



АУДИТОРСКИЙ ОТЧЕТ

# Поддерживаемые Глобальным фондом программы по ТБ/МЛУ-ТБ в Восточной Европе и Центральной Азии – обзор по Узбекистану, Кыргызстану и Таджикистану

---

GF-OIG-22-13  
26 августа 2022 г.  
Женева, Швейцария

 **ГЛОБАЛЬНЫЙ ФОНД**  
Офис Генерального инспектора

# Что такое Офис Генерального инспектора?

Офис Генерального инспектора (ОГИ) защищает активы, инвестиции, репутацию и устойчивость Глобального фонда, обеспечивая осуществление Глобальным фондом правильных действий в целях достижения победы над СПИДом, туберкулезом (ТБ) и малярией. Проводя аудиторские проверки, расследования и предоставляя консультационные услуги, Офис Генерального инспектора способствует внедрению передовой практики, снижает риски, а также публикует полную и прозрачную отчетность о расследовании злоупотреблений.

ОГИ является независимой и в то же время неотъемлемой частью Глобального фонда. Он подотчетен Правлению через Комитет по аудиту и этике и служит интересам всех партнеров Глобального фонда.

➤ Электронный адрес:  
[hotline@theglobalfund.org](mailto:hotline@theglobalfund.org);

➤ Бесплатная телефонная служба  
для информирования о нарушениях:  
**+41 704 541 6918**

Служба работает на английском, французском,  
испанском, русском, китайском  
и арабском языках

➤ Телефонное сообщение — голосовая почта работает круглосуточно:  
**+41 22 341 5258**



## Содержание

1. Резюме	3
2. История вопроса и контекст	7
3. Краткий обзор рисков и эффективности портфолио	10
4. Выводы	11

# 1. Резюме

---

## 1.1 Комментарий

Девять стран региона Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) входят в число 30 стран с самым высоким в мире бременем туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ). В этом регионе МЛУ-ТБ ежегодно заболевают около 70 000 человек. В трех рассматриваемых странах (Кыргызстан, Таджикистан и Узбекистан) отмечается высокий показатель успешности лечения туберкулеза (81–91%)<sup>1</sup>, при этом более 38%<sup>2,3</sup> случаев туберкулеза с лекарственной устойчивостью приходится на ранее лечившихся пациентов.

Секретариат Глобального фонда подготовил региональную стратегию для стран ВЕЦА, направленную на ускорение и поддержание прогресса, достигнутого в борьбе с туберкулезом. Однако затруднения в реализации основных частей стратегии, недостаточная дифференциация целевых портфолио, медлительность мер по снижению влияния COVID-19 на программы по туберкулезу и последствия ввода российских войск в Украину — все это может помешать достижению намеченного воздействия грантов. Подход Глобального фонда к реализации своей стратегии в регионе ВЕЦА оценивается как **частично эффективный**.

Заболеваемость туберкулезом и смертность от него снизились в рассматриваемых странах, по оценкам, в течение 2015–2020 гг. на 7% и 9% соответственно. Это снижение сопровождалось существенными и важными инновациями в борьбе с туберкулезом. Показатели регистрации случаев МЛУ-ТБ по-прежнему сохраняются на низком уровне. Ограниченное активное выявление случаев заболевания в уязвимых группах населения, недостаточное количество диагностических и лабораторных услуг и неэффективное управление данными не позволяют странам выявлять больше случаев МЛУ-ТБ. Реализация грантовых мероприятий для обеспечения эффективного выявления случаев МЛУ-ТБ оценивается как **частично эффективная**.

Показатели успешности лечения МЛУ-ТБ возросли. Позднее начало лечения и отсутствие электронных реестров в ряде стран способствуют выбытию пациентов из системы врачебного наблюдения до начала лечения. Нехватка препаратов для купирования побочных эффектов при лечении МЛУ-ТБ и медленный переход на амбулаторное лечение способствуют выбытию пациентов из системы врачебного наблюдения после начала лечения. Реализация грантовых мероприятий для обеспечения эффективного охвата и лечения пациентов с МЛУ-ТБ оценивается как **частично эффективная**.

## 1.2 Основные достижения и передовая практика

### **Глобальный фонд разработал стратегический план и определил приоритеты для региона ВЕЦА**

В целях ускорения и поддержания прогресса, достигнутого в снижении бремени трех заболеваний, региональная группа по работе со странами ВЕЦА в Секретариате подготовила региональную стратегию в течение цикла финансирования 2020–2022 гг., которая включает специальные стратегические приоритеты в отношении туберкулеза и МЛУ-ТБ. Чтобы более четко согласовать усилия и избежать дублирования, стратегия

---

<sup>1</sup> Отчеты о реализации программ/ запрос на выплату средств по состоянию на декабрь 2020 г.

<sup>2</sup> [Доклад ВОЗ о глобальной борьбе с туберкулезом, 2021 г.](#)

<sup>3</sup> МЛУ-ТБ среди ранее лечившихся в Узбекистане, Таджикистане и Кыргызстане пациентов составляет 38,4%, 43,2% и 60% соответственно.

была разработана на основе консультаций с ключевыми заинтересованными сторонами и партнерами. Приоритеты стратегии по борьбе с туберкулезом были тщательно отработаны и увязаны с региональными проблемами, а национальные гранты в Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане в значительной мере согласованы со стратегическими приоритетами стран ВЕЦА.

### **Снижение заболеваемости туберкулезом и повышение эффективности лечения способствовали сокращению смертности от туберкулеза**

Уровень заболеваемости туберкулезом в рассматриваемых странах снизился, по оценкам, в среднем на 7,2% в период с 2012 по 2020 г., в то время как число случаев смерти от туберкулеза уменьшилось, по оценкам, на 29%<sup>4</sup> за этот же период<sup>5</sup>. Национальные стратегические планы рассматриваемых стран основаны на рекомендациях Всемирной организации здравоохранения; например, использовать молекулярную экспресс-диагностику (наиболее распространенной является технология GeneXpert) в качестве первоначального теста для диагностики туберкулеза. Увеличилось количество приборов GeneXpert, и расширился охват тестированием. Одиннадцать из пятнадцати стран региона ВЕЦА<sup>6</sup> приступили к экспериментальному внедрению модифицированного полностью перорального короткого режима лечения МЛУ-ТБ (mSTR) и короткого режима лечения туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) ВРА<sup>7</sup>. Ожидается, что эти схемы лечения позволят сократить число случаев безуспешного лечения и случаев потери пациентов для последующего наблюдения и повысят показатели успешности лечения.

### **Повышение приверженности правительств борьбе с туберкулезом**

Национальное финансирование увеличилось в диапазоне от 30% до 120%, в зависимости от страны, между периодами доступа к выделенным ресурсам в 2017–2019 и 2020–2022 гг. со значительными новыми государственными инвестициями в обеспечение препаратами первой линии (ППЛ) и реагентами для микроскопии. Таджикистан планирует участвовать в финансировании закупки 10% и 15% препаратов второй линии (ПВЛ) в 2022 и 2023 гг. соответственно. Подобным образом Узбекистан участвовал в финансировании закупки приблизительно 20% ПВЛ в 2020 г. и планирует увеличить эту цифру, чтобы охватить 60% ПВЛ в 2024 г. Кыргызстан первоначально профинансировал 15% необходимых закупок в 2021 г. и планирует увеличить свою долю до 17% в 2022 г. и до 20% в 2023 г.

## **1.3 Ключевые проблемы и риски**

### **Для обеспечения воздействия грантов необходимо улучшить контроль за выполнением стратегических приоритетов Глобального фонда в странах ВЕЦА**

Ввиду ограниченности средств, имеющихся в распоряжении региона, приоритет отдается закупке лекарств от МЛУ-ТБ и диагностического оборудования. Для осуществления закупок в рассматриваемых странах используются приблизительно 60–90% грантовых средств. В результате некоторые важные стратегические мероприятия, такие как оценка и укрепление потенциала лабораторий, расширение систем транспортировки образцов, активное выявление случаев заболевания и участие гражданского общества в осуществлении региональной стратегии для стран ВЕЦА, не включены в страновые гранты и имеют ограниченное финансирование со стороны правительств и других партнеров в области развития, что мешает достижению намеченного воздействия программ. Определенного плана реализации стратегических приоритетов и стратегических мероприятий, не финансируемых Глобальным фондом, не существует, и эти мероприятия не контролируются Секретариатом на систематической основе.

---

<sup>4</sup> В Кыргызстане смертность от туберкулеза снизилась с 12 случаев на 100 тыс. населения в 2012 г. до 5,8 случая на 100 тыс. населения в 2020 г., в Таджикистане она осталась на прежнем уровне — 10 случаев на 100 тыс. населения, а в Узбекистане снизилась с 5,2 случая на 100 тыс. населения до 4 случаев на 100 тыс. населения.

<sup>5</sup> [WHO TB Burden Estimates data extract](#) (по состоянию на 25 апреля 2022 г.)

<sup>6</sup> Одиннадцать стран: Армения, Азербайджан, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Таджикистан, Туркменистан, Украина и Узбекистан (Источник: Стратегическая инициатива по ускоренному внедрению инноваций на 2021–2023 гг.).

<sup>7</sup> Экспериментальная схема ВРА (включающая бедаквалин, претоманид и линезолид) для лечения туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) и туберкулеза с лекарственной непереносимостью или множественной лекарственной устойчивостью в целях излечения.

