ПОСЛЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПОМОЩИ:

ШАГИ ПО БОРЬБЕ С ЭПИДЕМИЯМИ ТБ И ВИЧ В ЕВРОПЕ?

TB EUROPE COALITION

ЕВРОПЕЙСКАЯ КОАЛИЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ

Больница Bisercani в Румынии

© Tom Maguire

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ 2

КРАТКИЙ ОБЗОР 3

СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ 4

2014-2017: КЛЮЧЕВОЙ ПЕРЕХОДНЫЙ ПЕРИОД – К ЛУЧШЕМУ ИЛИ К ХУДШЕМУ? 5

ФИНАНСИРОВАНИЕ ОТВЕТНЫХ МЕР НА ЭПИДЕМИИ ТБ И ВИЧ В СТРАНАХ СО СРЕДНИМ УРОВНЕМ ДОХОДА (ССУД) 7

ВЛИЯНИЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОНОРСКОЙ ПОМОЩИ НА ЭПИДЕМИИ ТБ И ВИЧ 8

ВЛИЯНИЕ НА РОЛЬ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА И ЗАТРОНУТЫХ ЭПИДЕМИЯМИ СООБЩЕСТВ 10

ВЛИЯНИЕ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ И ЦЕНООБРАЗОВАНИЕ 11

ВЫВОДЫ 12

РЕКОМЕНДАЦИИ: СОВМЕСТНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ 14

ДЛЯ СТРАН, ЗАТРОНУТЫХ ЭПИДЕМИЯМИ 14

ДЛЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЕС 15

ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА ДЛЯ БОРЬБЫ СО СПИДОМ, ТУБЕРКУЛЕЗОМ И МАЛЯРИЕЙ: 15

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 14

ВЫРАЖЕНИЯ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Этот документ был подготовлен

Брюсом Ворвик
РЕЗАЛТС Великобритания

Фанни Войтцвинклером и Ваннесой Боас
Глобальные Адвокаты Здоровья Франция

Качественные исследования были проведены

Светланой МакГилл
РЕЗАЛТС Великобритания

Мы хотим поблагодарить всех внешних партнёров за предоставление комментарий и редактирование, в том числе Европейский офис ВОЗ, ACTION- Глобальное партнёрство по вопросам защиты здоровья, Глобальный фонд по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулёзом и малярией и Партнёрство СТОП ТБ. Мы также хотели бы выразить благодарность членам Руководящего комитетам Европейской коалиции по туберкулезу за их вклад. В частности, Нонне Турусбековой, Захедулу Исламу и Джонатану Стилло.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
СКМ	Страновой координационный механизм Глобального фонда
ОГО	Организация гражданского общества
ВЕЦА	Восточная Европа и Центральная Азия
ЕС	Европейский Союз
ГФ	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
СНУД	Страна с низким уровнем дохода
МЛУ-ТБ	Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
ССУД	Страна со средним уровнем дохода
НМФ	Новая модель финансирования
НПО	Неправительственная организация
НПТБ	Национальная программа по борьбе с ТБ
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия
ТБ	Туберкулез
АМР США	Агентство США по международному развитию
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения

КРАТКИЙ ОБЗОР

В данном отчете рассматриваются потенциальные последствия прекращения донорской поддержки в ряде стран Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА), в которых эпидемии туберкулеза (ТБ) и ВИЧ до сих пор остаются проблемой. Такой анализ крайне необходим, поскольку 15 из 27 стран, наиболее затронутых проблемой эпидемии туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ), находятся в данном регионе, и в этих странах, по оценочным данным, насчитывается 74 000 случаев МЛУ-ТБ. Кроме того, в регионе зарегистрирована высокая распространенность ВИЧ, которая продолжает расти – в период с 2001 до 2011 гг. уровень распространенности вырос на 250%. Эти эпидемии потрясли как государства-члены ЕС (Латвию, Литву, Эстонию, Румынию и Болгарию), так и государства, не входящие в состав ЕС (все страны, входившие в состав бывшего Советского Союза).

Внешние доноры, такие как Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и АМР США, сыграли решающую роль в обеспечении доступа к услугам в связи с ТБ в регионе. Эти программы были ориентированы в первую очередь на уязвимые группы, на которые чаще всего не обращают внимания правительства их стран. В связи с изменением политики доноры прекратили оказание помощи странам со средним уровнем дохода и перераспределили финансовую помощь среди стран с низким уровнем дохода. Такое перераспределение донорских ресурсов вполне вероятно может стать катастрофой для пациентов, живущих с ВИЧ и ТБ в регионе.

Если бы правительства Европы и Центральной Азии смогли заполнить вакуум, возникший после ухода доноров, это позволило бы обеспечить более высокую страновую ответственность, большую подотчетность и устойчивость программ по ТБ и ВИЧ. Однако очень маловероятно, что в связи с прекращением донорской поддержки в ближайшем будущем будет повышено местное финансирование программ, в связи с чем в финансировании базовых услуг в связи с ТБ и ВИЧ, вероятно, останутся большие пробелы. Такие негативные последствия уже ощутили на себе некоторые государства-члены ЕС, в частности, Румыния, в которой был зарегистрирован всплеск уровня заболеваемости ВИЧ и ТБ после прекращения поступления помощи после вступления страны в ЕС.

Внешние доноры вложили значительные средства в поддержку услуг для затронутых эпидемиями и маргинализованных сообществ, таких как потребители инъекционных наркотиков, работники коммерческого секса и заключенные. Финансирование таких услуг, как программы обмена шприцев, мотивационные продовольственные наборы и психосоциальная поддержка, способствовало значительному прогрессу в деле контроля над эпидемией. Однако прекращение донорской помощи, скорее всего, ослабит поддержку со стороны гражданского общества, поскольку в большинстве этих стран культура вовлечения и поддержки гражданского общества достаточно низка. Более того, в настоящее время ставится под вопрос качество лекарств для пациентов с ТБ и ВИЧ и их предоставление, поскольку механизмы закупок изменятся, что приведет к росту цен, а это может катастрофическим образом повлиять на сообщества.

Глобальному фонду, учреждениям ЕС и затронутым проблемой странам крайне необходимо объединиться и совместно разработать «дорожные карты» устойчивости программ для решения проблемы снижения донорского финансирования в регионе. Только согласованные усилия различных партнеров на страновом уровне могут обеспечить эффективный и устойчивый переход на внутреннее финансирование. Чрезвычайно важно, чтобы этой возможностью воспользовались политические лидеры и доноры, в частности, затронутые эпидемиями страны, ЕС и Глобальный фонд.

