсутствует информация для пациентов об их правах: бесплатной юридической помощи и возможности получения амбулаторного лечения¹⁶. Система здравоохранения требует официальной регистрации для получения бесплатных медицинских услуг. Это барьер для людей без документов или тех, кто живет далеко от своего официального места жительства. Наркополитика Украины по-прежнему носит репрессивный характер, что ограничивает доступ людей, употребляющих наркотики, к медицинским услугам¹⁵.

Существует необходимость в «изменении законов, регулирующих монополию на лекарства, для повышения экономической доступности лекарств, необходимых для ключевых групп населения и пациентов с ТБ»¹⁵.

Стигма

Отсутствие знаний о путях передачи и лечении среди общего населения приводит к стигматизирующему отношению. Стигма сильнее в сельской местности и небольших городах¹⁶.

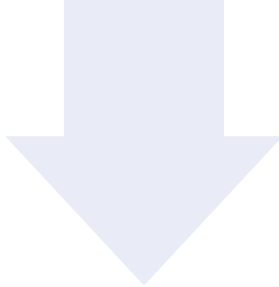
«Женщины и трансгендеры наиболее уязвимы к стигме, связанной с ТБ»¹⁴. Трансгендеры боятся дискриминации и нарушения их прав, и это приводит к откладыванию любых посещений врачей. У многих пациентов с ТБ, в основном у женщин, развивается самостигматизация¹⁴.

Особенно высока стигма и отсутствие знаний о ТБ в ПМСП. Отсутствует подготовка для медперсонала по гендерным вопросам или подготовка по борьбе со стигмой, связанной с ТБ¹⁴. Население рома подвергается стигматизации. Отсутствие документов, удостоверяющих личность, особые традиции и убеждения внутри общины рома приводят к задержке в диагностировании и лечении¹⁵. В сообществе существует дискриминационное отношение к женщинам, и «без согласия мужа женщины не могут обращаться за медицинской помощью»¹⁴.

Существует стигматизирующее отношение юристов к ключевым группам населения, что отбивает желание у клиентов, особенно представителей ключевых групп, обращаться за юридической консультацией¹⁵. Люди, употребляющие инъекционные наркотики, не требуют возмещения ущерба, потому что не хотят привлекать внимание правоохранительных органов. Эта ключевая группа населения упомянула дискриминационное отношение со стороны полиции и медицинского персонала¹⁶.

Краткое описание барьеров СПГ в Украине

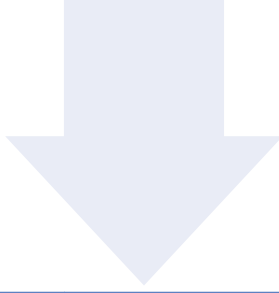
| Ключевые группы населения, упомянутые в оценках/обзорах | Особые проблемы, связанные с ТБ | Расчетное количество населения |
|---|--|---------------------------------|
| ЛЖВ | Право на частную жизнь, конфиденциальность, права, раскрытие статуса | 384.5 на 100 000 ¹⁵ |
| Люди с алкогольной зависимостью | Нет конкретной информации | 654.3 на 100 000 ¹⁵ |
| Заклученные и задержанные | Стигма | 1030.9 на 100 000 ¹⁵ |



| | | |
|-------------------|--|------------------------------------|
| ЛУИН | <ul style="list-style-type: none">• Отсутствие интеграции услуг (ОЗТ, ВИЧ, ТБ)• Стигма• Законодательные барьеры• Нарушения конфиденциальности | 587.7 на 100 000 ¹⁵ |
| Бездомные люди | Стигма | 1713.9 на 100 000 ¹⁵ |
| Городская беднота | Нет конкретной информации | 870 на 100 000 ¹⁵ |
| Сельская беднота | Удаленность и нехватка средств для поездки в учреждение | |

Гендерные барьеры

| Женщины | Мужчины | Другие |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Самостигматизация• Психологическое или финансовое насилие• ГН• Стыд и дискомфорт при сдаче образцов мокроты• Стигматизируются медицинскими работниками во время осмотров• Развод/разлука с детьми• Женщины рома не могут обращаться за медицинской помощью без разрешения мужа | <ul style="list-style-type: none">• Страх потерять работу во время прохождения диагностики и лечения• Поведение с высокой степенью риска• Трудовая миграция и плохие условия труда• Развод/разлука с детьми | <ul style="list-style-type: none">• Стигма• Боязнь дискриминации, приводящая к задержке в обращении за постановкой диагноза и медицинской помощью |



Права человека или правовые проблемы

- Право на информацию (отсутствие информации о лечении туберкулеза)
- Право на работу
- Право на образование
- Проблемы вокруг принудительной изоляции и обязательного тестирования
- Право на неприкосновенность частной жизни

Стигма/дискриминационные барьеры

- Самостигматизация
- Стигма на рабочем месте, в том числе после излечения и восстановления
- Коинфекция ТБ/ВИЧ, особенно потребителей наркотиков или мужчин, практикующих секс с мужчинами, может означать, что они сталкиваются с двойной/тройной стигмой и дискриминацией, включая физическое насилие
- Стигма от медицинских работников вне программы борьбы с туберкулезом
- Стигма от сообщества и членов семьи на основе заблуждений
- Более сильная стигма в сельской местности и малых городах
- Более сильная стигма в отношении рома с туберкулезом
- Стигматизирующее отношение юристов к ключевым группам населения

Обсуждение основных барьеров и решений

В этой главе основное внимание уделяется некоторым различиям или сходству в касающихся СПГ барьерах и решениях, предлагаемых в отчетах по СПГ Грузии, Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана и Украины, а также степени, в которой эти решения были включены в национальные стратегии борьбы с ТБ. Цель этой главы не в том, чтобы рекомендовать универсальные конкретные вмешательства в регионе, а в том, чтобы подчеркнуть общие барьеры и решения, которые могут сработать в различных условиях после их адаптации на национальном и местном уровнях.