Регион ВЕЦА включает в основном<sup>8</sup> целевые портфолио/ целевые страны (14 из 15)<sup>9</sup>. В соответствии с принятой в Глобальном фонде системой категоризации портфолио грантов целевые страны получают меньшие объемы выделенного финансирования и менее эффективную поддержку. Однако, несмотря на высокое бремя МЛУ-ТБ в регионе<sup>10</sup>, Глобальный фонд в недостаточной степени дифференцировал свой подход при определении поддержки, которую получает регион. Регион получил также ограниченную поддержку в рамках специальных инициатив Глобального фонда. Официальной оценки риска МЛУ-ТБ в регионе не проводится, несмотря на высокое бремя заболевания. Используемый в организации реестр рисков ориентирован главным образом на выявление незарегистрированных случаев туберкулеза в рамках 20 портфолио высокого воздействия и базовых портфолио<sup>11</sup>. Хотя пандемия COVID-19 оказала значительное влияние на программы, рассматриваемые страны с опозданием приступили к разработке планов по наверстыванию упущенного в связи с COVID-19.

Вод российских войск в Украину, также, несомненно, повлияет на регион, создавая высокий риск дальнейшего распространения туберкулеза и МЛУ-ТБ и появления других более широких последствий, таких как экономическая нестабильность и проблемы с цепочками поставок. Планы действий в ответ на сложившуюся ситуацию еще предстоит разработать.

### **Необходимо улучшить выявление случаев МЛУ-ТБ**

Несмотря на достигнутый прогресс и высокий показатель успешности лечения туберкулеза (81–91%), в рассматриваемых странах и во всем регионе сохраняется высокое бремя МЛУ-ТБ. Хотя число случаев туберкулеза с положительным результатом исследования мазка мокроты среди ключевых и уязвимых к туберкулезу групп населения<sup>12</sup> растет, активные мероприятия по выявлению случаев заболевания в трех рассматриваемых странах носят ограниченный характер. Показатели использования систем GeneXpert в странах снижаются начиная с 2018 г. Это происходит главным образом из-за несоблюдения врачами алгоритма диагностики туберкулеза, недостаточного технического обслуживания и калибровки аппаратов GeneXpert, а также проблем со сбором и транспортировкой проб мокроты.

### **Необходимо расширить охват пациентов лечением и устранить пробелы в лечении**

Средний показатель успешности лечения МЛУ-ТБ в трех странах увеличился с 57% в 2017 г. до 66% в 2020 г.<sup>13</sup> Клиническое руководство по лечению МЛУ-ТБ было обновлено в 2020 г. и соответствует текущим рекомендациям ВОЗ. Не было получено никаких данных о нехватке лекарственных средств первой или второй линии в период с 2019 по 2021 г. Несмотря на эти достижения, на успешность лечения сказываются позднее начало лечения, потеря значительно числа пациентов для последующего наблюдения (ПППН) и медленный переход к амбулаторному лечению. Нехватка препаратов для купирования побочных эффектов лечения МЛУ-ТБ в Таджикистане и Кыргызстане способствует увеличению числа случаев ПППН. В среднесрочном докладе об осуществлении инициативы по преодолению барьеров<sup>14</sup> за 2021 г. в качестве дополнительного фактора, способствующего позднему началу лечения и снижению показателей успешности лечения, указывается стигматизация.

---

<sup>8</sup> В соответствии с дифференцированным подходом Глобального фонда страны классифицируются на страны с высоким уровнем воздействия, базовые страны и целевые страны. Целевые страны имеют меньшие по объему портфолио, в них отмечается более низкое бремя болезней и более низкий риск, связанный с выполнением стратегических задач.

<sup>9</sup> По терминологии Глобального фонда «целевые» портфолио — это небольшие по объему портфолио с высоким уровнем воздействия, в отличие от «базовых» портфолио и портфолио «с высоким уровнем воздействия».

<sup>10</sup> [WHO Global List of high-burden countries for TB, HIV-associated TB and drug-resistant TB \(по состоянию на 28 марта 2022 г.\)](#).

<sup>11</sup> GF/AFC18/07\_Risk Report and Chief Risk Officer Annual Opinion, March 2022.

<sup>12</sup> Бывшие заключенные, мигранты, ЛЖВ, лица с зависимостью.

<sup>13</sup> База данных ВОЗ по МЛУ-ТБ для Кыргызстана, Таджикистана и Узбекистана.

<sup>14</sup> Инициатива Глобального фонда по преодолению барьеров обеспечивает странам интенсивную поддержку в целях расширения масштабов научно обоснованных программ по снижению барьеров, связанных с правами человека, для получения услуг в связи с ВИЧ, туберкулезом и малярией.

## 1.4 Задачи, рейтинговые оценки и сфера охвата

Общая цель аудита заключается в том, чтобы предоставить Правлению Глобального фонда достаточные гарантии в отношении поддерживаемых Глобальным фондом программ по борьбе с туберкулезом/ МЛУ-ТБ в странах ВЕЦА с особым вниманием на Кыргызстан, Таджикистан и Узбекистан. В частности, в ходе аудита была проведена оценка адекватности, эффективности и результативности целей, указанных в таблице ниже.

Задача	Рейтинговая оценка	Сфера охвата
Подход Глобального фонда к реализации своей стратегии для региона ВЕЦА, включая разработку грантов для выбранных стран в целях достижения целей стратегии.	Частично эффективно	Аудит охватывал основных реципиентов и национальных исполнителей поддерживаемых Глобальным фондом программ по туберкулезу в Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане.
Реализация грантовых мероприятий для обеспечения эффективного выявления случаев МЛУ-ТБ.	Частично эффективно	Аудит охватывал гранты по туберкулезу в трех странах в период с 1 января 2019 г. по 31 декабря 2021 г., а также разработку будущих условий реализации грантов по туберкулезу. Была также проанализирована эффективность грантов в рамках механизма С19RM по смягчению воздействия на программы по туберкулезу/МЛУ-ТБ с точки зрения выявления случаев заболевания, охвата пациентов и лечения.
Реализация грантовых мероприятий для обеспечения эффективного охвата и лечения пациентов с МЛУ-ТБ.	Частично эффективно	

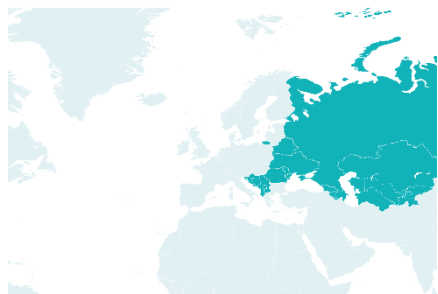
Офис Генерального инспектора провел аудиторскую проверку 24 медицинских учреждений в Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане. При необходимости применялись методы и технологии дистанционного аудита.

### Исключение из сферы охвата

Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций приняла ряд резолюций и правил, которые создают механизм, известный как «Принцип единой ревизии». В соответствии с этим механизмом Организация Объединенных Наций и ее вспомогательные органы не дают согласия на доступ третьих сторон к их книгам и записям. Поэтому все аудиторские проверки и расследования проводятся собственными надзорными органами ООН. Правление Глобального фонда и его комитеты приняли во внимание эти гарантии в отношении средств, управляемых Программой развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) и другими вспомогательными органами Организации Объединенных Наций (ООН), и полагаются на гарантии, предоставляемые этими надзорными органами ООН. По этой причине ОГИ не проводил ревизию расходов ПРООН. Подробную информацию о классификации рейтинговых оценок по результатам аудиторской проверки можно найти в приложении А.

## 2. История вопроса и контекст

### 2.1 Общий контекст



Регион Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) Глобального фонда включает семнадцать стран<sup>15</sup>, из которых четыре относятся к странам с уровнем дохода ниже среднего и тринадцать — к странам с уровнем дохода выше среднего<sup>16</sup>. Для целей настоящего аудита были выбраны три страны (Кыргызстан, Таджикистан и Узбекистан).

Национальные правительства являются основными инвесторами национальных программ борьбы с туберкулезом в этих трех странах, обеспечивая от 40% до 80% финансирования, за ними следует Глобальный фонд (11–24%)<sup>17</sup>. Они также определяют политику, в то время как органы власти на районном и областном уровнях отвечают за реализацию мероприятий, располагая отдельными бюджетами.

Эти три страны имеют одни из самых высоких показателей заболеваемости туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) в мире. Из 30 стран с высоким бременем МЛУ-ТБ на них в совокупности приходится 2% глобального бремени МЛУ-ТБ. На девять стран региона ВЕЦА, включенных в список ВОЗ из 30 стран, приходится 16% глобального бремени МЛУ-ТБ.

Данные по странам <sup>18</sup>	Кыргызстан	Таджикистан	Узбекистан
Население	6,6 миллиона	9,5 миллиона	34,2 миллиона
ВВП на душу населения	1173 долл. США (2020 г.)	859 долл. США (2020 г.)	1750 долл. США (2020 г.)
Индекс восприятия коррупции, разрабатываемый организацией «Трансперенси интернешнл»	144/180 (2021 г.)	150/180 (2021 г.)	140/180 (2021 г.)
Индекс развития человеческого потенциала ПРООН	120/189 (2020 г.)	125/189 (2020 г.)	106/189 (2020 г.)
Расходы на здравоохранение (% от ВВП)	4,5% (2019 г.)	7,1% (2019 г.)	5,6% (2019 г.)

<sup>15</sup> Армения, Азербайджан, Албания, Беларусь, Грузия, Казахстан, Косово, Кыргызстан, Молдова, Черногория, Румыния, Сербия, Таджикистан, Туркменистан, Украина, Россия и Узбекистан.

<sup>16</sup> [The World by Income and Region – The World Bank 2020](#).

<sup>17</sup> Таблица условий финансирования — Запрос на финансирование в рамках НМФЗ.

<sup>18</sup> Источники: [World Bank Population Data](#); [World Bank GDP per capita](#); [TI Corruption Perception Index](#); [UNDP Human Development Index 2020](#); [World Bank Health Expenditure \(% of GDP\)](#) (по состоянию на 28 марта 2022 г.).