РЕКОМЕНДАЦИИ: **СОВМЕСТНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ**

СТРАНЫ, ЗАТРОНУТЫЕ ЭПИДЕМИЯМИ, должны разработать планы обеспечения устойчивости программ с конкретными графиками выполнения работ, а также сотрудничать с донорами, партнерами и техническими агентствами для обеспечения поддержки помощи на переходном этапе. Они должны продолжать вовлекать представителей гражданского общества и сообществ, затронутых эпидемиями, для обеспечения устойчивости и подотчетности программ.

УЧРЕЖДЕНИЯ ЕС должны признать роль политических лидеров в регионе и содействовать политическим мерам в ответ на обе эпидемии путем разработки Планов действий по ТБ и ВИЧ совместно с соседними странами и уделить приоритетное внимание проблеме ТБ и ВИЧ в политическом диалоге с наиболее затронутыми данной проблемой странами ВЕЦА.

ГЛОБАЛЬНЫЙ ФОНД должен обеспечить разработку странами планов по обеспечению устойчивости и предоставить должную поддержку странам, которые находятся в процессе перехода. В то же время, Глобальный фонд должен продолжать оказывать поддержку организациям гражданского общества, которые работают с сообществами, затронутыми эпидемиями, независимо от процесса перехода.

СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) представляет серьезную угрозу для здоровья и благополучия в Европе и Центральной Азии. По оценочным данным, на регион приходится четверть глобального бремени МЛУ-ТБ (74 000 случаев в год), несмотря на то, что там проживает всего 13 процентов мирового населения[1]. Распад Советского Союза два десятилетия назад и последовавшее за этим ухудшение социально-экономических условий и крах систем здравоохранения способствовали распространению МЛУ-ТБ в странах Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА). Пятнадцать из 27 стран, наиболее сильно затронутых эпидемией МЛУ-ТБ в мире, находятся в регионе ВЕЦА. В Докладе ВОЗ о глобальной борьбе с ТБ за 2014 г. указаны данные о том, что **в Европейском регионе ВОЗ отмечается наибольшая процентная доля случаев лекарственно-устойчивого ТБ, и в некоторых странах Центральной Азии она достигает тридцати процентов** (см. рисунок ниже). Заболевание требует срочных и совместных ответных мер по всему региону[2].

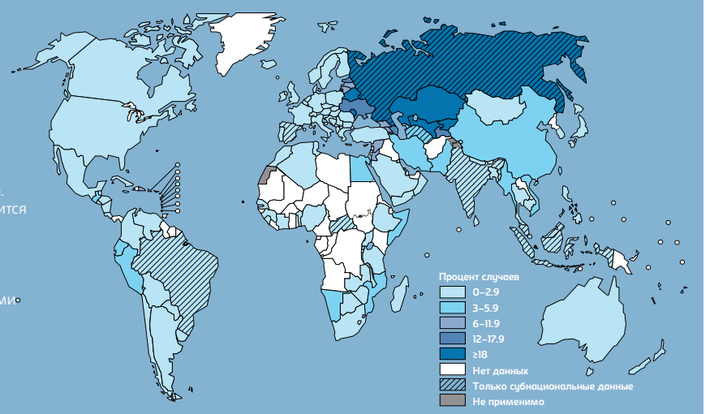
ТБ и МЛУ-ТБ – не единственные угрозы для общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Несмотря на снижение числа новых случаев инфицирования ВИЧ в мире, эпидемия ВИЧ в странах Европы и Центральной Азии остается самой быстрорастущей в мире. В то время как в странах Африки к югу от Сахары показатели распространенности ВИЧ упали с 5,8 до 5 процентов с 2001 до 2011 гг., **в странах ВЕЦА за тот же период времени уровень распространенности ВИЧ вырос на 250 процентов**[3]. В странах Европы и Центральной Азии в 2014 году было зарегистрировано более 136 000 новых случаев ВИЧ-инфекции, в то время как в 2004 году, всего на десять лет раньше, было зарегистрировано 76 000 новых случаев ВИЧ-инфекции[4]. Эпидемией наиболее сильно затронуты потребители инъекционных наркотиков, работники коммерческого секса и заключенные.

Эпидемии МЛУ-ТБ и ВИЧ являются проблемой для всех стран Восточной Европы и Центральной Азии. Четыре из 15 стран с наиболее высоким бременем МЛУ ТБ – это государства-члены Европейского союза (Болгария, Латвия, Литва и Эстония) . Похожая ситуация с эпидемией ВИЧ – несмотря на то, что в странах ВЕЦА она развивается наиболее остро, в государствах-членах ЕС ее уровень не снизился, несмотря на достижения в медикаментозном лечении и профилактических программах.

В данном отчете основное внимание уделяется странам Европы и Центральной Азии, которые продолжают нести тяжелое бремя МЛУ-ТБ и ВИЧ. В странах, рассматриваемых здесь, зарегистрирована большая часть из расчетных 74 000 случаев МЛУ-ТБ за год в регионе; среди рассматриваемых стран пять государств-членов ЕС (Болгария, Эстония, Латвия, Литва и Румыния) и 12 стран, не входящих в состав ЕС (Армения, Азербайджан, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Украина и Узбекистан).

ПРОЦЕНТ НОВЫХ СЛУЧАЕВ **МЛУ-ТБ**

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) – это форма лекарственно-устойчивого туберкулеза, вызываемая бактерией, не реагирующей, по меньшей мере, на изониазид и рифампицин, два самых мощных противотуберкулезных препарата. Лечить МЛУ-ТБ в регионе становится чрезвычайно сложно, поскольку варианты лечения ограничены и очень дороги, рекомендуемые препараты не всегда доступны, и пациенты сталкиваются со многими побочными эффектами лекарств. В некоторых случаях может развиться более тяжелая форма лекарственно-устойчивого туберкулеза.



Источник: Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом, 2014 г. Женева: ВОЗ

Значения показателей за последний год, за который были получены данные; отчетные периоды различаются в разных странах

Правовое уведомление: Территориальные границы, показанные на карте, не могут отражать фактические и территориальные претензии стран, также не подтверждаются издателем этого документа.

2014-2017: КЛЮЧЕВОЙ ПЕРЕХОДНЫЙ ПЕРИОД **К ЛУЧШЕМУ ИЛИ К ХУДШЕМУ?**

Мы находимся на критическом этапе в борьбе против ТБ, МЛУ-ТБ и ВИЧ. Эта борьба против эпидемий может быть выиграна путем согласованных и скоординированных усилий правительств стран Восточной Европы и Центральной Азии, государств-членов ЕС, учреждений Европейского союза, Глобального фонда для борьбы со СПИДом, ТБ и малярией (Глобального фонда) и технических партнеров. Если никакие действия не будут предприняты, регион может столкнуться с катастрофическим ростом уровня распространенности обоих заболеваний.