Ключевые группы населения:

люди, которые в прошлом находились в местах лишения свободы, и люди, употребляющие наркотики

Люди, которые в прошлом находились в местах лишения свободы, и люди, употребляющие наркотики и/или инъекционные наркотики, являются одними из самых уязвимых групп населения. Они подвергаются стигматизации и дискриминации. Люди, употребляющие наркотики, испытывают трудности с доступом к услугам из-за криминализации, а люди, которые в прошлом находились в местах лишения свободы, - из-за отсутствия паспорта, регистрации по месту жительства или даже самого места жительства. Особенно женщины из этих ключевых групп населения испытывают высокий уровень стигмы. Для этих ключевых групп населения любые столкновения с правоохранительными органами могут привести к прерыванию какого бы то ни было лечения, что является нарушением их прав как пациентов и людей.

Возможность досрочного освобождения заключенных с ТБ (Украина, Грузия) может быть ошибочным стимулом для того, чтобы не заниматься лечением, в то время как после освобождения обычно возникает вакуум в отношении помощи, включая поддержку для начала или продолжения лечения ТБ. Для устранения некоторых барьеров для этих и других ключевых групп населения были предложены следующие меры:

Улучшение интеграции услуг:

- Совместное размещение служб ОЗТ, ВИЧ и ТБ (Грузия, Кыргызстан, Украина) предпочтительно в самой низкопороговой обстановке, сохраняя при этом неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность.
- Интеграция скрининга симптомов ТБ и DOT в услуги для людей с диабетом, реабилитационные услуги для людей с алкогольной зависимостью и людей, которые в прошлом находились в местах лишения свободы (Казахстан).

- Создание постоянной междисциплинарной рабочей группы по ТБ/ВИЧ на уровне Министерства здравоохранения, чтобы помочь улучшить диагностику ТБ у людей, живущих с ВИЧ (Казахстан).
- Перераспределение обязанностей в НПО, которые уже работают с ключевыми группами населения и предоставляют некоторые услуги, такие как скрининг на туберкулез на основе анкетирования, поддержка равными, юридические консультации, и готовы предоставлять более полный пакет услуг, например, в том числе ОЗТ, ДОТ. Перераспределению обязанностей должно предшествовать обучение и получение необходимых лицензий или разрешений. При этом важно включение этих НПО в поддерживающую супервизию, осуществляемую национальными программами по борьбе с ТБ.

Улучшение комплексности предоставления услуг:

- НПО, занимающиеся ВИЧ и ТБ, должны выступать за включение инструкторов из числа равных в состав МК и включение их заработных плат в бюджет медицинского учреждения (Украина) или откомандирование инструкторов из числа равных из неправительственной организации в МК медицинского учреждения (Кыргызстан), или найм НПО службами здравоохранения для оказания услуг по поддержке приверженности (Казахстан).
- Включение в состав МК юриста для посещения заключенных с ТБ, которые готовятся к освобождению, чтобы оценить их ситуацию и оказать помощь. При необходимости такая помощь может включать восстановление национальных удостоверений личности, подачу заявлений на получение социальных пособий, подачу заявлений на получение инвалидности, поиск жилья и, самое главное, МК может помочь продолжить лечение ТБ после освобождения (Украина).

Тренинг для сотрудников полиции и тюрем:

- Включение соответствующей информации о ТБ в мероприятия по программе по ВИЧ для подготовки сотрудников полиции/тюрем по вопросам прав человека, где такие мероприятия уже существуют.
- Инициирование сотрудничества с администрацией полиции, предложение пересмотреть какие-либо учебные материалы по правам человека, если таковые уже используются полицией, с целью включения актуальной информации о правах на медицинское обслуживание людей с ТБ и ключевых групп населения. Проведение обучения для сотрудников полиции и сотрудников следственных изоляторов/тюрем, таких как профессиональная сертификация и курсы по толерантности (Кыргызстан, Украина).

- Включение курсов по правам человека, в том числе права на медицинскую помощь, в учебные программы полицейских учебных заведений, предшествующих службе.

Осведомленность ключевых групп населения о своих правах:

- В сотрудничестве с Национальной программой борьбы с туберкулезом, разработать брошюру с основной важной информацией: симптомы туберкулеза, куда обратиться за помощью, какие услуги бесплатны и права людей с ТБ. Впоследствии гражданское общество может использовать ее как часть своей индивидуальной работы со своими клиентами.
- Многие ОГО, в первую очередь, людей, живущих с ВИЧ, и людей, употребляющих наркотики, проводят тренинги по правам и занятия по повышению осведомленности для своих клиентов с хорошими результатами. Аналогичным образом, организации, работающие с другими затронутыми ТБ ключевыми группами населения, могут включать информацию о ТБ и правах на охрану здоровья в беседы со своими клиентами и заинтересованными группами.

Туберкулез у женщин и ГН

Во всех странах доля зарегистрированных случаев среди мужчин выше, чем среди женщин. Наряду с тем, что в Грузии, Казахстане, Кыргызстане и Украине у женщин достигаются лучшие результаты приверженности и/или лечения, чем у мужчин, женщинам приходится преодолевать более серьезные барьеры, такие как скудные финансы, отсутствие поддержки семьи и гендерное насилие. Это ставит вопрос также и о том, в какой степени меньшая доля регистрации случаев заболевания у женщин может быть обусловлена барьерами, с которыми сталкиваются женщины.

Согласно проведенному во всех странах анализу, в то время как женщины несут бремя неоплачиваемой работы по дому и по уходу за детьми, их ограниченные возможности принятия решений в отношении финансов домашних хозяйств приводят к исключению из приоритетов их потребностей в области здоровья и задержке диагностики ТБ, а иногда и лечения. Возможно, что страх перед ТБ и его последствиями, который отмечался у женщин, улучшает соблюдение ими режима лечения. Однако мотивационные качества страха перевешиваются стрессом и самостигматизацией, которые он влечет за собой. Поэтому, особенно для женщин, мероприятия по информированию о ТБ должны быть направлены на устранение мифов и заблуждений о ТБ, устранение стигмы и добавление положительной мотивации, например, улучшение внутрисемейной динамики посредством консультирования членов семьи и партнеров.