## 2.2 Ситуация, обусловленная COVID-19

Страны региона ВЕЦА оперативно приняли меры в ответ на пандемию, введя на всей территории карантинные ограничения и приняв комплексные меры в области общественного здравоохранения для обеспечения непрерывного предоставления основных медицинских услуг<sup>19</sup>. Запреты и ограничения на передвижение не позволяли больным туберкулезом обращаться за медицинской помощью, что повлияло на скрининговые мероприятия. Нехватка персонала в больницах из-за наплыва пациентов с COVID-19, нуждающихся в медицинской помощи, и заболевание персонала больниц негативно сказались на оказании противотуберкулезной помощи. Медицинские работники имели ограниченные возможности для проведения скрининга на туберкулез. Больничные койки были перепрофилированы с лечения туберкулеза на лечение COVID-19.

### Статистика по COVID-19 (28 марта 2022 г.)

Общее число случаев

- КГЗ: 200 892
- ТДЖ: 17 388
- УЗБ: 237 679

Случаи выздоровления

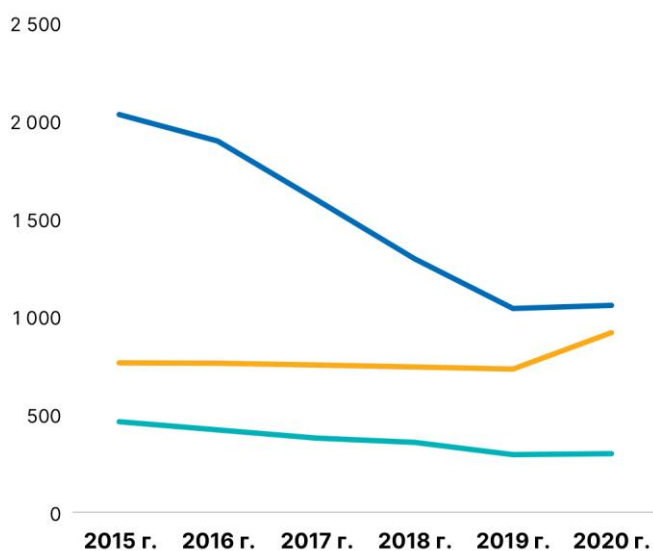
- КГЗ: 196 181
- ТДЖ: 17 264
- УЗБ: 235 501

Случаи смерти

- КГЗ: 2985
- ТДЖ: 124

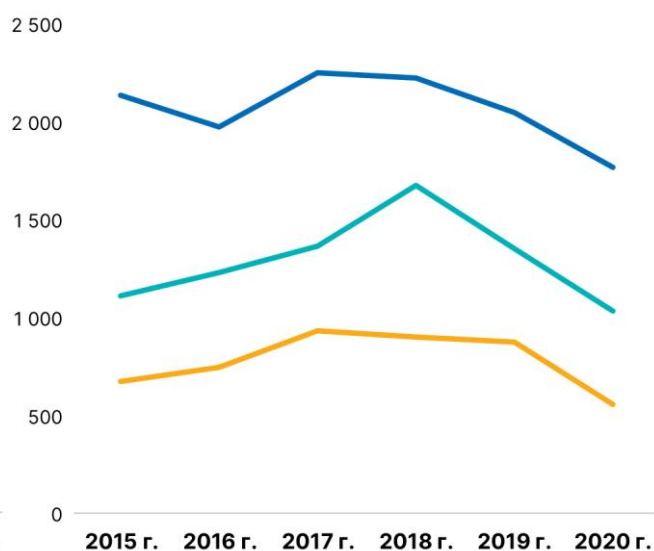
Вышеперечисленные факторы значительно повлияли на осуществление программ, особенно на доступ к диагностике и лечению туберкулеза и МЛУ-ТБ, как показано на диаграмме 1. Хотя в связи с COVID-19 число случаев госпитализации пациентов с МЛУ-ТБ сократилось, пандемия способствовала переводу многих туберкулезных больных на амбулаторное лечение.

Число случаев смерти от туберкулеза, по оценкам (все формы, исключая ВИЧ)



- Узбекистан
- Таджикистан
- Кыргызстан

Число лабораторно подтвержденных случаев РУ ТБ или выявленных случаев МЛУ ТБ



- Узбекистан
- Таджикистан
- Кыргызстан

<sup>19</sup> University of Oxford [Our world in data](#) (по состоянию на 28 марта 2022 г.).



## 2.3 Гранты Глобального фонда в регионе ВЕЦА

В период с 2002 г. Глобальный фонд выделил на программы по ВИЧ, туберкулезу и малярии в Восточной Европе и Центральной Азии (ВЕЦА) 2,5 млрд долл. США, из которых 925 млн долл. США были направлены на программы по туберкулезу. После успешного пополнения ресурсов в 2019 г. объем средств, выделенных для региона ВЕЦА в текущем цикле использования выделенных ресурсов в рамках НМФЗ (2020–2022 гг.), увеличился на 12% (336 млн долл. США). Полную информацию о грантах в странах региона ВЕЦА можно найти в публикации [the Global Fund's Data Explorer](#). В ходе данного аудита были рассмотрены гранты Глобального фонда по туберкулезу в Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане.

Страна	Средства, выплаченные с 2003 г. на программы по туберкулезу и ВИЧ (долл. США)	Средства, выплаченные с 2003 г. на программы по туберкулезу (долл. США)	Средства, выплаченные на программы по ТБ/ВИЧ на 2020–2022 гг. (долл. США)
Кыргызстан	168 735 777	38 182 465	19 057 796
Таджикистан	101 825 751	85 238 751	16 587 248
Узбекистан	204 687 641	97 890 421	13 660 331
<b>Всего</b>	<b>475 249 169</b>	<b>221 311 637</b>	<b>49 305 375</b>

Источник: данные Глобального фонда

Объем средств, выделенных Глобальным фондом для Узбекистана, Таджикистана и Кыргызстана, увеличился на 37%, 11% и 17% соответственно по сравнению с предыдущим и текущим циклами использования выделенных ресурсов. В текущем цикле все три страны объединили гранты по туберкулезу и ВИЧ. Кыргызстан и Таджикистан реализуют свои гранты через ПРООН. Узбекистан реализует свой комбинированный грант по ТБ/ВИЧ через государственную организацию — Республиканский центр по борьбе со СПИДом. Глобальный фонд поддерживает мероприятия в этих трех странах только по ВИЧ и туберкулезу.



МЛУ-ТБ среди новых пациентов, 2020 г.

**24.2 → 39.5%**

Таджикистан	24.2%
Молдова	26%
Кыргызстан	28.3%
Украина	28.6%
Казахстан	36.2%
Российская Федерация	36.3%
Беларусь	39.5%

Источник: Стратегия Глобального фонда для региона ВЕЦА на 2020–2022 гг. и Доклад ВОЗ о глобальной борьбе с туберкулезом, 2020 г.



МЛУ-ТБ среди ранее лечившихся пациентов, 2020 г.

**38.4 → 74.5%**

Узбекистан	38.4%
Украина	41.3%
Таджикистан	43.2%
Казахстан	49.7%
Армения	50%
Молдова	53%
Кыргызстан	54%
Российская Федерация	68.4%
Беларусь	74.5%

Источник: Стратегия Глобального фонда для региона ВЕЦА на 2020–2022 гг. и Доклад ВОЗ о глобальной борьбе с туберкулезом, 2020 г.



МЛУ-ТБ среди новых пациентов, 2020 г.

**10.7 – 39.5%**

Грузия	10.7%
Азербайджан	12%
Армения	14.1%
Узбекистан	18.3%
Таджикистан	24.2%
Молдова	26%
Кыргызстан	28.3%
Украина	28.6%
Казахстан	36.2%
Российская Федерация	36.3%
Беларусь	39.5%

Источник: Стратегия Глобального фонда для региона ВЕЦА на 2020–2022 гг. и Доклад ВОЗ о глобальной борьбе с туберкулезом, 2020 г.



МЛУ-ТБ среди ранее лечившихся пациентов, 2020 г.

**24.4 – 74.5%**

Азербайджан	24.4%
Грузия	26.5%
Узбекистан	38.4%
Украина	41.3%
Таджикистан	43.2%
Казахстан	49.7%
Армения	50%
Молдова	53%
Кыргызстан	54%
Российская Федерация	68.4%
Беларусь	74.5%

Источник: Стратегия Глобального фонда для региона ВЕЦА на 2020–2022 гг. и Доклад ВОЗ о глобальной борьбе с туберкулезом, 2020 г.

## 3. Краткий обзор рисков и эффективности портфолио

### 3.1 Эффективность портфолио грантов

Исторически сложилось так, что гранты Глобального фонда в трех отобранных странах демонстрировали хорошие показатели в сравнении с целевыми индикаторами, как показано ниже. Однако COVID-19 негативно повлиял на показатели эффективности грантов в 2020 г.