Традиционно **ответные меры на ТБ и ВИЧ в регионе зависели и зависят от числа внешних доноров (в основном, Глобального фонда и АМР США)**, которые предоставляли основную часть ресурсов для оказания услуг по профилактике, диагностике и лечению ТБ[6]. Гранты, предоставляемые Глобальным фондом и АМР США, были разработаны для заполнения существующих пробелов в финансировании национальных программ по ТБ и ВИЧ. Эти инвестиции были направлены на поддержку стран для формирования благоприятных условий и укрепления систем здравоохранения и систем сообществ, что позволило региону достичь значительного прогресса в деле борьбы с ВИЧ и ТБ. В частности, за последнее десятилетие роль Глобального фонда **в деле борьбы с эпидемиями ВИЧ и ТБ среди затронутых сообществ была чрезвычайно важной**[7]. С момента создания в 2002 году Глобальный фонд выделил почти 2 миллиарда долларов США странам Восточной Европы и Центральной Азии[8]. Эти инвестиции, а также инвестиции других доноров, способствовали расширению масштабов жизненно необходимых услуг для затронутых эпидемиями сообществ, зачастую упускаемых из виду правительствами их стран, которым не хватает политической воли для предоставления услуг уязвимым группам.

В настоящее время регион переходит с внешнего финансирования на другие источники. В 2012 году Правление Глобального фонда утвердило **Новую модель финансирования** (НМФ) на период с 2014 по 2016 гг. НМФ была введена в действие для гарантии того, что **инвестиции Глобального фонда будут сосредоточены в странах с низким уровнем дохода, наиболее затронутых заболеванием,** или, другими словами, там, где инвестиции окажут, предположительно, наибольшее воздействие. В связи с этим изменением политики Глобального фонда происходит постепенная отмена финансирования стран со средним уровнем дохода (ССУД), в которых проживает большинство людей, затронутых эпидемиями ВИЧ и ТБ[9].

2014-2017: КЛЮЧЕВОЙ ПЕРЕХОДНЫЙ ПЕРИОД
К ЛУЧШЕМУ ИЛИ К ХУДШЕМУ?

Пациенты МЛУ-ТБ Тудор и Космин, ожидают лечения в противотуберкулёзном санатории Леамна в Крайове, Румыния

© Tom Maguire

АМР США, Агентство США по международному развитию, также было основным донором в области здравоохранения для стран ВЕЦА. В период с 1990 по 2012 гг. АМР США предоставило около 20 миллиардов долларов США для поддержки региона[10]. Однако так же, как и другие учреждения по оказанию помощи, **в последнее время АМР США сократило размеры помощи для программ по ТБ и ВИЧ в странах с более высоким уровнем дохода**, таких, как Азербайджан, и инвестирует в регион в целом, оказывая поддержку деятельности Европейского регионального бюро ВОЗ.

Эти изменения в политике Глобального фонда и АМР США отражают аналогичную позицию ЕС по поводу собственной политики развития. В 2011 году в «Программе преобразований» Еврокомиссии особое внимание уделялось тому, что помощь должна быть сосредоточена в странах, которым она наиболее необходима, и в которых она может иметь наибольшее воздействие[11]. В данном отчете мы будем называть эти изменения политики «**прекращением донорской помощи**».

В данном отчете мы рассмотрим, в какой мере прекращение донорской помощи повлияет на траекторию развития эпидемий ТБ и ВИЧ в регионе. В нем будут представлены конкретные рекомендации для правительств стран, Европейского союза, основных доноров, лиц, ответственных за принятие политики, а также гражданского общества с целью обеспечения эффективных и координированных мер в ответ на эпидемии ТБ и ВИЧ.

ФИНАНСИРОВАНИЕ ОТВЕТНЫХ МЕР НА ЭПИДЕМИИ ТБ И ВИЧ В СТРАНАХ СО СРЕДНИМ УРОВНЕМ ДОХОДА (ССУД)

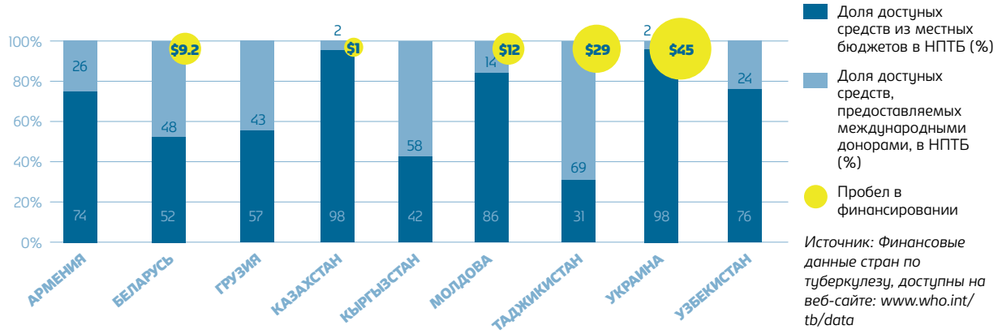
Вполне понятны обоснования Глобального фонда и других доноров по перенаправлению ресурсов в страны с низким уровнем дохода и высоким бременем заболевания, у которых меньше возможностей самостоятельно финансировать свои системы здравоохранения. В частности, следует учитывать тот факт, что Глобальный фонд зависит от донорских взносов правительств, которые находятся под давлением, поскольку обязаны показать электорату, что средства расходуются эффективно.

Конечной целью для ССУД должен быть переход на полное самостоятельное финансирование их программ по ТБ и ВИЧ, а вакуум, оставшийся после прекращения донорской помощи, должен быть заполнен правительством из национальных бюджетов. Если эти изменения в политике будут реализованы, это также обеспечит возможность более широкого участия в программах по ТБ и ВИЧ на основании стратегий и планов, разработанных на национальном уровне, в соответствии с национальными бюджетными циклами, что не всегда возможно в донорских программах. Это улучшит долгосрочную устойчивость программ и поможет обеспечить выполнение правительствами их обязательств относительно программ по ТБ и ВИЧ, которые они самостоятельно разрабатывали и финансировали. В идеале именно это должно стать результатом прекращения донорской поддержки.