В докладах Казахстана, Кыргызстана и Украины женщины говорили о физическом, психологическом и экономическом насилии в связи с ТБ и нарушениях их репродуктивных прав. ЛУ-ТБ в Кыргызстане и любая форма ТБ в Казахстане по-прежнему являются показанием для прерывания беременности, хотя в Казахстане отмечены планы по обновлению соответствующего руководства. Женщины сталкиваются с насилием, если у них ТБ, из-за гендерных ожиданий: быть/стать матерью, быть здоровыми, чтобы заботиться о своих мужах и детях/семье. ГН при ТБ уходит корнями в гендерные стереотипы, неравенство возможностей, отсутствие информации и мифы о ТБ. Последствия ГН и ТБ: (само)стигматизация, развод, разлучение с детьми, прерванная беременность, множественные проблемы для одиноких матерей - являются катастрофическими для женщин. Ниже приведены некоторые рекомендации из отчетов стран, а некоторые другие решения обсуждаются далее в рамках подхода, ориентированного на людей.

Разукрупнение данных:

- Разукрупнение (мужчины, женщины и другие) всех показателей, включая, например, ЛУ-ТБ, ТБ/ВИЧ, и такие результаты лечения ТБ, как смертность или потеря для последующего наблюдения, поможет проводить мониторинг программ и разрабатывать соответствующие мероприятия с учетом гендерных факторов (Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Украина).
- Проведение операционных исследований может помочь лучше понять, какие задержки диагностики связаны с пациентами и какие с самими системами здравоохранения, а также лучше изучить роль гендерных факторов.

Туберкулез и беременность:

- Помочь беременным женщинам с ТБ понять, что (1) лекарственные препараты, используемые для режимов лечения чувствительного ТБ, «не оказывают вредного воздействия на плод»¹⁷; (2) при лечении ЛУ-ТБ при беременности инъекционные препараты обычно противопоказаны, и ВОЗ рекомендует разработать индивидуальный (более длительный) режим с меньшим риском для развития эмбриона или плода^{18,19}.
- Предоставление соответствующей информации и консультирование беременных женщин по известным и неизвестным рискам, связанным с лечением ЛУ-ТБ¹⁷.
- Предоставление соответствующей информации и консультирования кормящим женщинам, например, что женщинам, принимающим бедаквилин, претоманид и линезолид, кормление грудью не рекомендуется¹⁹, и при необходимости, содействие альтернативам грудному вскармливанию.

Поддержка семей людей с ТБ:

- Работа со всей семьей или, по крайней мере, с партнером человека с ТБ (Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан) будет служить нескольким важным целям: скрининг на основе анкетирования в качестве первого шага в исследовании близких контактов, устранение мифов и заблуждений и информирование о ТБ, выявление потенциальных барьеров для приверженности, предотвращение насилия, обеспечение поддержки со стороны семьи, предоставление семье консультаций и ответов на волнующие их вопросы. Посещения семей могут проводиться обученными работниками сообщества или равными консультантами (бывшими пациентами с ТБ) в условиях строгой конфиденциальности.

Решение проблемы ГН:

- Включение вопроса о ситуации дома в опросный лист при оценке вновь диагностированного пациента, при необходимости, проведение дальнейшего наблюдения во время последующих встреч, чтобы понять, есть ли насилие в семье.
- Направление жертв ГН для оказания медицинских услуг, психосоциальной поддержки, услуг в сфере психического здоровья и юридических услуг.
- Сотрудничество с приютами и женскими организациями, которые занимаются вопросами ГН и могут помочь жертвам получить доступ к механизмам, которые могут существовать в стране, для решения проблемы ГН: например помощь адвоката в подаче жалобы, безопасное место, где можно остаться пока рассматривается жалоба и во время проведения расследования.
- Информирование персонала приюта о ТБ и том, как поддержать жертв ГН с ТБ.
- Обучение МК в области ГН и тому, как распознать и поддержать кого-то, кто живет с подвергающим насилию партнером/родителем/другим членом семьи.

Стигматизация со стороны работников здравоохранения

Стигма ключевых групп населения (все страны) и стигма в целом в маленьких городах/сельской местности (в Украине) часто связаны с несоблюдением конфиденциальности и проявлением дискриминации со стороны работников здравоохранения. Стигма со стороны медицинского персонала, особенно в сфере первичной медико-санитарной помощи, была отмечена в отчетах Кыргызстана и Казахстана. Грузия сообщила о стигматизации со стороны медперсонала, в частности направленной на ключевые группы населения, а Украина и Казахстан выявили стигматизацию конкретно женщин из клю-

чевых групп населения. Также пациенты с ЛУ-ТБ чаще испытывают стигматизацию со стороны работников здравоохранения (Кыргызстан, Таджикистан).

Краткий обзор, подготовленный Партнерством «Остановить ТБ», посвященный медицинским работникам, подробно описывает повышенный риск инфицирования ТБ и заболевания им среди медицинского персонала, не отвечающие требованиям схемы компенсации, отсутствие правовой защиты и охраны труда, а также недостаточную конфиденциальность. Высокая стигма со стороны начальников и коллег зачастую побуждает медицинских работников с ТБ обращаться за лечением в частный сектор, лечиться самостоятельно или иным образом обходить систему и не быть включенными в официальную статистику. На этом фоне стигматизация людей с ТБ со стороны работников здравоохранения является парадоксальной и, к сожалению, ожидаемой: работники здравоохранения, сами являющиеся жертвами дискриминации, продолжают дискриминировать других людей с ТБ. Борьба со стигмой и дискриминацией со стороны работников здравоохранения должна начинаться с улучшения их условий труда, включая инфекционный контроль, разработку и внедрение строгих и четких протоколов, касающихся конфиденциальности, и проведение мероприятий с целью изменения внутриорганизационного поведения - от травли и стигматизации к поддержке и уважению.