#### КЫРГЫЗСТАН

Номер гранта	Основной реципиент	Период действия гранта	Сумма подписанного гранта (долл. США)	Общая сумма бюджета (долл. США)	Выплаченная сумма (долл. США)	Доля (%) абсолютной величины после подписания гранта	Расходы	Доля (%) абсолютной величины	Рейтинговые оценки гранта					
									Дек. 18	Июнь 19	Дек. 19	Июнь 20	Дек. 20	
НМФ2	KGZ-C-UNDP	Республиканский центр борьбы с туберкулезом	1 июля 18 – 31 дек. 20	23,604,255	26,019,855	23,361,929	99%	25,016,543	96%	A1	A2	A2	B1	B1
										Дек. 21	Дек. 22	Дек. 23		
НМФ3	KGZ-C-UNDP	ПРООН	1 июля 21 – 31 дек. 23	34,061,297	34,061,297	19,107,796	56%	5,717,772	17%	Еще не определено				

#### ТАДЖИКИСТАН

Номер гранта	Основной реципиент	Период действия гранта	Сумма подписанного гранта (долл. США)	Общая сумма бюджета (долл. США)	Выплаченная сумма (долл. США)	Доля (%) абсолютной величины после подписания гранта	Расходы	Доля (%) абсолютной величины	Рейтинговые оценки гранта					
									Дек. 18	Июнь 19	Дек. 19	Июнь 20	Дек. 20	
НМФ2	TJK-T-RCTC	Республиканский центр борьбы с туберкулезом	1 июля 18 – 31 дек. 20	10,389,400	11,172,359	9,453,867	85%	9,559,864	86%	A2	A2	B1	B1	B2
										Дек. 21	Дек. 22	Дек. 23		
НМФ3	TJK-C-UNDP	ПРООН	1 июля 21 – 31 дек. 23	29,358,198	29,358,198	16,587,248	56%	3,261,154	11%	Еще не определено				

#### УЗБЕКИСТАН

Номер гранта	Основной реципиент	Период действия гранта	Сумма подписанного гранта (долл. США)	Общая сумма бюджета (долл. США)	Выплаченная сумма (долл. США)	Доля (%) абсолютной величины после подписания гранта	Расходы	Доля (%) абсолютной величины	Рейтинговые оценки гранта					
									Дек. 18	Июнь 19	Дек. 19	Июнь 20	Дек. 20	
НМФ2	UZB-T-RDC	РЦ DOTS	1 июля 18 – 31 дек. 20	20,211,246	21,118,257	18,968,848	94%	14,684,263	70%	A1	A1	A1	B1	B1
										Июнь 21				
НМФ2	UZB-T-RSSPMC PhP	РСНПМЦФИП	1 июля 21 – 30 дек. 21	841,212	841,212	723,372	86%	233,833	28%	B1				
										Июнь 22	Июнь 23	Июнь 24		
НМФ3	UZB-C-RAC	РЦ СПИД	1 июля 21 – 30 дек. 24	55,047,832	55,047,832	13,660,331	25%	2,666,187	5%	Еще не определено				

## 3.2 Параметры приемлемого риска

В соответствии с принципом дифференциации портфолио грантов Секретариат систематически оценивает риски, связанные только с портфолио высокого воздействия и базовыми портфолио. В связи с этим уровни риска для трех рассматриваемых стран не оценивались, поскольку они относятся к целевым портфолио. Поэтому ОГИ не смог сравнить совокупные оцененные Секретариатом уровни риска по ключевым категориям риска, предусмотренным целями аудита. Более подробные разъяснения см. в приложении В.

## 4. Выводы

### 4.1 Для достижения желаемого воздействия необходим более эффективный мониторинг стратегических приоритетов Глобального фонда в регионе ВЕЦА.

Стратегия Глобального фонда для региона ВЕЦА была тщательно разработана в соответствии с региональными приоритетами и проблемами. Однако в целях обеспечения финансирования ключевых вспомогательных мероприятий и выявления критических для стратегических задач рисков проводится ограниченный мониторинг осуществления стратегии. Достижению воздействия угрожают также замедленная реакция на последствия COVID-19 для программ и ввод российских войск в Украину.

Регион ВЕЦА, который несет тяжелое бремя МЛУ-ТБ (66 300 случаев в 2019 г.<sup>20</sup>, или 14% от общего глобального бремени), получил 336 млн долл. США на цикл использования выделенных ресурсов на 2020-2022 гг., что составляет 3% от средств, выделенных Глобальным фондом для всех стран. Стремясь максимально эффективно использовать ограниченное финансирование, Глобальный фонд разработал специальную региональную стратегию для стран ВЕЦА на текущий цикл финансирования, которая включает специальные приоритеты для программ по туберкулезу и МЛУ-ТБ (подробнее см. в приложении С).

Чтобы согласовать усилия и избежать дублирования, стратегические приоритеты были разработаны на основе консультаций с основными заинтересованными сторонами, включая региональных партнеров. В стратегии также определено, какие мероприятия будут финансироваться за счет грантов Глобального фонда, а какие — за счет государственных средств и/или средств других партнеров в области развития. Учитывая ограниченное финансирование, этот региональный подход/ стратегия воплощает передовую практику, поскольку позволяет странам определить приоритетность мероприятий для достижения максимального воздействия. Приоритеты для программ по туберкулезу хорошо проработаны с учетом региональных проблем.

Несмотря на достигнутый прогресс, сохраняются факторы, которые могут помешать повышению воздействия грантов до желаемого уровня. К ним относятся ограниченный мониторинг более широких стратегических мероприятий, замедленная реакция на последствия COVID-19 для программ и боевые действия, обусловленные вводом российских войск в Украину.

<sup>20</sup> Данные ВОЗ о бремени РУ/МЛУ-ТБ за 2019 г. За 2020 г. эта информация не была получена ВОЗ.

## **Ограниченный мониторинг приоритетных мероприятий в рамках стратегии для стран ВЕЦА препятствует достижению запланированного воздействия в регионе ВЕЦА**

Гранты Глобального фонда для программ по туберкулезу направлены главным образом на улучшение диагностики МЛУ-ТБ путем закупки диагностического оборудования и лекарственных средств, чтобы лечить людей. Доступное финансирование Глобального фонда было направлено на поддержку важнейших мероприятий, при этом приблизительно 60–90% бюджета грантов использовалось для закупки лекарств от МЛУ-ТБ, лабораторного оборудования, включая аппараты GeneXpert, реагентов и других расходных материалов медицинского назначения. Эти закупки имеют решающее значение для диагностики и лечения МЛУ-ТБ.

Стратегические приоритеты были разработаны, профинансированы и должны быть реализованы благодаря совместным усилиям Глобального фонда, правительств и партнеров в области развития; однако плана мониторинга для обеспечения надлежащей реализации стратегии не существует. В то время как приоритетные мероприятия, финансируемые Глобальным фондом, отслеживаются с помощью обновляемых отчетов о ходе реализации, не существует механизма мониторинга осуществления стратегических мероприятий, финансируемых правительствами и/или другими партнерами в области развития, от которых зависят инвестиции Глобального фонда. Это ограничивает возможности Секретариата по мониторингу реализации ключевых стратегических приоритетов, которые Глобальный фонд не финансирует. Сложной задачей является также обеспечение подотчетности партнеров и суверенных государств в отношении выполнения ими своих обязательств.

Поэтому ряд ключевых элементов региональной стратегии для стран ВЕЦА, которые не включены в гранты, имеют ограниченное финансирование со стороны правительств и партнеров в области развития. Они включают оценку и укрепление лабораторного потенциала, активизацию усилий по выявлению случаев заражения и включению в систему лечения групп населения, подверженных высокому риску, расширение систем транспортировки образцов на всех уровнях для обеспечения своевременной и правильной лабораторной диагностики, а также активное выявление случаев заболевания для повышения эффективности регистрации новых случаев.

Хотя в последних отчетах Комитета Зеленого света<sup>21</sup> отмечалось наличие проблем с качеством данных, поддержка электронных информационных систем носит ограниченный характер. Районные информационные системы здравоохранения (РИСЗ-2) и другие электронные системы не внедряются на системной основе. Качество данных низкое, а процессы мониторинга и оценки не отработаны и не автоматизированы. В Таджикистане аппараты GeneXpert не подключены к центральному серверу, поэтому данные собираются вручную, что увеличивает задержки при передаче результатов анализов пациентам и повышает риск появления ошибок в связи с ручной обработкой информации. В Таджикистане и Узбекистане не существует структурированной и систематизированной электронной системы отчетности в медицинских учреждениях, лабораториях и противотуберкулезных центрах. Это усугубляет неспособность врачей контролировать результаты лечения пациентов и увеличивает вероятность их выбытия из системы врачебного наблюдения.

Содействие сотрудничеству с гражданским обществом, сообществами, частным сектором и другими поставщиками услуг, участвующими в мероприятиях по борьбе с туберкулезом, является ключевым компонентом стратегии для региона ВЕЦА. Однако эта деятельность не является частью грантов Глобального фонда и не финансируется в достаточной мере национальными правительствами или другими донорами. Участие организаций гражданского общества (ОГО) в выявлении случаев туберкулеза и направлении больных на лечение ограничено. Сектор ОГО развит слабо в трех рассматриваемых странах, а их финансирование недостаточно. Улучшение поддержки пациентов и расширение участия ОГО может укрепить приверженность пациентов лечению и повысить показатели успешности лечения. Хотя три

---

<sup>21</sup> Комитет Зеленого света для Европейского региона ВОЗ (КЗС/Европа) был создан для удовлетворения потребностей в расширении масштабов управления программной деятельностью по борьбе с лекарственно-устойчивым туберкулезом в этом регионе.

рассматриваемые страны провели оценки готовности к переходу и разработали планы по наращиванию потенциала, эти планы не были выполнены.

Учитывая ограниченность имеющегося финансирования в регионе ВЕЦА, в приоритизированный запрос на финансирование сверх выделенной суммы было включено много дополнительных стратегических мероприятий. В реестр не обеспеченных финансированием качественных запросов было добавлено много мероприятий, которые будут осуществлены в случае получения средств за счет экономии по другим грантам.

## Для регионов с высоким бременем болезней необходим более эффективный мониторинг рисков в рамках целевых портфолио

Инвестиции Глобального фонда и надзор в рассматриваемых странах осуществляются с учетом целевых инвестиций и для обеспечения максимального воздействия инвестиций. Однако Секретариат не дифференцирует свой подход в этих странах/регионах в отношении критических рисков для выполнения стратегических задач. Совокупное бремя МЛУ-ТБ в девяти странах региона ВЕЦА является значительным и превышает бремя МЛУ-ТБ в Нигерии, Индонезии и Пакистане, как показано на диаграмме 1<sup>22</sup>.



Дальнейшая дифференциация подходов с учетом риска для выполнения стратегических задач, обусловленного высоким бременем МЛУ-ТБ, позволит выявить на основе официальной оценки рисков проблемные области и более эффективно контролировать выполнение нынешней стратегии, включая мониторинг деятельности, не финансируемой Глобальным фондом.