Несмотря на благие намерения, политика прекращения донорской помощи потенциально может иметь неблагоприятные последствия, которые могут ослабить региональные усилия по борьбе с эпидемиями ТБ и ВИЧ. Самое главное, есть вероятность того, что прекращение донорской поддержки не будет сопровождаться увеличением внутреннего финансирования. Это только поспособствует увеличению бремени ТБ и ВИЧ в уязвимых сообществах, **в которых противостояние эпидемии и так происходит очень непросто. Если учитывать, что большинство бедных людей живут в ССУД, это может создать серьезные проблемы с точки зрения равенства и справедливости.**

Эти опасения хорошо обоснованы, если оценивать долю программных бюджетов по ТБ и ВИЧ, которые состоят из местного и международного финансирования. В Таджикистане и Кыргызстане доля доступного международного финансирования программ по ТБ составляет более 50 процентов. В то же время в Армении, Беларуси, Грузии и Узбекистане процентная доля финансирования, поступающего от международных доноров, составляет примерно 25 процентов[12]. Эти цифры ясно дают понять, что **многие страны ВЕЦА до сих пор сильно зависят от международного донорского финансирования, которое помогает реализовать их программы по ТБ и ВИЧ.** Данные показывают, что даже при теперешнем ограниченном финансировании со стороны международных доноров, таких как Глобальный фонд, многие из этих стран по-прежнему сталкиваются с нехваткой финансирования для их программ по ТБ и ВИЧ. Где же эти страны смогут внезапно найти ресурсы для борьбы с их эпидемиями ТБ и ВИЧ? Можем ли мы молча ожидать, что правительства усилят ответные меры? Каковы последствия для этих стран и более широкого региона?

ФИНАНСИРОВАНИЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПО ТУБЕРКУЛЁЗУ ИЗ МЕСТНОГО БЮДЖЕТА И МЕЖДУНАРОДНЫМИ ДОНОРАМИ, **А ТАКЖЕ НЕОБХОДИМЫЙ ОБЪЁМ ФИНАНСИРОВАНИЯ**



Источник: Финансовые данные стран по туберкулезу, доступны на веб-сайте: www.who.int/tb/data

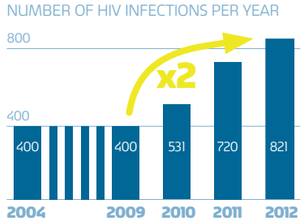
ВЛИЯНИЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОНОРСКОЙ ПОМОЩИ НА ЭПИДЕМИИ ТБ И ВИЧ

В соответствии с фактическими данными, во всем регионе ВЕЦА уже наблюдаются отрицательные последствия прекращения донорской поддержки для эпидемий ТБ и ВИЧ. Некоторые из этих проблем уже возникли после расширения ЕС в Восточной Европе. Прекращение работы внешних доноров в новых государствах-членах ЕС после расширения ЕС вызвало ощущение незащищенности, особенно для гражданского общества. В течение 2000-х годов, организации гражданского общества при поддержке программ внешних доноров разработали, развили и поддерживали широкий спектр социальных услуг для уязвимых групп. Кроме того, поддержка представителей гражданского общества, которые предоставляли эти услуги, была необходима для создания среды, в которой национальные правительства несли ответственность за соответствующее удовлетворение потребностей граждан своих стран в сфере здравоохранения. Прекращение работы большинства иностранных доноров ставит под угрозу существование этих необходимых социальных услуг и подотчетность со стороны гражданского общества.[13]

РУМЫНИЯ

27% OF ALL TB CASES IN THE EU **ARE IN ROMANIA**

NO SUPPORT FROM THE GLOBAL FUND FOR HIV PREVENTION & HARM REDUCTION PROGRAMMES **SINCE 2011**



Румыния, которая стала членом ЕС в 2007 году, столкнулась с проблемами предоставления социальных услуг уязвимым группам, которые ранее предоставлялись представителями гражданского общества и общественными организациями. В 2007 году АМР США прекратило финансирование программы Румынии по ТБ. После этого правительство Румынии не смогло заполнить образовавшийся пробел в финансировании и не подавало заявок в ЕС на финансирование в сфере здравоохранения до недавних пор[14]. Случай Румынии иллюстрирует вопросы, возникающие в странах со средним уровнем дохода, а также их желание или способность заполнить пробелы в финансировании после прекращения донорской помощи. Прошло восемь лет с момента вступления страны в ЕС; сейчас Румыния печально известна, как страна ЕС с **самым низким уровнем общих расходов на здравоохранение на душу населения, и в ней насчитываются невероятные 27 процентов всех случаев ТБ в ЕС**[15]. Также в Румынии растет число новых случаев инфицирования ВИЧ. **Число случаев оставалось стабильным, на уровне примерно 400 случаев за год, в период с 2004 по 2009 гг., а в 2012 году выросло до 800 новых случаев в год. Этот всплеск объясняется увеличением числа инфицирования ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков**[16]. Несмотря на высокий уровень распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, Глобальный фонд внезапно прекратил поддержку программ профилактики ВИЧ и снижения вреда в 2011 году[17]. **Некоторые наблюдатели рассматривают Румынию как предвестника многих вспышек эпидемии, которые могут произойти после прекращения работы Глобального фонда в других странах Восточной Европы**[18]. Прекращение Глобальным фондом программ по ТБ будет катастрофой. Поскольку Румыния является членом ЕС, она не имеет права на получение финансирования от Глобального фонда, однако в связи с высоким бременем ТБ в стране были предприняты чрезвычайные меры. Чрезвычайно важно, чтобы внутреннее финансирование росло, было предсказуемым и стабильным, если мы не хотим видеть рост эпидемий ТБ и ВИЧ в нашем регионе[19].

“ТБ сложно продать политикам, он непривлекателен с политической точки зрения.”

Джонатан Стилло, медицинский антрополог, работающий в Румынии

РОССИЯ

NFM **$12 MILLION** GLOBAL FUND > RUSSIA 2015 > 2017

70,000 NEW HIV CASES/YEAR

-76% INJECTING DRUG USERS **RECEIVING SERVICES** BETWEEN 2015 & 2017

Переход с позиции страны-реципиента на позицию страны-донора делает Россию уникальной страной, опыт которой стоит изучить для решения проблем, возникающих при прекращении донорской помощи. Существуют данные, свидетельствующие о том, что в связи с этим переходом затронутые эпидемиями сообщества оказались предоставлены сами себе[20]. В 2010 году Россия заявила, что экономика страны улучшилась настолько, что она могла бы стать донором Глобального фонда, а не бенефициаром[21]. Глобальный фонд понимает, что в стране растет эпидемия ВИЧ, и продолжает поддерживать некоторые услуги в России. В рамках НМФ Россия может получать до 12 миллионов долларов США от Глобального фонда. Однако в стране с расчетным числом 70 000 новых случаев в год и с законодательством, которое не поддерживает политику снижения вреда, под предлогом того, что она, вероятно, угрожает контролю над наркотиками, эта поддержка может быть только такой[22]. **Был признан тот факт, что число потребителей инъекционных наркотиков снизилось бы на 76%, если бы они получали услуги в рамках распределения средств в НМФ в период с 2015 по 2017 гг**. Пример России подчеркивает неопределенность, связанную с прекращением донорской помощи, и проблемы, связанные с сокращением финансирования в странах, которые теоретически могут самостоятельно поддерживать свои программы, но на практике, при отсутствии благоприятной среды для таких стратегий, как снижение вреда, многие люди не имеют доступа к необходимым им услугам.