Решение проблем, связанных с условиями труда:

- Разработка мероприятий по улучшению условий труда, в том числе контроля инфекции, передающейся по воздуху, в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. После появления коронавирусной инфекции в 2019 году, могут быть предприняты меры по улучшению процедур профилактики и контроля инфекции, инициированные правительствами, и национальные программы борьбы с ТБ могут использовать эту возможность для повышения уровня знаний персонала ПМСП о контроле инфекции, передающейся по воздуху, и путях передачи ТБ.
- Внедрение таких мер, как обучение, административная политика, процедуры рассмотрения жалоб, поощрение нулевой терпимости к стигме и дискриминации в отношении работников здравоохранения, которые заболевают ТБ или любым другим заболеванием, независимо от того, где они могли заразиться - на рабочем месте или в обществе.

Борьба со стигмой со стороны работников здравоохранения:

- Организация обучения для медицинского персонала служб ПМСП и ТБ в области ключевых групп населения, гендерных аспектов, терпимости, борьбы со стигмой и защиты прав человека, например, недискриминация, обязанность

лечить, конфиденциальность и информированное согласие (Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Украина).

- Включение тем гендерной проблематики, прав человека и стигмы в учебную программу подготовки, послевузовского и непрерывного образования медицинских работников, особенно для врачей первичной медицинской помощи (Грузия, Украина).

Ориентированный на людей подход

Достижения в области амбулаторной помощи в регионе ВЕЦА похвальны, однако это еще не означает, что эта помощь становится «ориентированной на людей», и оценочные отчеты стран вновь показали, что ни один подход не может подходить всем. Даже в пределах какой-либо ключевой группы населения условия людей с ТБ разные и требуют соответствующего комплекса мероприятий.

Были отмечены важные недостатки, связанные с переходом на амбулаторную помощь, например, помещение детей в Кыргызстане в санатории, чтобы изолировать их от взрослых с ТБ на время амбулаторного лечения (взрослых). Повсеместно отсутствует возможность организовать присмотр за детьми, чтобы иметь возможность посещать DOT на базе учреждения, и это особенно сказывается на женщинах. Сохраняются трудности, связанные с поездками, чтобы получить DOT, совмещая его с работой или образованием. Кроме того, не все люди с ТБ приветствуют визиты медсестры DOT, особенно в сельской местности, из-за проблем сохранения конфиденциальности. Многие респонденты отметили потребность в DOT вне рабочего времени (Грузия, Казахстан, Кыргызстан). Амбулаторная помощь все еще нуждается в более тонкой настройке, чтобы соответствовать потребностям пациентов, и это может быть достигнуто с помощью мероприятий, ориентированных на людей, таких как приведены ниже.

Ведение случая заболевания (кейс-менеджмент):

- При назначении кейс-менеджера каждому пациенту с ТБ, менеджер не обязательно должен быть медицинским работником, это может быть обученный сотрудник НПО. Кейс-менеджеры незаменимы в оказании помощи, ориентированной на людей, и их менталитет должен быть ориентирован на клиента, чтобы помочь наиболее уязвимым группам населения ориентироваться как в государственных, так и в общественных системах.
- Проведение оценки каждого пациента до начала лечения, чтобы определить его ситуацию, потребности в финансовой, социальной и/или психологической поддержке, возможные барьеры для приверженности, наилучший способ предоставления поддержки лечения.

- Выявление пациентов, которым регулярной поддержки будет недостаточно, и оказание им расширенной поддержки.
- Расширенная поддержка лучше всего предоставляется МК; назначенный кейс-менеджер направляет траекторию оказания расширенной поддержки и вовлекает различных членов МК по мере необходимости.

Конфиденциальность и расследование контактов:

- Кейс-менеджер поддерживает связь с пациентом, разъясняя важность и подробности расследования контактов, обеспечивая при этом конфиденциальность диагноза пациента и мотивируя пациента к сотрудничеству на основе права контактов на охрану здоровья.
- Обеспечение конфиденциальности на всех уровнях (НПО, МК, медицинское учреждение).
- Сообщение о нарушениях конфиденциальности через механизм мониторинга, проводимого на уровне сообщества.

Варианты предоставления лечения:

- Обеспечение различных вариантов предоставления лечения, включая, но не ограничиваясь следующими: DOT в поликлинике/ больнице, DOT в сообществе, ВСЛ, в том числе для ключевых групп населения. Наиболее подходящий вариант предоставления лечения и, в случае лечения под наблюдением, выбор поставщика лечения, должны быть обсуждены на начальном этапе с каждым новым пациентом с ТБ. С течением времени этот выбор можно пересмотреть.
- Введение тестирования и лечения по месту работы.

Оценка различных и гибких вариантов и возможностей предоставления лечения, в зависимости от страны и особенностей ключевых групп населения, для облегчения доступа к таким группам, как поденные рабочие, сезонные рабочие, бездомные и другие ключевые группы населения. Существуют успешные примеры гибкого предоставления DOT, например, работающие в Перу²⁰.

Консультирование и устранение самостигматизации:

- Предоставление бесплатной профессиональной психологической помощи пациентам с ТБ на всех этапах диагностики и лечения, включая онлайн-консультирование для жителей сельских/отдаленных районов или пациентов, чьи возможности обращаться к поставщику медицинских услуг ограничены иным образом.

- Проведение исследований для оценки уровней стигмы и дискриминации с разбивкой по полу и возрасту с целью анализа его влияния на диагностику и лечение, определение базового положения, показателей и мониторинг прогресса при проведении мероприятий.
- Привлечение НПО для организации групп самопомощи для пациентов с ТБ и их семей, обучение и привлечение равных консультантов и предоставление консультаций.