### Национальные планы по наверстыванию упущенного в области борьбы против МЛУ-ТБ в связи с пандемией COVID-19 не были своевременно разработаны из-за длительности процессов оценки ситуации

Три страны оперативно приняли меры в ответ на COVID-19, введя на всей территории карантинные ограничения и приняв комплексные меры в области общественного здравоохранения для обеспечения непрерывного предоставления основных медицинских услуг. Кроме того, в начале марта 2020 г.<sup>23</sup> страны региона ВЕЦА воспользовались программой гибких возможностей для грантов Глобального фонда, чтобы перераспределить грантовые средства для решения задач, обусловленных COVID-19. Тем не менее пандемия оказала свое негативное воздействие на программы по туберкулезу: число выявленных случаев туберкулеза, включая случаи МЛУ-ТБ, сократилось в рассматриваемых странах в среднем на 30% в 2020 г. по сравнению с 2019 г. Количество тестов, проведенных по технологии GeneXpert в 2020 г., также уменьшилось в среднем на 47% по сравнению с 2019 г.

Несмотря на значительное воздействие COVID-19 на программы, реакция была замедленной. Таджикистан утвердил план по наверстыванию упущенного в связи с COVID-19 в конце 2021 г. из-за длительности процесса оценки ситуации, и бюджет, обусловленный пересмотром программ, до сих пор не утвержден; Кыргызстан не имеет конкретных планов по наверстыванию упущенного в связи с COVID-19, поскольку еще не определен объем средств, сэкономленных в 2021 г. Узбекистан утвердил план действий по туберкулезу в условиях пандемии COVID-19 в феврале 2021 г.

<sup>22</sup> [WHO global lists of high burden countries for tuberculosis \(TB, TB/HIV and multidrug/rifampicin-resistant TB \(MDR/RR-TB\) 2021-2025](#). Опубликовано в июне 2021 г. Приведенный выше график не включает Китай и Индию.

<sup>23</sup> Программа гибких возможностей для грантов Глобального фонда: гибкие возможности для грантов позволяют странам, имеющим действующие гранты Глобального фонда, удовлетворять неотложные потребности в ответ на COVID-19 путем использования до 5% от имеющегося объема грантовых средств при наличии сэкономленных ресурсов и/или перераспределения средств программ в размере до 5% от объема гранта. Мероприятия включают, в частности, оценку готовности к эпидемии, лабораторные исследования, транспортировку образцов, использование инфраструктуры эпиднадзора, инфекционный контроль в медицинских учреждениях и информационные кампании. Перепрофилирование оборудования, уже приобретенного в рамках гранта Глобального фонда, также является одним из вариантов реагирования на COVID-19.

## Влияние боевых действий в Украине и связанного с этим риска в регионе, вероятно, ограничит прогресс в осуществлении программ

Около четырех миллионов человек из Кыргызстана, Таджикистана и Узбекистана являются трудовыми мигрантами в Российской Федерации, на которую приходится наибольшая доля (49%) новых и рецидивных случаев туберкулеза (58 723)<sup>24</sup> и случаев МЛУ-ТБ (21 963)<sup>25</sup> в регионе. Многие из этих работников, вероятно, вернутся в свои страны, при этом повышенные уровни уязвимости или инфицирования среди мигрантов в регионе, обусловленные вводом российских войск в Украину, создают многочисленные неустраненные риски, которые будут указаны ниже.

- Возвращающиеся трудовые мигранты проходят скрининг на туберкулез в Узбекистане, Кыргызстане и Таджикистане, однако системный подход к этому вопросу отсутствует. Признавая, что Секретариат уделял первоочередное внимание быстрому реагированию на ситуацию в Украине, необходимо разработать региональные планы действий для управления потенциально значительным притоком возвращающихся мигрантов за короткий промежуток времени. Существует опасность того, что возвращающиеся мигранты могут не пройти своевременную диагностику, и это может привести к увеличению числа случаев инфицирования.
- Ряд стран региона покупают противотуберкулезные препараты первой линии у производителей в России. Существует опасность того, что проблемы с поставками товаров могут привести к дефициту основных противотуберкулезных препаратов. В условиях действующих санкций поставки лекарств в эти страны, скорее всего, сократятся еще больше. Риск нехватки препаратов первой линии, закупаемых правительствами, может способствовать развитию лекарственной устойчивости и повышению уровня смертности.

### Согласованная управленческая мера 1

Секретариат пересмотрит и обновит нынешние стратегические приоритеты для стран ВЕЦА и подходы к проблеме МЛУ-ТБ, чтобы обеспечить дальнейшее воздействие и эффективность с учетом ограниченности финансирования. Это будет включать оценку ключевых целевых портфолио для региона ВЕЦА, связанных с МЛУ-ТБ, чтобы определить, как лучше поддержать их для достижения организационных целей.

ОТВЕТСТВЕННЫЙ: руководитель отдела по управлению грантами

СРОК: 30 июня 2023 г.

<sup>24</sup> WHO Tuberculosis profile: Russian Federation 2020 (по состоянию на 12 апреля 2022 г.).

<sup>25</sup> Там же.

## 4.2 Прогрессу в борьбе с МЛУ-ТБ препятствуют ограниченное активное выявление случаев заболевания и недостаточный объем диагностических услуг

В борьбе против туберкулеза достигнут значительный прогресс. Однако ограниченный активный поиск случаев заболевания, недостаточное количество лабораторных и диагностических услуг и неоптимальное управление данными ограничивают способность стран выявлять больше случаев МЛУ-ТБ.

В период 2012–2020 гг. в рассматриваемых странах наблюдалось снижение расчетного уровня заболеваемости туберкулезом (в среднем на 7,2%)<sup>26</sup>, при этом технология молекулярной диагностики (GeneXpert) в качестве первичного теста на туберкулез находит в регионе ВЕЦА все более широкое применение.

в качестве первичного теста на туберкулез находит в регионе ВЕЦА все более широкое применение. Несмотря на достигнутый прогресс и высокие показатели успешности лечения туберкулеза (81–91%), сохраняется высокое бремя МЛУ-ТБ. Показатели регистрации случаев МЛУ-ТБ снизились с 2018 г., в то время как уровень заболеваемости МЛУ-ТБ среди новых пациентов и ранее лечившихся пациентов остается высоким (см. Диаграмму 2<sup>27</sup>). Ограниченное активное выявление случаев заболевания, недостаточный объем лабораторных и диагностических услуг и неоптимальное управление данными ограничивают способность стран выявлять больше случаев МЛУ-ТБ.

### Ограниченное активное выявление случаев заболевания в уязвимых группах и недостаточное отслеживание контактов

Хотя показатель упущенных случаев туберкулеза составляет 38–48% в трех рассматриваемых странах, в них проводится недостаточно активное отслеживание контактов (2–5 контактов по сравнению с 10 контактами согласно рекомендациям ВОЗ)<sup>28</sup>. Несмотря на увеличение<sup>29</sup> в Кыргызстане числа случаев туберкулеза, выявленных на основании положительного мазка, доступность услуг по диагностике туберкулеза на уровнях центров первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) относительно низкая; охват диагностикой составляет от 36% в столице до 8% в других районах<sup>30</sup>. В Таджикистане активное выявление случаев заболевания, возможно, применяется в качестве отслеживания контактов, а также регулярного скрининга в ключевых группах населения и группах населения, уязвимых к туберкулезу<sup>31</sup>. Однако количество контактов, обследованных на одного пациента в одном домохозяйстве, является неоптимальным, учитывая размер домохозяйств в Таджикистане (в среднем 10 человек, включая 3,8 ребенка на домохозяйство)<sup>32</sup>. Лица,



МЛУ-ТБ среди новых пациентов, 2020 г.

**10.7 – 39.5%**

Грузия	10.7%
Азербайджан	12%
Армения	14.1%
Узбекистан	18.3%
Таджикистан	24.2%
Молдова	26%
Кыргызстан	28.3%
Украина	28.6%
Казахстан	36.2%
Российская Федерация	36.3%
Беларусь	39.5%

Источник: Стратегия Глобального фонда для региона ВЕЦА на 2020–2022 гг. и Доклад ВОЗ о глобальной борьбе с туберкулезом, 2020 г.



МЛУ-ТБ среди ранее лечившихся пациентов, 2020 г.

**24.4 – 74.5%**

Азербайджан	24.4%
Грузия	26.5%
Узбекистан	38.4%
Украина	41.3%
Таджикистан	43.2%
Казахстан	49.7%
Армения	50%
Молдова	53%
Кыргызстан	54%
Российская Федерация	68.4%
Беларусь	74.5%

Источник: Стратегия Глобального фонда для региона ВЕЦА на 2020–2022 гг. и Доклад ВОЗ о глобальной борьбе с туберкулезом, 2020 г.

<sup>26</sup> В Таджикистане на 6%, Узбекистане на 15% и Кыргызстане на 3%.

<sup>27</sup> Стратегия Глобального фонда для региона ВЕЦА на 2020–2022 гг. и Доклад ВОЗ о глобальной борьбе с туберкулезом, 2020 г.

<sup>28</sup> WHO Operational Handbook on Tuberculosis Module 2, 2021 (стр. 21).

<sup>29</sup> Увеличение на 14% в 2018 г., на 15% в 2019 г. и на 16% в 2020 г. в ключевых группах населения и группах населения, уязвимых к туберкулезу.

<sup>30</sup> Анализ клинических путей пациентов в Кыргызстане в 2021 г.

<sup>31</sup> Пациенты с туберкулезом (дети, взрослые), ЛЖВ, мигранты, лица, содержащиеся под стражей, и бывшие заключенные.

<sup>32</sup> Период доступа к выделенным ресурсам на 2020–2022 гг. для финансирования мероприятий по ТБ/ВИЧ.

контактировавшие с больным туберкулезом, у которых нет мокроты, направляются на рентгенологическое обследование (которое должны оплачивать пациенты) на уровнях ПМСП в Кыргызстане и Таджикистане, что создает проблемы для пациентов, которые не в состоянии оплачивать эти услуги.