УКРАИНА

Украинапродолжает получать финансирование от внешних доноров, таких как Глобальный фонд и АМР США. Однако страна получает максимально допустимое финансирование, возможное в рамках НМФ Глобального фонда. В рамках гранта НМФ планируется, что переход к внутреннему финансированию должен произойти в 2017 году и будет полностью завершен к концу указанного года. Есть также признаки того, что АМР США последует этому примеру . Правительство взяло на себя большую часть расходов на лечение, уход и поддержку в связи с ВИЧ, но большая часть профилактической работы, в частности, программы снижения вреда и опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) финансируется за счет гранта Глобального фонда и реализуется МБФ Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине[24].

Существует высокий риск прекращения программ по профилактике ВИЧ и ТБ после прекращения поддержки Глобального фонда в стране в связи с отсутствием законодательной базы для создания государственного заказа на социальные услуги, предоставляемые организациями гражданского общества, отсутствием политической воли и ухудшением финансовой стабильности в стране в последние месяцы. Мероприятия по профилактике ВИЧ и ТБ, а также большинство услуг, предоставляемых организациями гражданского общества, могут прекратиться, если Глобальный фонд прекратит предоставлять помощь в конце 2017 года. В рамках нынешней реформы в сфере здравоохранения и в результате напряженной политической ситуации в стране, ВИЧ и ТБ более не являются первоочередными приоритетами.

ВЛИЯНИЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОНОРСКОЙ ПОМОЩИ
НА ЭПИДЕМИИ ТБ И ВИЧ

ВЛИЯНИЕ НА РОЛЬ
ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА И ЗАТРОНУТЫХ ЭПИДЕМИЯМИ СООБЩЕСТВ

Гражданское общество играет преобразующую роль в деле борьбы с эпидемиями ТБ и ВИЧ. Благодаря тесному сотрудничеству с сообществами, организациям гражданского общества зачастую больше доверяют, и они предоставляют более эффективную поддержку людям, живущим с ТБ и ВИЧ. В результате их активного вовлечения в жизнь сообщества, организации гражданского общества могут более эффективно защищать права групп, которые они представляют, включая работников коммерческого секса, мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, людей, живущих с ВИЧ, потребителей инъекционных наркотиков, заключенных, а также других групп высокого риска, таких так бездомные люди и мигранты. Организации гражданского общества помогают снизить стигму в отношении уязвимых групп, способствовать социальным и структурным изменениям, которые меняют отношения к определенным уязвимым группам, мобилизовать ресурсы и вступать в политический диалог.

Положительное влияние Глобального фонда и других доноров в регионе является очевидным благодаря их инвестициям в работу организаций гражданского общества с этими затронутыми эпидемиями сообществами. Донорская поддержка позволила реализовать различные вмешательства по уходу и поддержке, такие как обмен игл и шприцев, мотивационные продуктовые наборы, и услуги по социально-психологической поддержке. Эти вмешательства чрезвычайно важны для обеспечения доступа групп риска в общественные центры, в которых им могут дать направление в медицинские учреждения для лечения. Прекращение донорской помощи ставит под угрозу существование и эффективность этих программ. Отсутствие системы направлений на уровне сообществ может стать причиной дальнейшего распространения МЛУ-ТБ и ВИЧ среди затронутых эпидемиями сообществ. Это негативное воздействие будет ощущаться во всем регионе, и уже отмечается заинтересованными сторонами в Таджикистане. Тут заинтересованные стороны, работающие с сообществами, отметили, что прекращение донорской поддержки повлияет на пациентов с МЛУ-ТБ, в частности, на обеспечение их доступа к лечению, поскольку предоставление услуг по направлению и мотивации, которые оказывают организации гражданского общества, в будущем может быть прекращено. Результатом этого может стать снижение уровня приверженности к лечению, и, что пугает больше всего, повышение уровня лекарственной устойчивости и снижение уровня выявления и регистрации новых случаев ТБ.

Организации гражданского общества в регионе выразили свою обеспокоенность в письме Правлению Глобального фонда в ноябре 2014 года, подчеркнув свои законные опасения по поводу того, что услуги, предоставляемые организациями гражданского общества, будут прерваны ввиду устойчивого политического противостояния, и это окажет неблагоприятное влияние на группы высокого риска[25]. Кроме того, у доноров имеются нереалистичные ожидания по поводу того, какие мероприятия страны могут осуществить за короткий период времени, пока не будет исчерпано финансирование. В настоящее время, **Глобальный фонд финансирует 70% расходов на лечение АРВ-препаратами в Беларуси**[26]. Невозможно предположить, что Беларусь сможет найти другой способ внутреннего финансирования лечения ВИЧ в стране в течение всего двух лет.

Прекращение донорской помощи не только представляет угрозу для уникальной роли, которую может исполнить гражданское общество, но также может ослабить организации общественного общества, которые в последнее время были признаны «партнерами» правительств, поскольку они получали финансирование из Глобального фонда. **В некоторых хрупких политических системах стран ВЕЦА, это ослабление может помешать гражданскому обществу проводить адвокационную деятельность для получения больших объемов внутреннего финансирования для программ по ТБ и ВИЧ в то время, когда оно больше всего необходимо.** Точно так же могут возникнуть проблемы с ролью гражданского общества и затронутых сообществ в управлении программами по ТБ и ВИЧ. Эта роль еще недостаточно сильна, но благодаря усилиям Глобального фонда по укреплению Страновых координационных механизмов (СКМ), расширилось право голоса этих групп в вопросах разработки и реализации программ по ВИЧ и ТБ. **Участие и роль гражданского общества в осуществлении контроля за услугами, предоставляемыми правительством, до сих пор развиваются во многих странах.** После постепенного прекращения работы Глобального фонда они будут бороться за выживание или продолжат свое существование, но будут объединены с другими структурами, в которых, как правило, отсутствует «культура» участия гражданского общества, и поэтому они будут ослаблены. Во многих странах ВЕЦА, у организаций гражданского общества и представителей затронутых сообществ по-прежнему недостаточно полномочий для того, чтобы выступать за их включение в системы управления в качестве партнеров. В конечном счете, это может обернуть вспять уже достигнутый прогресс в деле обеспечения более прозрачного, подотчетного и инклюзивного управления.

ВЛИЯНИЕ НА
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ И ЦЕНООБРАЗОВАНИЕ

Когда страны переходят из категории низкого дохода в категорию среднего уровня дохода, они больше платят за лекарственные препараты. Уход доноров повлияет на поставки и ценообразование препаратов в регионе. Во всем регионе правительства финансируют (или планируют финансировать) закупки противотуберкулезных препаратов первого ряда. Однако существуют опасения, что **финансирования для закупки препаратов второго ряда для лечения пациентов с МЛУ-ТБ может не хватить.** Вполне вероятно, что прекращение донорской помощи приведет к предоставлению более дорогих противотуберкулезных препаратов второго ряда, которые раньше в большинстве случаев предоставлялись при поддержке Глобального фонда.