Роль поставщиков первичной медико-санитарной помощи

Оценки СПГ указывают на ключевую роль персонала ПМСП в ответных мерах по борьбе с ТБ и, в дополнение к уже упомянутой стигме, подчеркивают недостаток знаний у сотрудников ПМСП в отношении ТБ и инфекционного контроля, а также отсутствие мотивации, времени и навыков для работы с клиентами из ключевых групп населения. Следующие мероприятия могут помочь распределить нагрузку, связанную с ТБ в ПМСП, обеспечить более структурированное участие в кейс-менеджменте и поддерживать непрерывность лечения ТБ.

Участие в противотуберкулезной помощи:

- Вовлечению сотрудников ПМСП в оказание противотуберкулезной помощи должна предшествовать переподготовка, чтобы они могли распознавать ТБ и были в курсе текущих рекомендаций, диагностических возможностей, схем лечения, побочных эффектов и мер инфекционного контроля.
- В зависимости от организации противотуберкулезной помощи, ПМСП может занять хорошие позиции в качестве кейс-менеджеров или членов МК. Такое участие требует отбора и дополнительного обучения.

Направление на получение социальных услуг:

- Содействие диалогу между ПМСП и социальными службами для улучшения доступа людей с ТБ, особенно из ключевых групп населения, к социальным услугам, которые доступны и гарантированы законодательством страны (Грузия, Казахстан).

Гарантия занятости и право на труд

Согласно результатам оценки СПГ во всех странах, люди с ТБ чувствуют себя неуверенно в отношении трудовых прав: они либо потеряли работу, а если они трудоустроены, зачастую не знают, смогут ли они продолжать работать после возвращения из отпуска по болезни, как долго может длиться этот отпуск, и будет ли он оплачиваемым или неоплачиваемым на практике. Законодательство не всегда обеспечивает полную

защиту трудовых прав во время лечения ТБ (Украина), а ограничения (Кыргызстан) и несоответствия в законах или способ их применения на практике (Грузия, Украина) затрудняют поиск работы для бывших пациентов с ТБ после того, как они вылечились. Даже если законы существуют, на практике они могут не работать, и люди с ТБ, как правило, не обращаются за возмещением ущерба. Более длительное отсутствие в связи с лечением ЛУ-ТБ означает, что в определенный момент пациенты с ЛУ-ТБ прекращают получать выплаты по больничным листам и им необходимо подать заявление на установление (временной) нетрудоспособности для получения пособий по инвалидности. Шансы привлечь работодателей, особенно в частном секторе, к ответственности за увольнение пациента с ТБ невелики. Финансовая нестабильность в результате потери работы приводит к прерыванию лечения. Существует несколько рекомендаций по улучшению защиты трудовых прав людей с ТБ:

- Как это было сделано, например, в Казахстане, пересмотр устаревшего законодательства, ограничивающего трудовые права людей с ТБ, которые проходят эффективное лечение и не могут заразить других.
- Внесение поправок в законодательство, чтобы оно гарантировало сохранение места работы на весь период лечения от ТБ и обеспечение доступного и бесперебойного механизма предоставления средств к существованию людям с ТБ в период лечения.
- Пересмотр устаревшего законодательства, устанавливающего ограничения на работу для людей, которые в прошлом были больны ТБ и вылечились.
- Сделать систему предоставления лечения более гибкой и доступной, чтобы работоспособные люди с ТБ могли совмещать работу и лечение.
- Предоставление бесплатной юридической помощи в случаях трудовой дискриминации и нарушения трудовых прав.
- Информирование людей с ТБ о доступной социальной поддержке и помощь в прохождении бюрократических процедур.
- Наладить реабилитационные услуги, предоставляющиеся государственными организациями или НПО и, где необходимо, направлять вылеченных пациентов для получения реабилитационных услуг.

Специальная рекомендация для Таджикистана, но применимая к странам с высокой трудовой миграцией, заключалась в том, чтобы «изучить и внедрить на практике варианты последующего мониторинга после отъезда»¹¹ бывших пациентов с ТБ.

Активное выявление случаев среди сельской бедноты

Сельское население откладывает диагностику из-за удаленности диагностических учреждений, отсутствия средств на проезд, низкого уровня информированности о ТБ и

бедности (Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Украина). Обычное лечение DOT часто недоступно в сельских и отдаленных районах, и пациенты не получают поддержки в лечении. Им часто приходится платить из своего кармана (Кыргызстан). Сельское население представляет собой очень большую группу и заслуживает собственной стратегии, которая будет направлена на обеспечение доступности услуг, повышение их качества, улучшение поддержки лечения и обеспечение конфиденциальности. Такая стратегия может включать в себя:

- Разрушение мифов и борьба со стигмой со стороны работников здравоохранения, семьи, работодателей и тесного сельского сообщества.
- Облегчение доступа для женщин и мужчин и предотвращение ГН.
- Возможно использование мобильных аутрич-клиник, и в то же время обеспечение связи и интеграции мобильного аутрич с существующими учреждениями и структурами сообщества.
- Улучшение транспортировки мокроты (Таджикистан).
- Укрепление и использование существующих систем сообщества.
- Поиск подходящих альтернатив лечению DOT на базе учреждений, предоставление других услуг для усиления приверженности и снижения катастрофических затрат на ТБ.

Роль НПО

Во всех отчетах подчеркивалась необходимость вовлечения различных заинтересованных сторон, особенно НПО, и в частности тех, которые уже работают с ключевыми группами населения. По данным Глобального фонда, мероприятия, особенно мобилизующие и расширяющие возможности групп людей, затронутых ТБ, и групп сообщества, должны выходить за рамки предоставления услуг и поддерживаться укреплением систем сообществ²¹.