Активное выявление случаев заболевания входит главным образом в функции центров первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Центры ПМСП в трех странах недоукомплектованы персоналом<sup>33</sup>, и медицинским работникам приходится лечить пациентов со многими заболеваниями, включая туберкулез. В результате они ограничены в ресурсах для отслеживания контактов в первоочередном порядке. Дополнительная рабочая нагрузка на ПМСП в связи с COVID-19 означает, что ресурсы для скрининга на туберкулез сократились еще больше. Ограниченное участие организаций гражданского общества в расследовании контактов и повышенная стигматизация также способствовали низкому количеству выявленных случаев заболевания. Пациенты не решались обращаться за медицинской помощью в связи с симптомами туберкулеза из-за ограничений передвижения, нежелания посещать медицинские учреждения во время COVID-19, а также сходства симптомов туберкулеза и COVID-19 и стигматизации, связанной с последним<sup>34</sup>. Мероприятия и цели по выявлению случаев заболевания не адаптированы к пробелам, потребностям и имеющимся ресурсам на местном уровне (картирование). Гранты Глобального фонда также ограничивали деятельность по выявлению случаев заболевания в этих странах, за исключением поддержки скрининговых мероприятий в тюрьмах в Кыргызстане и Узбекистане. Ограничение активного выявления случаев заболевания приводит к увеличению числа упущенных случаев туберкулеза, особенно среди ключевых и уязвимых групп населения.

### **Недостаточный объем диагностических услуг и лабораторных исследований из-за несоблюдения национального алгоритма и некачественной транспортировки проб мокроты ограничивает возможности стран по выявлению большего числа случаев МЛУ-ТБ.**

Национальные показатели использования технологии GeneXpert в рассматриваемых странах снизились с 2018 г. на 52%, 18% и 49% соответственно. Посещенные центры ПМСП в Кыргызстане не придерживаются протокола диагностики и не направляют людей с подозрением на туберкулез ни на микроскопию, ни на тестирование по методу GeneXpert<sup>35</sup>.

Согласно руководству ВОЗ и национальному алгоритму, тест по методу GeneXpert должен быть основным тестом. Однако платформы GeneXpert неэффективно используются в Узбекистане, где широко применяется микроскопия, при этом количество тестов GeneXpert увеличивается медленно; в 2021 г. технология GeneXpert использовалась для проведения 41% диагностических тестов на туберкулез. В Кыргызстане в 2021 г. было задействовано 66% всех модулей. Страна включила в грант закупку аппаратов GeneXpert, не предусмотрев важнейшую дополнительную деятельность по замене модулей, и не распределила эту сумму среди других заинтересованных сторон, что затрудняет замену модулей. В Таджикистане 27% модулей нуждались в срочной калибровке, а 9% модулей GeneXpert в Узбекистане вышли из строя<sup>36</sup>.

Еще одним фактором, снижающим качество тестирования, являются недостатки в сборе и транспортировке проб мокроты. Согласно национальным лабораторным требованиям предполагается, что пробы мокроты перевозятся в течение 48-72 часов после сбора, но лабораторный реестр ПМСП не содержит информации о том, какие лабораторные образцы мокроты были отправлены или поступили ли они вовремя. В результате 12% образцов мокроты, собранных в Кыргызстане, были отклонены для тестирования по методу GeneXpert в 2021 г.<sup>37</sup>, в то время как в Узбекистане этот учет не ведется. Сбор мокроты зависит от бюджета каждого

---

<sup>33</sup> Доклад Комитета Зеленого света по Кыргызстану, 2021 г.; Доклад Комитета Зеленого света по Таджикистану, 2021 г.; и Доклад Комитета Зеленого света по Узбекистану, 2021 г.

<sup>34</sup> Доклад Комитета Зеленого света по Узбекистану, 2021 г.

<sup>35</sup> В Кыргызстане SWOT-анализ, проведенный USPC в 2021 г. (ситуационный анализ сети лабораторий по диагностике туберкулеза в Кыргызской Республике), показал, что слабым местом (лабораторной сети) является неэффективное использование аппаратов GeneXpert в лабораториях районного уровня из-за неточного соблюдения алгоритма диагностики туберкулеза. Это было подтверждено во время посещения объектов на местах, где число случаев обращения к врачам общей практики в некоторых учреждениях достигало 12%.

<sup>36</sup> Данные национальной программы Узбекистана по туберкулезу и национальной референс-лаборатории (2021 г.).

<sup>37</sup> Отчеты об использовании технологии GeneXpert за 2021 г. национальной программы Кыргызстана по туберкулезу.



района. В Таджикистане действующий грант охватывал только транспортировку проб мокроты с областного на национальный уровень. В настоящее время Секретариат проводит экспериментальный сбор образцов в двух районах на уровне центров ПМСП и на областном уровне, откуда поступает большинство образцов. В Узбекистане в центрах ПМСП не хватает контейнеров для сбора мокроты; мокроту часто собирают в старые емкости из-под лекарств. В Узбекистане не существует структурированной системы транспортировки проб мокроты из медучреждений в лаборатории областного уровня; центры ПМСП сами отвечают за транспортировку проб мокроты. Ряд экспериментальных инициатив по улучшению систем транспортировки проб мокроты осуществляется на окружном и районном уровнях, но они не распространяются на периферийные уровни.

Фактором, способствующим низкому использованию технологии GeneXpert в Таджикистане, является отсутствие гарантии качества для лабораторий районного уровня. В период с 2019 по 2021 г. было отмечено в среднем 3–4% ошибок при использовании технологии GeneXpert, причем в противотуберкулезном диспансере в Рудаки в 1 квартале 2022 г. было зафиксировано 23% ошибок. Внешняя оценка качества для лабораторий районного уровня не проводилась. Вследствие этого количество ложноотрицательных тестов на районном уровне увеличилось с 1% до 6% в период с 2017 по 2021 г. В результате посещения объектов на местах ОГИ отметил наличие проблем с лабораторным оборудованием, включая неработающие приборы с индикацией роста микобактерий (MGIT)<sup>38</sup> и вышедшие из строя устройства бесперебойного электропитания платформ GeneXpert. Эти проблемы ослабляют возможности периферийных лабораторий по проведению тестирования. Отрицательные результаты микроскопии и положительные результаты теста по методу GeneXpert были также отмечены для одних и тех же образцов в Узбекистане, что увеличивает риск необнаружения туберкулеза при использовании микроскопии в качестве первого теста.

### **Неоптимальное управление данными**

В рассматриваемых странах не существует целевых показателей для тестирования на МЛУ-ТБ или лечения МЛУ-ТБ на районных уровнях, что затрудняет для стран сравнение показателей по каждому району с целевыми показателями и корректировку курса лечения в случае отсутствия целевых показателей. Механизмы (и показатели) для мониторинга диагностики в рассматриваемых странах еще не разработаны. Отсутствие совместимости различных электронных баз данных<sup>39</sup> в Таджикистане и Узбекистане препятствует оперативному обмену данными между лабораториями и направляющими/лечащими врачами и медсестрами. Хотя в отчетах местного агента Глобального фонда и Комитета Зеленого света по Узбекистану и Таджикистану поднимались серьезные вопросы в отношении качества данных, за последние три года Секретариат не проводил проверку качества данных или аудит в Узбекистане и Таджикистане. Проблемы с качеством данных влияют на оценки, принятие решений и разработку программ, что может привести к тому, что программы не будут ориентированы на проведение необходимых мероприятий.

---

<sup>38</sup> Система MGIT (Mycobacteria Growth Indicator Tube) — это система, которая определяет, будут ли расти бактерии туберкулеза в присутствии противотуберкулезных препаратов.

<sup>39</sup> Система регистрации лабораторных данных (СРЛД), индивидуальная электронная медицинская карта для больных туберкулезом и национальная система эпиднадзора.


## Согласованная управленческая мера 2

Секретариат Глобального фонда будет работать с соответствующими партнерами в области развития и заинтересованными сторонами в странах, чтобы

- a. провести стратегическое позиционирование региональных приоритетов в регионе ВЕЦА для следующего цикла использования выделенных ресурсов,
- b. адаптировать подходы к активному выявлению случаев заболевания в ключевых и уязвимых группах населения в рамках доступного финансирования и
- c. решить проблему качества данных.

ОТВЕТСТВЕННЫЙ: руководитель отдела по управлению грантами

СРОК: 30 сентября 2023 г.



### 4.3 Чтобы ускорить начало лечения пациентов и устранить пробелы в показателях успешности лечения, обусловленные поздним началом лечения и медленным переходом на амбулаторное лечение, необходим ряд усовершенствований

До начала пандемии COVID-19 показатели успешности лечения повышались, а уровень смертности снижался. В рассматриваемых странах началось экспериментальное внедрение сокращенной схемы лечения МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ с применением только пероральных препаратов в целях дальнейшего улучшения показателей успешности лечения. Однако прогрессу препятствуют задержки с началом лечения, потеря пациентов для последующего наблюдения и медленный переход на амбулаторное лечение.

Показатель успешности лечения МЛУ-ТБ в рассматриваемых странах возрос с 57% в 2015 г. до 67% в 2018 г., показатель неблагоприятного исхода лечения снизился с 8% в 2015 г. до 6% в 2018 г.<sup>40</sup>, а показатель смертности от туберкулеза снизился в среднем на 29% в период с 2012 по 2020 г.<sup>41</sup> В 2019 г. страны начали экспериментальное применение модифицированной полностью пероральной сокращенной схемы лечения МЛУ-ТБ и схемы ВРА<sup>L</sup><sup>42</sup> для лечения ШЛУ-ТБ. Клиническое руководство по лечению МЛУ-ТБ было обновлено в 2020 г. и соответствует текущим рекомендациям ВОЗ. Свидетельств дефицита препаратов первой или второй линии в период с 2019 по 2021 г. в посещенных медицинских учреждениях не было. В Кыргызстане практикующие врачи могут получить доступ к электронным картам пациентов, что снижает количество пациентов, выбывающих из системы врачебного наблюдения до начала лечения.