Вследствие этого страны, вероятно, будут вынуждены устанавливать очередность получения препаратов или покупать более дешевые комбинации лекарств, которые могут быть не настолько эффективны и могут не подходить людям, которым они необходимы, и, таким образом, потенциально увеличивать риск развития лекарственной устойчивости[27].

В дополнение к этому, неблагоприятным последствием прекращения донорской помощи может стать **повышенная вероятность возникновения дефицита препаратов**. Многие страны полагались на Глобальный фонд в вопросах закупок лекарственных препаратов по упрощенной процедуре для предотвращения дефицита[28]. Если (и когда) лекарственные препараты закупаются централизованно путем государственных тендеров (к участию в которых приглашаются разные организации), для закупки некоторых препаратов необходима регистрация в соответствии с национальными законами и правилами, и если правительства не справляются с задачей проведения тендеров вовремя, – а они зачастую не справляются, – это может привести к дефициту лекарств. В Узбекистане за централизованную закупку всех лекарств отвечает одна государственная организация. Существуют некоторые опасения, что возможное прекращение донорской помощи Глобального фонда может стать причиной прерывания доступа к лечению МЛУ-ТБ. Заинтересованные стороны, работающие в сфере борьбы с ТБ, высказывают опасения, что будет сложно обеспечить выполнение международных стандартов контроля качества для закупок лекарств. В попытке **сэкономить деньги, национальные правительства могут закупать более дешевые противотуберкулезные лекарства, качество которых может быть ниже.**

Пациент, сидящий на кровати в больнице Bisercani в Румынии

© Tom Maguire

После прекращения донорской поддержки может также упасть эффективность закупки лекарств. Пример Украины ярко иллюстрирует проблемы, которые могут возникнуть в процессе государственных закупок. **В сентябре 2014 года Министерство здравоохранения не смогло должным образом провести 80% тендеров на закупку лекарств для пациентов с онкологическими заболеваниями, гемофилией, муковисцидозом, вирусными гепатитами, туберкулезом, ВИЧ/СПИДом и другими заболеваниями**[29]. Такие случаи, несомненно, вызывают все больше сложностей для пациентов и увеличение уровня передачи заболеваний. В Кыргызстане существуют опасения, что единственный источник финансирования закупок АРВ-препаратов для людей, живущих с ВИЧ, - это Глобальный фонд. Более того, с учетом того, что примерно 44% средств для финансирования программ по ТБ поступают из международных источников, существует неуверенность по поводу обеспечения устойчивости вмешательств по ТБ и ВИЧ в стране[30]. **Существуют значительные пробелы в финансировании эффективного контроля за ТБ, особенно с учетом сложных и дорогостоящих мер по ведению случаев ТБ с лекарственной устойчивостью.**

ВЫВОДЫ

Igor, Moldova

© Alexandr Preachin

Ожидается, что доноры прекратят работу в ССУД, несмотря на то, что в этих странах проживает большинство бедного населения мира. Хотя представители гражданского общества признают, что их правительства должны увеличить внутренние расходы на программы по ТБ и ВИЧ, большинство людей по-прежнему **ставят под сомнение возможность и готовность правительств в регионе принимать более активные ответные меры после прекращения работы Глобального фонда и других доноров.**

Отсутствие внутреннего финансирования программ по ТБ и ВИЧ стало причиной ограничений бюджета и отсутствия государственного финансирования сферы здравоохранения во всем регионе. **В некоторых странах до 50% средств для финансирования программ ТБ поступает из международных источников. Несмотря на эту поддержку, многие из этих стран продолжают страдать от недостаточного финансирования своих программ по ТБ и ВИЧ.** В данном отчете продемонстрированы возможные катастрофические последствия прекращения работы доноров в регионе, обращение вспять прогресса, достигнутого за многие годы, особенно среди уязвимых групп, которые сильнее всего страдают от заболевания. В интервью с различными заинтересованными сторонами были освещены ключевые области, в которых последствия прекращения донорской помощи будет наиболее разрушительным.

1 **Возможности гражданского общества выполнять функции эффективного надзора за деятельностью правительства и предоставлять услуги будут существенно ограничены.**

Существуют серьезные опасения, что после прекращения работы доноров немногие механизмы для обеспечения подотчетности правительств полностью исчезнут. К этим механизмам относятся документирование дефицита препаратов, выявление ненадлежащих задержек диагностики и участие в решающем политическом диалоге.

Также роль гражданского общества будет ослаблена с точки зрения предоставления услуг, включая различные вмешательства по уходу и поддержке, необязательно медицинские, которые являются важными этапами в обеспечении доступа уязвимых групп к лечению.

2 **Вероятнее всего и ценообразование, и доступ к лекарствам ухудшатся.** После того, как страны с низким уровнем дохода станут странами со средним уровнем дохода, цена лекарств вырастет, и страны станут отвечать за финансирование. В данный момент до 50 процентов средств на финансирование программ по ТБ и ВИЧ поступает из внешних источников. Страны могут не иметь возможностей или окажутся не готовы закупать препараты для национальных программ по ТБ и ВИЧ, в частности, более дорогие препараты, необходимые для лечения М/ШЛУ-ТБ. Остаются вопросы по поводу того, каким образом эти страны, для которых здравоохранение не является приоритетом, и которые продолжают испытывать недостаток средств для финансирования своих программ по ТБ, смогут принять меры и заполнить пробелы в финансировании после прекращения работы доноров. Более того, переход к государственным закупкам может стать причиной дефицита лекарств и закупок лекарств низкого качества.

3 Все это может привести к возникновению **катастрофической ситуации**, в которой странам придется расставлять приоритеты и решать, кто может иметь доступ к лечению, и, скорее всего, решение будет принято не в пользу уязвимых групп. В некоторых ситуациях ключевые услуги, предоставляемые в этих сообществах, могут прекратить свое существование. Эти сценарии уже происходят в Румынии и России, и есть доказательства, предполагающие, что прогресс, достигнутый в деле борьбы с ВИЧ и ТБ, подвергается риску. И, вероятнее всего, это будет продолжаться, если не будут предприняты конкретные шаги для обеспечения устойчивого и надлежащего финансирования мер в ответ на эпидемии ТБ и ВИЧ.