Необходимо подчеркнуть что привлечение НПО и сообществ к разработке национальных стратегий и планов ответных мер по борьбе с ТБ имеет решающее значение. Неправительственные и общественные организации должны представить свои идеи на основе своего опыта работы с ключевыми группами населения и являясь их представителями, а также обеспечить, чтобы программа основывалась на правах и учитывала гендерные аспекты. Впоследствии, чтобы была возможность следить за внедрением стратегии и помогать в этом, необходимо соответствующим образом обучать неправительственные структуры, например, в сфере кейс-менеджмента, междисциплинарного подхода, эффективного решения вопросов, связанных с правами человека и стигмой. Они должны получать поддерживающую супервизию со стороны национальных программ борьбы с ТБ для обеспечения качества услуг и двустороннего обмена знаниями.

Последним этапом подхода к пути излечения от ТБ, который используется в нескольких оценках СПГ (Грузия, Казахстан, Таджикистан), является последующее наблюдение после завершения человеком лечения ТБ. Этот этап не должен ограничиваться тем, чтобы побудить бывших пациентов прийти на несколько регулярных контрольных проверок для выявления повторных случаев: рецидивов или повторного инфицирования. Поддержка и реабилитация после лечения, о которых уже упоминалось выше, где НПО могут играть ведущую роль, может помочь бывшим пациентам реинтегрироваться, например, посредством помощи в поиске работы или начала самостоятельной деятельности для экономического восстановления; юридической помощи тем, кто был незаконно уволен или лишен работы из-за того, что у них был ТБ; помощи в получении пособий по инвалидности для тех, кто пострадал от побочных эффектов противотуберкулезного лечения; посредством юридической и психологической помощи женщинам, которые развелись и были лишены возможности видеть своих детей в результате заболевания ТБ. Для представителей ключевых групп населения из сообществ, где поведенческие и связанные с окружающими условиями риски ТБ остаются высокими, такие последующие меры могут помочь предотвратить повторное заражение, однако такие услуги в основном отсутствуют.

Поскольку полномочия структур гражданского общества выходят далеко за рамки предоставления услуг по борьбе с ТБ, они должны играть ведущую роль в мониторинге, проводимом сообществом, и адвокации прав человека. Эта функция надзора, так же как и предоставление услуг, должна быть подкреплена соответствующим финансированием.

Важное наблюдение, сделанное в ходе глубокой среднесрочной оценки «Расширение программ по устранению связанных с правами человека барьеров в сфере услуг по борьбе с ВИЧ и ТБ», проведенной в Украине в 2019–2020 годах, заключается в том, что слабый потенциал и недостаточный опыт гражданского общества, участвующего в ответных мерах по борьбе с ТБ, объясняет более медленный прогресс мероприятий в отношении ТБ и СПГ и «даже с увеличением средств на эти программы организации-исполнители быстро достигнут пределов своих возможностей»¹⁵. Некоторые из рекомендаций включают в себя:

- Обеспечение эффективного механизма социального заказа для НПО, чтобы получать доступ к финансированию.
- Нарращивание потенциала сотрудников НПО должно быть непрерывным, структурным и основываться на их потребностях в наращивании потенциала и прогнозируемых потребностях программы, в частности НПО надо оказать помощь, чтобы они могли:

- решать вопросы, связанные с правами человека и стигмой (Грузия, Кыргызстан, Украина);
- принимать участие в МК в качестве членов или менеджеров случаев, включая навыки консультирования, протоколы конфиденциальности, скрининг симптомов;
- возглавить проведение наблюдения после окончания лечения и реабилитационных услуг.
- Информирование пациентов с ТБ об их правах и, где это применимо, интеграция информации о ТБ в мероприятия «знай свои права» и «уличные юристы/помощники юристов» в рамках программ по ВИЧ.
- Создание «базы данных юристов, способных, со знанием и терпимостью, работать с ключевыми группами населения по ТБ»¹⁵ (Украина).
- Финансирование НПО для создания (Казахстан, Грузия) или, в случае Таджикистана, оживления и расширения мониторинга, проводимого сообществом. Такие инструменты мониторинга, проводимого сообществом, уже были впервые опробованы Партнерством «Остановить ТБ», а затем расширены Центром PAS/проект TB-REP 2.0 в Украине и внедрены в рамках проекта TB-REP 2.0 в Кыргызстане.
- Использование других существующих механизмов, таких как Национальный превентивный механизм в Украине для продолжения мониторинга доступа к медицинской помощи в тюрьмах и общественных консультативных советов представителей ключевых групп населения в Кыргызстане, для усиления подотчетности и повышения уровня принятия национальных решений с учетом мнения затронутых ТБ групп населения.
- Документирование нарушений прав человека в поддержку адвокации и представление результатов в (альтернативных) отчетах по соответствующим ратифицированным международным конвенциям.

Внедрение рекомендаций СПГ в национальные стратегические планы

Проведение оценки СПГ предшествовало разработке национальных стратегических планов только в Кыргызстане и Украине, и поэтому можно было бы ожидать, что ее результаты, полностью или частично, отражены в национальных стратегических приоритетах. В Кыргызстане две оценки СПГ были проведены в 2016 году, то есть в то время, когда они могли быть использованы в заявке на финансирование в Глобальный фонд, которая была подана в 2017 году.

Пример Кыргызстана

Национальная программа Кыргызской Республики «Туберкулез V» на 2017–2021 годы отдает приоритет работе с ключевыми группами населения, разработке ориентированной на пациента модели лечения и укреплению взаимодействия в гражданском обществе. В качестве ключевых групп населения Национальная программа признает детей младше 5 лет, людей, живущих с ВИЧ, людей с химической и алкогольной зависимостью, мигрантов, бездомных, людей, которые в прошлом находились в местах лишения свободы, медицинских работников и людей с хроническими заболеваниями. Она обращает внимание на необходимость разработки трансграничных механизмов выявления и лечения ТБ среди мигрантов. В Национальной программе выражена озабоченность по поводу качества противотуберкулезных услуг в учреждениях ПМСП и его влияния на приверженность к лечению²².