Правительство Узбекистана издало постановление, позволяющее стране закупать противотуберкулезные препараты (первой и второй линии) за счет внутреннего финансирования через механизм Глобального фонда для закупок лекарственных средств, что обеспечивает стране доступ к качественным и недорогим противотуберкулезным препаратам. Это можно считать примером передовой практики для региона и основополагающим фактором для успешной реализации стратегических приоритетов Глобального фонда в регионе ВЕЦА. Несмотря на эти достижения, на успешность лечения отрицательно сказываются позднее начало лечения, потеря пациентов для последующего наблюдения и медленный переход к амбулаторному лечению.

#### **Задержки между постановкой диагноза и началом лечения из-за длительных процедур записи на лечение могут привести к потере пациентов для последующего наблюдения**

В Таджикистане и Кыргызстане задержки с началом лечения составляют в среднем 7–14 дней с момента постановки положительного диагноза при подозрении на туберкулез. В Узбекистане не существует структурированного механизма отслеживания случаев задержки с началом лечения. ВОЗ рекомендует начинать лечение немедленно, чтобы снизить вероятность потери пациентов для последующего наблюдения (ПППН<sup>43</sup>). В 2019 г. показатель ПППН до начала лечения диагностированных пациентов в Таджикистане и Кыргызстане составил 27% и 9%<sup>44</sup> соответственно. Одним из факторов, способствующих этому, является

<sup>40</sup> [WHO Diagnosis, notification and treatment of rifampicin-resistant TB\(MDR/RR-TB\) up to 2018](#) (по состоянию на 25 апреля 2022 г.).

<sup>41</sup> [WHO TB Burden Estimates data extract](#) (по состоянию на 25 апреля 2022 г.) В Кыргызстане смертность от туберкулеза снизилась с 12 случаев на 100 тыс. населения в 2012 г. до 5,8 случая на 100 тыс. населения в 2020 г.; в Таджикистане она осталась на прежнем уровне — 10 случаев на 100 тыс. населения, а в Узбекистане снизилась с 5,2 случая на 100 тыс. населения до 4 случаев на 100 тыс. населения.

<sup>42</sup> Экспериментальная схема ВРА<sup>L</sup> для лечения туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) и туберкулеза с лекарственной непереносимостью или множественной лекарственной устойчивостью. Эта схема имеет более короткий период лечения и вызывает менее тяжелые побочные эффекты.

<sup>43</sup> ПППН определяется как «лица, больные туберкулезом, которые не начали лечение или лечение которых было прервано в течение двух или более месяцев подряд» ([Link](#) по состоянию на 24 мая 2022 г.).

<sup>44</sup> [Kyrgyzstan Patient Path Analysis \(PPA\), 2019.](#)

невозможность доступа людей к медучреждениям, оснащенным диагностическим оборудованием и имеющим обученный персонал. Выполнение процедур госпитализации пациентов также увеличивает задержки с началом лечения. Например, госпитализация в пенитенциарной системе требует перевода пациентов в тюремную туберкулезную больницу, что занимает около 10 дней, судя по записям, изученным ОГИ.

В Кыргызстане врачи-фтизиатры пользуются электронной лабораторной системой для использования полученных результатов анализов пациентов; в Таджикистане и Узбекистане такой системы не имеется. В Таджикистане, где пациенты сами передают врачу результаты своих анализов, задержка в обмене информацией между лабораторией и врачами и невозможность получить врачом результаты анализов напрямую приводят к запоздалому началу лечения и выбытию пациентов из системы врачебного наблюдения. Это повышает риск дальнейшего распространения инфекции в сообществе.

### **Потери для последующего наблюдения пациентов с МЛУ-ТБ, проходящих лечение, остаются высокими по причине стигматизации и ограниченного отслеживания контактов**

В Кыргызстане доля получающих лечение пациентов с МЛУ-ТБ, которые были потеряны для последующего наблюдения в течение первых шести месяцев лечения, снизилась на 15% в период с 2018 по 2019 г. Однако ПППН среди пациентов с МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ из когорты 2019 г. остается высокой — 18% и 14% среди пациентов с МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ (подтвержденных бактериологически) соответственно<sup>45</sup>. Потере пациентов для последующего наблюдения способствуют отсутствие в лечебных центрах<sup>46</sup> препаратов для купирования побочных эффектов лечения МЛУ-ТБ и стигматизация. Согласно среднесрочному отчету Глобального фонда о реализации инициативы «Разрушение барьеров» (2021 г.), в областях, касающихся туберкулеза и стигматизации, прав человека и гендера, достигнут ограниченный прогресс. Программы по туберкулезу получили рейтинговые оценки 1 до 1,8 балла (по шкале от 0 до 5, где 5 — наилучший показатель).

Проблеме ПППН уделяется ограниченное внимание. В проекте Национального плана действий по борьбе с туберкулезом в Кыргызстане упоминается только одно мероприятие по повышению приверженности лечению посредством заключения социальных контрактов с НПО, которые могут оказывать социальную и психологическую поддержку. Пациенты, потерянные для последующего медицинского наблюдения, могут способствовать передаче туберкулеза в сообществе. Это особенно важно в связи с высоким показателем ПППН среди людей с лекарственно-устойчивым туберкулезом.

### **Медленный переход к амбулаторному лечению из-за проблем с внедрением методов терапии под видеонаблюдением, не позволяет улучшить результаты лечения в рамках программ**

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует лечить пациентов с МЛУ/РУ-ТБ преимущественно амбулаторно, не прибегая к госпитализации<sup>47</sup>. Госпитализация должна осуществляться только в случае необходимости по особым клиническим показаниям<sup>48</sup>. В Кыргызстане наблюдается тенденция к снижению числа случаев госпитализации: общее количество коек для больных туберкулезом сократилось на 6% в период с 2018 по 2021 г., а число случаев госпитализации уменьшилось на 34%. Несмотря на это, в Кыргызстане 70% пациентов с МЛУ-ТБ по-прежнему находятся на лечении в больницах<sup>49</sup>.

Согласно рекомендациям ВОЗ, больные туберкулезом могут начать получать амбулаторные услуги с первого дня лечения. Однако в Кыргызстане пациенты с лекарственно-чувствительным и лекарственно-устойчивым туберкулезом должны оставаться в стационаре до прекращения выделения мокроты в среднем 56 и 62 дня в 2020 и 2021 г. соответственно<sup>50</sup>. В Узбекистане средняя продолжительность пребывания в стационаре для

---

<sup>45</sup> Оперативные данные Национального центра туберкулеза, Кыргызстан, 2021 г.

<sup>46</sup> Отчеты Республиканского центра по борьбе с туберкулезом, 2019 г.

<sup>47</sup> Сводное руководство ВОЗ по лечению туберкулеза с лекарственной устойчивостью, стр. 11 варианта на английском языке (2019 г.), [Сводное руководство ВОЗ по туберкулезу. Модуль 4: лечение. Лечение лекарственно-устойчивого туберкулеза](#) (по состоянию на 12 апреля 2022 г.).

<sup>48</sup> [A people-centered model of TB case](#) – Annex 1 Hospitalization criteria. (По состоянию на 12 апреля 2022 г.).

<sup>49</sup> Отчет ОР в Кыргызстане о прогрессе в области амбулаторного лечения в стране (2021 г.).

<sup>50</sup> Отчет об осуществлении национальной программы борьбы с туберкулезом.

больных туберкулезом составляла 48 дней в 2020 г., что на 19% меньше, чем в 2018 г.<sup>51</sup> В Таджикистане средняя продолжительность пребывания в стационаре сократилась с 56 дней в 2017 г. до 42 дней в 2021 г.<sup>52</sup>

Была также отмечена тенденция к сокращению числа случаев полного амбулаторного лечения. По данным национальной программы Кыргызстана по туберкулезу, на полном амбулаторном лечении в 2019 г. находилось 142 пациента с МЛУ-ТБ, 86 пациентов в 2020 г. и 76 пациентов в 2021 г.<sup>53</sup> Причины снижения этих показателей обусловлены поддержкой, предоставляемой в период госпитализации: когда пациенты госпитализированы, они получают питание, психологическую и социальную помощь. Хотя лечение под видеонаблюдением (VOT) помогает оказывать поддержку пациентам и позволяет лечить большое количество людей с активной формой заболевания<sup>54</sup>, оно еще осуществляется в качестве эксперимента и не развернуто в полной мере. В Таджикистане персонал центров ПМСП не в состоянии вести лечение под видеонаблюдением из-за большой рабочей нагрузки, и эту задачу выполняют региональные координаторы, что влияет на количество пациентов, за которыми можно наблюдать и лечение которых можно не прерывать. В Узбекистане лечение под видеонаблюдением еще находится на экспериментальной стадии, и в ходе поездок на места ОГИ отметил несоблюдение руководящих принципов лечения под видеонаблюдением.

Медленный переход к амбулаторному лечению увеличивает затраты на лечение, ограничивая число людей, которые могут лечиться в условиях надлежащего инфекционного контроля. Это может способствовать потере пациентов для последующего наблюдения, затрудняет госпитализацию некоторых категорий пациентов и создает риск передачи инфекции в стационарах, где нет механизмов разделения пациентов, ожидающих полных результатов тестирования на чувствительность к лекарственным препаратам<sup>55</sup>.

### Согласованная управленческая мера 3

Секретариат Глобального фонда будет работать с соответствующими партнерами в области развития и заинтересованными сторонами в странах, чтобы улучшить своевременное включение пациентов в систему лечения и отслеживать задержки в лечении.

ОТВЕТСТВЕННЫЙ: руководитель отдела по управлению грантами

СРОК: 30 сентября 2023 г.

<sup>51</sup> Отчет о миссии Комитета Зеленого света в Узбекистан, 2021 г.

<sup>52</sup> Отчет о виртуальной миссии Комитета Зеленого света в Таджикистан, 2021 г.