Только совместные усилия различных партнеров на страновом уровне с учетом ситуации в стране могут обеспечить эффективный и устойчивый переход на внутреннее финансирование. **Чрезвычайно важно, чтобы представленная в настоящее время возможность была использована политическими лидерами и донорами, такими как правительства стран, ЕС и Глобальный фонд.** Очевидно, что если правительства стран не хотят или не могут предпринять меры и заполнить эти пробелы в финансировании, эпидемии ТБ и ВИЧ будут развиваться и в дальнейшем и лягут тяжким бременем на страны ВЕЦА.

Страны, наиболее сильно затронутые эпидемиями ТБ и ВИЧ должны обеспечить принятие правительством ответных мер. ЕС также должен использовать эту возможность, чтобы продемонстрировать уверенное политическое региональное руководство в области ТБ и ВИЧ в ЕС и регионе, и вступить в политический диалог со странами для обеспечения надлежащего финансирования мер в ответ на обе эпидемии. Кроме того, Глобальный фонд должен убедиться, что прекращение финансирования происходит с учетом совместной ответственности. Наконец, Глобальный фонд должен продолжить финансирование организаций гражданского общества, которые осуществляют успешные вмешательства, которые правительство, скорее всего, не будет финансировать после прекращения донорской помощи.

РЕКОМЕНДАЦИИ:
СОВМЕСТНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

ДЛЯ **СТРАН, ЗАТРОНУТЫХ ЭПИДЕМИЯМИ:**

- Посетить Первую Министерскую конференцию Восточного партнерства по борьбе с туберкулезом и туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью в марте 2015 года, организованную в рамках председательства Латвии в Совете Европейского союза в марте 2015 года, и воспользоваться этой возможностью для того, чтобы наладить политическое сотрудничество на высоком уровне и продолжить борьбу с ТБ.
- Гарантировать, что национальные программы по ТБ и ВИЧ решают проблемы эпидемий в затронутых сообществах, путем поддержки представителей гражданского общества в процессе принятия решений.
- Сотрудничать с Глобальным фондом и гражданским обществом, чтобы обеспечить наличие четких планов по устойчивому финансированию программ по ТБ и ВИЧ. Очень важно заранее запланировать, каким образом будет оказана поддержка и обеспечена устойчивость расширения услуг после прекращения текущего донорского финансирования.
- Изучить альтернативные способы использования и мобилизации ресурсов:
  - Страны могут более рационально использовать ресурсы. Это может включать пересмотр распределения существующих финансовых средств, например, переход от системы стационарной помощи к амбулаторной помощи. Хотя это не будет способствовать моментальной экономии и даже потребует дополнительных вложений, в долгосрочной перспективе это поможет значительно сэкономить средства.
  - Страны могут также исследовать инновационные способы мобилизации ресурсов. Например, использовать налоговые доходы или заключить партнерские отношения с частным сектором в рамках партнерств или целевых фондов для увеличения объема ресурсов[31].

ДЛЯ **УЧРЕЖДЕНИЙ ЕС:**

- Уделять больше внимания ТБ и ВИЧ в плане ЕС по вопросам здравоохранения, развития и исследований и принять политические и финансовые меры для обеспечения устойчивости мер по борьбе с эпидемиями ТБ и ВИЧ в регионе.
- Продемонстрировать региональную и глобальную приверженность делу борьбы с ТБ и ВИЧ путем обеспечения политического диалога по вопросам заболеваний и соглашений с государствами-партнерами ЕС.
- Разработать Политический план действий и принять Выводы совета по вопросам ТБ и ВИЧ для ЕС и соседних стран.
- Разработать дорожную карту для поддержки перехода стран с внешнего на внутреннее финансирование в Европейском регионе с указанием конкретных целей и результатов, и сроков их достижения.

ДЛЯ **ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА**
ДЛЯ БОРЬБЫ СО СПИДОМ, ТУБЕРКУЛЕЗОМ И МАЛЯРИЕЙ:

- Убедиться, что в Стратегии Глобального фонда на 2017-2021 годы отмечен тот факт, что большинство бедного населения мира проживает в ССУД. Таким образом, Глобальный фонд должен обеспечить:
  - Доступность устойчивого финансирования в ССУД с существенным бременем заболеваний, которое позволит уязвимым группам продолжать получать необходимые услуги.
  - Надлежащую поддержку стран, техническую помощь и развитие адвокационного потенциала, в процессе перехода от донорского к внутреннему финансированию. Это включает работу с заинтересованными сторонами для обеспечения разработки планов, благодаря которым программы не прекратят свою деятельность, и основные компоненты не исчезнут[32].
- Признать важную роль организаций гражданского общества в деле поддержки затронутых сообществ в ССУД в ВЕЦА, и продолжать поддержку работы этих организаций гражданского общества, в особенности, если есть данные о том, что правительство не будет оказывать им поддержку.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 ВОЗ (2014) Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом, 2014 г., Женева: Всемирная организация здравоохранения.

2 Страны Европейского региона ВОЗ: Албания, Андорра, Армения, Австрия, Азербайджан, Беларусь, Бельгия, Босния и Герцеговина, Болгария, Хорватия, Кипр, Чешская Республика, Дания, Эстония, Финляндия, Франция, Грузия. Германия, Греция, Венгрия, Исландия, Ирландия, Израиль, Италия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Люксембург, Мальта, Монако, Черногория, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Республика Молдова, Румыния, Сан-Марино, Сербия, Словакия, Словения, Испания, Швеция, Швейцария, Таджикистан, Бывшая югославская Республика Македония, Турция, Туркменистан, Украина, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Узбекистан.

3 AVERT (2015) HIV & AIDS in Russia, Eastern Europe and Central Asia. Документ доступен онлайн: http://www.avert.org/hiv-aids-russia-eastern-europe-central-asia.htm#footnoteref6_koz19ol

4 ВОЗ (2015) Предпринимаемых в Европейском регионе действий по борьбе с ВИЧ-инфекцией недостаточно для сдерживания эпидемии: число новых случаев ВИЧ-инфекции возросло на 80% по сравнению с показателями за 2004 г., Всемирная организация здравоохранения

5 ВОЗ (2014) Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом, 2014 г., Женева: Всемирная организация здравоохранения

6 USAID (2013) Accelerating Impact: Expanding Access to Care. Агентство США по международному развитию.

7 Термин «затронутые эпидемиями сообщества» относится к людям непосредственно или косвенно затронутым эпидемиями ТБ и ВИЧ. В затронутые эпидемиями сообщества входят люди, которые живут с заболеваниями, и поэтому обладают уникальными знаниями о том, каким образом можно удовлетворить их потребности в их странах с учетом местных условий. Сообщества, затронутые эпидемиями, могут включать людей, подвергающихся высокому риску инфицирования ТБ или ВИЧ, а также тех, кто несет несоразмерно тяжелое бремя последствий ТБ и ВИЧ. Поэтому к затронутым эпидемиями сообществам относятся не только пациенты (или бывшие пациенты) с ТБ или люди, живущие с ВИЧ, их семьи и друзья, но также медицинские работники, заключенные, работники коммерческого секса, мигранты, бездомные люди, потребители инъекционных наркотиков, община ромо, и другие сообщества, подвергающиеся высокому риску.