Вовлечение гражданского общества планируется проводить посредством предоставления противотуберкулезных услуг, таких как повышение осведомленности, укрепление мер профилактики и лечения ТБ, оказание психосоциальной поддержки и снижение стигмы и дискриминации среди ключевых групп населения, в том числе в сельской местности. Национальная программа предлагает социальную помощь пациентам и членам их семей. Тем не менее, в ней ничего не сказано о правах человека и гендерных аспектах. Рекомендации по СПГ, сделанные для пенитенциарной системы, не отражены в национальной программе.

В заявке на финансирование в 2018 годуⁱ, поддержанной Глобальным фондом, говорится, что рекомендации Группы технической оценки (ГТО) Глобального фонда по решению вопросов мигрантов, женщин, детей, контактов и работников здравоохранения

ⁱ <https://data.theglobalfund.org/investments/documents/KGZ/Tuberculosis,TB|HIV> по состоянию на 12 июня 2020 года.

были включены в обновленную Национальную стратегию. В заявке на финансирование также упоминается, что инновационные подходы, ориентированные на людей с ТБ, осуществляются посредством НПО, однако остаются проблемы, связанные с интеграцией услуг. В заявке на финансирование признаны результаты и выводы оценки по стигме. Она также направлена на улучшение услуг в сельской местности, привлечение НПО к мониторингу качества медицинских услуг и обещает провести информационно-разъяснительную работу с правительством для завершения работы над механизмом социального заказа.

Пример Украины

Национальная стратегия ответных мер по борьбе с ВИЧ/СПИДом, ТБ и вирусными гепатитами на период до 2030 года в значительной степени основана на правах человека и поддерживает принципы гендерного равенства. Несмотря на то, что в документе не указываются ключевые группы населения по ТБ, в нем признается, что ключевые группы населения в целом подвержены повышенному риску ТБ.

Стратегия отдает приоритет правам на охрану здоровья и недискриминации. В то время как украинские оценки СПГ сосредоточены на культурных барьерах и дискриминации по отношению к сообществу рома, в Национальной стратегии не указываются рома, но упоминается «устранение политических, правовых и культурных барьеров, которые ограничивают доступ к услугам или вызывают стигматизацию» и улучшение доступа к услугам для сельского населения²³. В стратегии признается важность устранения существующих расхождений в доступе к услугам «между городским и сельским населением и отдельными регионами», но, как и в случае с культурными барьерами, методы их устранения подробно не рассматриваются²³.

Украинская стратегия направлена на то, чтобы обеспечить соблюдение прав пациентов с ТБ во время и после лечения, в том числе «путем устранения стигмы и дискриминации». Тем не менее, по-прежнему отсутствуют конкретные рекомендации по защите права на труд и образование во время лечения туберкулеза, и, кроме того, нет упоминания о доступе к бесплатному юридическому консультированию для пациентов с ТБ или программ обучения пациентов «знай свои права»²³.

Рекомендации СПГ относительно недочетов в пенитенциарных системах, похоже, не отражены в стратегии, в то время как многие другие отражены. Они включают: «разработку нормативно-правовой базы для мониторинга нарушений прав человека»; «доступ к новым препаратам и современным более коротким схемам лечения ТБ»; внедрение эффективной модели амбулаторного лечения; оказание социальной и психологической поддержки; повышение осведомленности общественности о ТБ; введение «показателей для измерения гендерного неравенства и учета гендерной

проблематики при доступе к услугам»; обеспечение активного выявления случаев среди ключевых групп населения; и «развитие кадровых ресурсов общественного здравоохранения»²³.

Украинская национальная стратегия охватывает множество рекомендаций оценки СПГ, отражает важность гендерного и правозащитного подхода и признает недочеты в предоставлении противотуберкулезной помощи. Вполне вероятно, что предстоящий план реализации будет конкретным и будет основываться на выводах и рекомендациях СПГ для разработки мер по решению проблем ключевых групп населения, проблем, связанных с правами человека, стигмой и гендерными факторами.

Выводы

ВЕЦА является регионом, в котором происходит уход организаций-доноров по мере роста уровня доходов в отдельных странах. Общие результаты оценки СПГ во всех странах, включенных в этот анализ, показывают много случаев неравенства при доступе к противотуберкулезной помощи и дальнейшему ее получению, а также последствия ТБ, которые для некоторых групп населения являются катастрофическими.

Выводы и рекомендации СПГ медленно, но верно находят свое отражение в приоритетах стран и трансформируются в финансируемые мероприятия посредством предоставления информации для национальных стратегий и использования их для подачи заявок в Глобальный фонд. Процессы с участием многих заинтересованных сторон, которые происходили во всех странах, безусловно, полезны для достижения необходимого консенсуса между людьми с ТБ, НПО, государственными поставщиками услуг, министерствами здравоохранения, юстиции и надзорными структурами, такими как страновые координационные механизмы (СКМ). Консультации с участием многих заинтересованных сторон позволили оптимизировать усилия, а также дали возможность привлечь некоторые организации ключевых групп населения, которые ранее были не очень активны в сфере ТБ. Надеемся, что недавние оценки, проведенные в Грузии, Казахстане и Таджикистане будут использованы заинтересованными сторонами внутри страны, гражданским обществом и активистами, вовлеченными в диалоги, происходящие в странах, в качестве обоснования проведения дискуссий и что рекомендации будут воплощены в мероприятия и бюджеты.

В то время как нет единого решения, которое подходит для всех контекстов, то, **как** осуществляются вмешательства, довольно универсально. Рекомендации этого обзора лучше всего воплощать:

- Посредством координации со многими заинтересованными сторонами,
- Посредством инклюзивных консультаций с ключевыми группами населения,
- Посредством мониторинга и надзора со стороны сообщества и
- Создания благоприятных условий для участия сообществ в ответных мерах по борьбе с ТБ.