<sup>53</sup> Отчет об осуществлении национальной программы по борьбе с туберкулезом, Кыргызстан, 2019 г.

<sup>54</sup> Video-Observed Therapy for tuberculosis: [strengthening case](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30293-4/fulltext) - 2019 ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30293-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30293-4/fulltext) (по состоянию на 11 мая 2022 г.).

<sup>55</sup> По мнению ВОЗ и согласно *Техническому руководству ВОЗ по тестированию лекарственной чувствительности к препаратам, используемым для лечения туберкулеза* (2018 г.), фенотипические методы тестирования лекарственной восприимчивости (DST) по культуральному методу в настоящее время являются рекомендуемым стандартом для выявления лекарственной устойчивости.

## Приложение А. Классификация оценок по результатам аудиторской проверки и методология

<b>Эффективно</b>	Отмечено отсутствие проблем или наличие некоторых незначительных проблем. Меры внутреннего контроля, управления и процедуры управления рисками разработаны адекватно, применяются регулярно и надлежащим образом, являются эффективными, обеспечивая разумные гарантии того, что задачи будут выполнены.
<b>Частично эффективно</b>	Отмечено наличие умеренных проблем. Меры внутреннего контроля, управления и процедуры управления рисками разработаны адекватно, применяются в целом регулярно и надлежащим образом, однако выявлена одна или ограниченное число проблем, которые могут создавать умеренный риск для выполнения задач.
<b>Требуется значительное улучшение</b>	Отмечено наличие одной или нескольких значительных проблем. Меры внутреннего контроля, управления и процедуры управления рисками имеют некоторые недостатки на уровне разработки или оперативной эффективности, поэтому до тех пор, пока они не будут устранены, отсутствуют разумные гарантии того, что задачи могут быть выполнены.
<b>Неэффективно</b>	<b>Отмечены многочисленные серьезные и/или существенные проблемы и/или одна такая проблема.</b> Меры внутреннего контроля, управления и процедуры управления рисками не разработаны адекватно и/или не являются в целом эффективными. Характер этих проблем вызывает серьезные сомнения в том, что задачи могут быть выполнены.

ОГИ проводит аудиторские проверки в соответствии с определением внутреннего аудита, сформулированным Институтом внутренних ревизоров, международными стандартами профессиональной практики внутреннего аудита и кодексом этики. Эти стандарты помогают обеспечить высокое качество и профессионализм в работе ОГИ. Принципы и подробное описание метода проведения аудита ОГИ указаны в его Уставе, Руководстве по проведению аудита, Кодексе поведения и техническом задании в каждом конкретном случае. Эти документы помогают обеспечить независимость аудиторов ОГИ и добросовестность в работе.

Объем осуществляемой ОГИ аудиторской проверки может быть конкретным или расширенным, в зависимости от контекста, и охватывает вопросы, касающиеся управления рисками, руководства и внутреннего контроля. В ходе аудита проводится проверка и оценка систем надзора и контроля для определения того, осуществляется ли управление рисками должным образом. Для проведения конкретных оценок в этих различных областях используется детальное тестирование. Для обоснования выводов используются также другие источники фактических данных, такие как работа других аудиторов/ сторон, выступающих гарантами.

Аудиторские проверки, проводимые ОГИ, обычно включают изучение программ, операций, систем и процедур управления органов и организаций, осуществляющих управление средствами Глобального фонда, для оценки того, обеспечивают ли они экономию средств, а также эффективное и результативное использование этих ресурсов. Это может включать анализ вкладываемых ресурсов (финансовых, людских, материальных, организационных или нормативных средств, необходимых для осуществления программы), прямых результатов (результатов выполнения программы), общих результатов (непосредственный эффект выполнения программы для бенефициаров) и воздействия (долгосрочных изменений в обществе, которые связаны с предоставляемой Глобальным фондом поддержкой).

Аудит охватывает широкий круг тем с особым вниманием на вопросы, связанные с воздействием инвестиций Глобального фонда, управлением системой закупок и снабжения, управлением изменениями и основными мерами финансового и фидуциарного контроля.

## Приложение В. Параметры приемлемого риска и оценки риска

В 2018 г. Глобальный фонд ввел в действие Систему оценки приемлемого риска, установив рекомендуемые уровни приемлемого риска для восьми основных видов рисков, влияющих на гранты Глобального фонда, путем объединения 20 видов потенциально возможного риска. Каждый потенциально возможный вид риска оценивается применительно к каждому гранту в стране с использованием стандартизированного набора коренных причин и с учетом сочетания оценок вероятности и серьезности риска, чтобы оценить риск как очень высокий, высокий, умеренный или низкий. Оценки риска в отношении отдельных грантов взвешиваются по сумме подписанных грантов для получения совокупного уровня текущего риска для странового портфолио. Для расчета оценки риска для страны применяется методология отсечения высоких рисков (отбираются 50% грантов с самым высоким риском).

ОГИ включает соображения в отношении параметров приемлемого риска в свою модель обеспечения гарантий. Основные цели аудита обычно выверяются на широком уровне грантов или программ, но рейтинги ОГИ учитывают также степень эффективности оценки и снижения отдельных рисков.

При проведении аудиторских проверок в странах с высоким уровнем воздействия и в базовых странах ОГИ сравнивает остаточные риски с оцененными Секретариатом уровнями риска на агрегированном уровне для тех из восьми ключевых рисков, которые входят в сферу аудита. Кроме того, каждый раз, когда оценки ОГИ и Секретариата в отношении потенциально возможных рисков различаются, предоставляется описательное объяснение. В отношении категорий рисков, для которых организация не установила официальных параметров или уровней приемлемого риска, ОГИ дает заключение о разработке и эффективности общих процессов Секретариата по оценке этих рисков и управлению этими рисками.

### **Гранты Глобального фонда по туберкулезу в Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане**

Уровни риска для трех рассматриваемых стран не оценивались, поскольку они относятся к целевым портфолио. Поэтому ОГИ не смог сравнить совокупные оцененные Секретариатом уровни риска по ключевым категориям риска, предусмотренным целями аудита.

# Приложение С. Стратегические приоритеты стратегии для региона ВЕЦА в области борьбы с туберкулезом на 2020-2022 гг.

Источник: региональная стратегия для стран ВЕЦА, 2019 г.

Стратегические приоритеты стратегии для региона ВЕЦА — туберкулез (2020–2022 гг.)						
Видение	Ускорить и поддержать прогресс в снижении заболеваемости и смертности от всех форм туберкулеза в регионе					
Целевые показатели стратегии «Положить конец туберкулезу» (2020 г.)	Способствовать достижению целей стратегии «Положить конец туберкулезу»					
	Снизить смертность от туберкулеза на 35%	Снизить заболеваемость туберкулезом на 20%		Довести показатель успешности лечения МЛУ-ТБ до 75%		
	Расширить доступ к своевременной и качественной диагностике туберкулеза с особым вниманием на РУ/МЛУ-ТБ			Усовершенствовать систему направления на лечение и быстро повысить показатели успешности лечения туберкулеза с особым вниманием на РУ/МЛУ-ТБ		
Приоритетные мероприятия	Усовершенствовать методы быстрой диагностики	Оценить и укрепить лабораторный потенциал	Активизировать усилия по выявлению и включению групп населения, подверженных высокому риску, в систему лечения и профилактической терапии	Обеспечить непрерывное снабжение противотуберкулезными препаратами	Укрепить потенциал в области клинического лечения туберкулеза с особым вниманием на РУ/МЛУ-ТБ	Укрепить приверженность лечению, особенно среди пациентов с РУ/МЛУ-ТБ
	Поддерживать дальнейшее внедрение быстрых молекулярных тестов в соответствии с международными рекомендациями	Поддерживать меры по укреплению лабораторий на основе надежных общенациональных оценок лабораторий и стратегий с особым вниманием на получение профилей резистентности по всему региону <b>ЖУССЗ</b>	Удовлетворить потребности ключевых и уязвимых групп населения в лечении туберкулеза (ЛЖВ, мигранты, дети, заключенные и лица, контактирующие с больными туберкулезом) путем целенаправленных усилий по отслеживанию контактов, скрининга и активного выявления случаев заболевания	Расширить доступ к качественным противотуберкулезным препаратам первой и второй линий, включая новые и перепрофилированные лекарства	Разработать эффективные механизмы экспертной поддержки для диагностики и клинического ведения сложных случаев <b>ЖУССЗ</b>	Ускорить внедрение новых схем лечения, подходов, ориентированных на потребности пациентов, и механизмов поддержки <b>ЖУССЗ</b>
	Усовершенствовать электронные информационные системы для ведения пациентов			Поддерживать усилия по укреплению потенциала в области управления запасами лекарственных средств <b>ЖУССЗ</b>	Демократизировать знания в целях повышения качества ведения случаев РУ/МЛУ-ТБ, включая побочные реакции и сопутствующие заболевания <b>ЖУССЗ</b>	Осуществлять совместное финансирование инвестиций в целях укрепления мер по борьбе с инфекциями <b>ЖУССЗ</b>
	Усовершенствовать электронные информационные системы для ведения пациентов <b>ЖУССЗ</b>					
SПоддерживать мероприятия по снижению дискриминации в связи с туберкулезом <b>ЖУССЗ</b>						
Приоритеты в области обеспечения устойчивости	Ускорить темпы распространения благоприятных тенденций развития эпидемиологической ситуации при мобилизации внутренних ресурсов и оптимизации общих расходов по программам					
	Поощрять и стимулировать государственное финансирование и принятие ответственности за финансирование мероприятий, в настоящее время поддерживаемых Глобальным фондом					
	Способствовать вовлечению гражданского общества, сообществ, частного сектора и других поставщиков услуг в борьбу с туберкулезом					
Поддерживать изменения в политике для решения проблем неэффективности распределения ресурсов и осуществления межпрограммных связей, включая интеграцию систем и услуг в программы по ПМСП и по другим заболеваниям, а также для перераспределения обязанностей						