8 Данные взяты из документа Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией «Наши цифры на карте» ('Mapping Our Numbers'). Доступно онлайн: http://portfolio.theglobalfund.org/en/Mapping/Index

9 Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (2014) Обратим вспять эпидемии ВИЧ и туберкулеза: Руководство по инвестициям Глобального фонда для стран Восточной Европы и Центральной Азии

10 USAID (2013) 20 Years Of USAID Economic Growth Assistance In Europe And Eurasia. Вашингтон: Агентство США по международному развитию.

11 Сообщение Европейской комиссии в Европейский парламент, Совет Европы. Европейский социально-экономический комитет и Комитет регионов, «Усиление влияния политики ЕС в области развития: планы перемен» (Increasing the Impact of EU Development Policy: an Agenda for Change), 13 октября 2011 г.

12 ВОЗ (2014) Данные стран по туберкулезу, Женева: Всемирная организация здравоохранения.

13 Burada, V. (2007) Working to develop capacity at the service of those most in need, Civil Society Development Foundation.

14 По словам Джонатана Стилло, медицинского антрополога из США: «*Совсем недавно Румыния обращалась в ЕС за финансированием для борьбы с ТБ, и просила выделить средства на ремонт какой-то больницы на севере, а также на проект POSDRU для пациентов с МЛУ-ТБ, которым занимается RAA. Однако, в период с 2007 по 2014 гг., со стороны Румынского правительства не было практически никаких попыток получить структурное или региональное финансирование*».

15 ECDC & WHO EURO (2013) Tuberculosis Surveillance and monitoring in Europe 2013, Европейский центр профилактики и контроля заболеваний / Европейское региональное бюро ВОЗ

16 ВОЗ/ЕЦКЗ 2015:21-22

17 Снижение вреда относится к политике, программам и практике, целью которых является снижение вреда, связанного с потреблением наркотиков, для людей, которые не могут или не хотят прекращать потребление. Определяющими чертами являются акцентирование внимания на профилактике вреда, а не профилактике потребления наркотиков, а также уделение внимания людям, которые продолжают употреблять наркотики.

18 OSI (2014) Дискредитация глобальной борьбы: Несоответствие стратегии Глобального фонда и практических последствий новой модели финансирования, OSI: New York.

19 По словам Джонатана Стилло, медицинского антрополога из США.

20 EHRN (2014) Евразийская сеть снижения вреда, Открытое письмо организаций гражданского общества Правлению Глобального фонда.

21 Garmaise, D. (2013) New Funding for Russian HIV Grant Will Sustain Prevention Services for Most-At-Risk Populations, AIDSPAN. Документ доступен онлайн: http://www.aidspan.org/gfo_article/new-funding-russian-hiv-grant-will-sustain-prevention-services-most-risk-populations

22 AVERT (2012) HIV & AIDS in Russian, Eastern Europe and Central Asia. Available online: http://www.avert.org/hiv-aids-russia-eastern-europe-central-asia.htm

23 По словам Захедула Ислама, Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине.

24 TERG (2013) Sustainability Review of Global Fund Supported HIV, Tuberculosis and Malaria Programmes.

25 EHRN (2014) Евразийская сеть снижения вреда, Открытое письмо организаций гражданского общества Правлению Глобального фонда.

26 «БелСеть антиСПИД» (2013) Эксперты опасаются вспышки ВИЧ-инфекции в 2016 году, Документ доступен онлайн: http://belaids.net/news/2013/658

27 ICASO (2014) Punishing Success? Explanation of Band 4 of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria and its Implications for Civil Society and Key Populations. ICASO. November 2014

28 Обычно выдавалось одноразовое разрешение на доставку без процедур регистрации лекарств.

29 TBEC (2014) Patients Groups Rally in Ukraine as Government Fails to Conduct Essential Drug Purchase Tenders

30 ПРООН (2014) Годовой отчет ПРООН о реализации в Кыргызской Республике грантов Глобального Фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией за 2013 год.

31 Friends of the Global Fight (2015) Innovation for Greater Impact: Exploring Resources for Domestic Health Funding Africa. Available online: http://theglobalfight.org/wp-content/uploads/Innovation_for_Greater_Impact.pdf

32 Глобальный фонд (2015). Отчет ГТО о рассмотрении концептуальных записок, представленных в 3-м и 4-м периодах в соответствии с моделью финансирования, Февраль 2015 г.

ЕВРОПЕЙСКАЯ КОАЛИЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ

TBCOALITION.EU

Европейская коалиция по туберкулезу (ЕКТБ) является сетью организаций гражданского общества и сообщества активистов в борьбе против туберкулёза (ТБ). Нас объединяет неуклонное стремление к повышению осведомлённости о ТБ и укреплению политической воли по контролю над эпидемией ТБ во всех странах Европейского региона Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и во всем мире.

ACTION

ACTION.ORG

глобальное партнерство организаций, цель которых воздействовать на политику и мобилизовать ресурсы для противодействия заболеваниям бедности и обеспечения равноправного доступа к услугам здравоохранения. ACTION был основан в 2004 году в качестве партнёрства организаций гражданского общества по адвокации с общей целью мобилизации новых ресурсов для борьбы с туберкулёзом (ТБ), заболевание, убивающее одного человека каждые 20 секунд. Партнёры ACTION работают на пяти континентах как в донорских странах так и в странах с высоким уровнем заболеваемости и проводят адвокацию на местном, национальном, и глобальном уровнях.

ГЛОБАЛЬНЫЕ АДВОКАТЫ ЗДОРОВЬЯ ФРАНЦИЯ И РЕЗАЛТС ВЕЛИКОБРИТАНИЯ

неправительственные организации, являющиеся частью сети ACTION и руководящие работой Секретариата Европейской коалиции по борьбе с туберкулёзом

GHADVOCATES.EU

RESULTS.ORG.UK

Photo: © IFRC Design: nathaliewirth.fr

MARCH 2015

Совместное Финансирование Программой здравоохранения ЕС

Этот документ является результатом деятельности, получившей финансирование в рамках действующего гранта от Программы здравоохранения ЕС (2014-2020). Автор данного отчёта несёт полную ответственность за его содержание, содержание данного отчёта, который выражает исключительно точку зрения его автора, и не отражает взгляды Европейской комиссии и / или исполнительного агентства по правам потребителей, здравоохранения, сельского хозяйства и продовольствия или других органов Европейского Союза. Европейская комиссия и Агентство не несут ответственности за использование информации, содержащейся в этом документе.