Чрезвычайно важно, чтобы предстоящие мероприятия по национальному стратегическому планированию осуществлялись при значимом вовлечении ключевых групп населения. Оценки СПГ, которые можно запрограммировать как часть заявки на финансирование Глобального фонда, помогут получить информацию для стратегического планирования и обоснования программы. Внешние обзоры программ наряду с уже

известным подходом к адвокации, коммуникации и социальной мобилизации должны изучить, насколько стратегии и мероприятия стран основаны на правах человека и учитывают гендерные аспекты и обеспечивают ли они равенство, то есть не оставляют без внимания никого. Страновые диалоги, которые не прекращаются после подачи заявки на финансирование в Глобальный фонд, должны стать форумом для обсуждения результатов мониторинга основанного на сообществах, вовлечения ключевых групп населения в управление, в том числе через СКМ, и про-активного сотрудничества между гражданским обществом и национальными программами по борьбе с ТБ.

После проведения первой глобальной министерской конференции ВОЗ по ТБ в 2017 году и резолюции Генеральной Ассамблеи ООН 2018 года, ВОЗ в сотрудничестве с партнерами разработала многосекторальный механизм подотчетности (ММП) для «ускорения прогресса в ликвидации туберкулеза с учетом национального контекста, законов, нормативных актов и обстоятельств»²⁴. Эта система поддерживает цели устойчивого развития, связанные с ТБ, и Стратегию ВОЗ по ликвидации ТБ, и среди прочих мероприятий упоминает защиту и продвижение прав человека, этики и справедливости, а также привлечение гражданского общества и затронутых сообществ. На региональном уровне ВЕЦА всем заинтересованным сторонам рекомендуется взаимодействовать с ВОЗ для определения исходных условий и мониторинга прогресса в борьбе со стигмой и дискриминацией, устранении барьеров в области прав человека и создании программ по борьбе с ТБ с учетом гендерных факторов.

Ссылки на ресурсы

1. Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the fight against tuberculosis [Internet]. UN General Assembly; 2018. Available from: https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/3
2. Declaration of the Rights of People Affected by Tuberculosis [Internet]. Stop TB Partnership and TB People; 2019. Available from: <http://www.stoptb.org/assets/documents/communities/Declaration%20of%20the%20rights%20of%20people%20affected%20by%20TB%20-%20A5%20english%20version.pdf>
3. Assessing Barriers to TB Services. Investment Package Community, Rights & Gender. Stop TB Partnership; 2020.
4. Mok P, Turusbekova N, Johnston L. Data for Action for Tuberculosis Key, Vulnerable and Underserved Populations. Stop TB Partnership; 2017.
5. Assessment of CRG barriers for TB high-risk groups in Georgia. Tbilisi, Georgia: New Vector; 2020.
6. The complex plan for tuberculosis control in Kazakhstan 2014-2020. 2013.
7. Оценка барьеров, касающихся правовой среды, гендера, стигмы и прав человека для ключевых групп населения в ответных мерах по туберкулезу в городе Алматы и Алматинской области. Almaty, Kazakhstan: Kazakhstan Union of PLHIV; 2020.
8. Burrows D, Bolotbaeva A, Sydykanov B. Baseline assessment - Kyrgyzstan. Scaling up Programs to Reduce Human Rights Related Barriers to HIV and TB Services. The Global Fund; 2018.
9. Sokolowski S. Tuberculosis Gender Assessment in Kyrgyzstan. Stop TB Partnership; 2016.
10. Turusbekova N. Legal Review. Tuberculosis in Kyrgyzstan. Stop TB Partnership; 2016.
11. Abdullaev T, Golichenko M, Saidova N, Stuikyte R, Shonning S, Ziyoeva S. Legal, gender, and stigma barriers to TB services in Tajikistan. 2020.
12. Mirzoev A, Lucenko I, Pirov K, Dustmatova Z, Akhmedov A, Nabirova D, et al. A Countrywide Assessment Of Tuberculosis Among Health-Care Workers In Tuberculosis Health-Care Facilities In Tajikistan, 2009–2014. Public Health Panorama. 2016 Mar;2(1):1–116.

13. Latypov A. Республика Таджикистан: Анализ устойчивости программ поддерживающей терапии агонистами опиоидов в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию. 2020.
14. Chorna Y, Kiriazova T, Makarenko O, Masiuk L, Rabinova V. Communities, rights and gender tb tools assessments in Ukraine. ICF «Alliance for Public Health»; 2017.
15. Burrows D, Kondratyuk S, Dvonkovska O. Baseline Assessment - Ukraine. Scaling up Programs to Reduce Human Rights Related Barriers to HIV and TB Services. The Global Fund; 2018.
16. Spivak N, Kondratyuk S, Demchenko K, Abdulayev T, Lukyanova N, Denysova K. Report on the legal environment assessment for TB in Ukraine. United Nations Development Programme, Stop TB Partnership; 2018.
17. TB Treatment & Pregnancy [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention; 2016 [cited 2020 Jul 12]. Available from: <https://www.cdc.gov/tb/topic/treatment/pregnancy.htm>
18. WHO consolidated guidelines on drug-resistant tuberculosis treatment. WHO; 2019.
19. WHO Operational Handbook on Tuberculosis, Module 4: Treatment - Drug-Resistant Tuberculosis Treatment. WHO; 2020.
20. Shin S, Furin J, Bayona J, Mate K, Kim JY, Farmer P. Community-based treatment of multidrug-resistant tuberculosis in Lima, Peru: 7 years of experience. Soc Sci Med. 2004 Oct;59(7):1529–39.
21. Technical Brief Tuberculosis, Gender and Human Rights. The Global Fund; 2020.
22. Туберкулез-V, 2019-2021. Government of the Kyrgyz Republic; 2017.
23. The National Strategy on HIV/AIDS, Tuberculosis and Viral Hepatitis Response for the period until 2030. Cabinet of Ministers of Ukraine; 2019.
24. World Health Organization. Multisectoral accountability framework to accelerate progress to end tuberculosis by 2030 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331934>
25. WHO Quick guide to video-supported treatment of tuberculosis. World Health Organization; 2020. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/publications/2020/quick-guide-to-video-supported-treatment-of-tuberculosis-2020>

