



ЕВРОПА

Европейский министерский форум ВОЗ: «Все против туберкулеза»



Берлинская декларация по туберкулезу

Резюме

Европейское региональное бюро ВОЗ провело 22 октября 2007 г. в Берлине, Германия, Европейский министерский форум ВОЗ «Все против туберкулеза» с целью ускорения прогресса в достижении глобальных целей по борьбе с туберкулезом (ТБ) в Европейском регионе ВОЗ, а также в решении задачи 8 в рамках Цели тысячелетия в области развития 6: к 2015 г. «...остановить распространение туберкулеза и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости». В Форуме приняли участие свыше 300 делегатов, в том числе министры здравоохранения, министры юстиции, высокопоставленные лица из 49 государств-членов Европейского региона ВОЗ, а также представители других агентств Организации Объединенных Наций, межправительственных и неправительственных организаций (НПО). Участники обсудили следующие вопросы:

- угроза ТБ в Регионе;
- ответные меры, предпринимаемые в Регионе, и что необходимо сделать для ликвидации имеющихся недостатков;
- ТБ как проблема общественного здравоохранения, стоящая перед системами здравоохранения;
- механизмы контроля или ликвидации ТБ, а также обеспечения ресурсами, необходимыми для решения этой задачи.

Участники Форума приняли предложение партнерства от более чем 45 организаций гражданского общества. В заключение участники одобрили Берлинскую декларацию по туберкулезу для обеспечения дальнейшего прогресса в борьбе против ТБ в Европейском регионе ВОЗ.

Ключевые слова

TUBERCULOSIS – prevention and control
TUBERCULOSIS – congresses
REGIONAL HEALTH PLANNING
TREATIES
EUROPE

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро:

<http://www.euro.who.int/pubrequest>

© Всемирная организация здравоохранения, 2008 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы, не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов Отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

	<i>Стр.</i>
Вступительное слово	v
Берлинская декларация по туберкулезу.....	1
Отчет о Форуме	6
Введение.....	6
Угроза ТБ для Европейского региона	7
Ответ Европейского региона	9
Ликвидировать недостатки в ответных мерах	12
ТБ как проблема общественного здравоохранения и механизмы его контроля или ликвидации: мнения министров	17
Берлинская декларация по туберкулезу	23
Приложение 1.....	24
Заседания и презентации	24
Приложение 2.....	27
Предложение партнерства от гражданского общества министрам Европейского региона	27
Приложение 3.....	32
Участники.....	32

Вступительное слово

Возрождение туберкулеза (ТБ) привело к тому, что в Европейском регионе ВОЗ создалась чрезвычайная ситуация. ТБ распространяется на все страны Региона. Ни один из жителей – ни в Европе, ни в мире – не застрахован от этого заболевания, поэтому для успешного противодействия ТБ необходимо участие всех секторов.

Следовательно, политическая солидарность крайне важна для мобилизации всех секторов правительства, всех партнеров и заинтересованных сторон для совместной работы в странах и на международном уровне. Партнерские отношения, основанные на такой солидарности, могут укреплять национальные системы здравоохранения для борьбы с ТБ, обеспечивая скрининг на местах, подготовку кадров (особенно предоставляющих первичную медико-санитарную помощь), а также лечение и наблюдение. Кроме того, необходимы совместные усилия на международном уровне для борьбы с ТБ, вызванным лекарственно-устойчивыми штаммами микобактерий. В целях содействия солидарности и поддержки стран в их усилиях по предупреждению ТБ и борьбе с ним Европейское региональное бюро, например, работает вместе Европейским союзом, Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, а также с целым кругом неправительственных организаций в рамках Партнерства «Остановить туберкулез».

На Европейском министерском форуме ВОЗ «Все против туберкулеза» страны Региона заявили о новом уровне солидарности, а также приверженности расширению масштабов межсекторальных действий по борьбе с ТБ, приняв Берлинскую декларацию по туберкулезу. Изменит ли эта Декларация положение более чем 445 000 больных ТБ в Европейском регионе ВОЗ? Изменит! Но только в том случае, если правительства выполнят решения, принятые в Берлине. А мы – Всемирная организация здравоохранения – в свою очередь обязуемся помогать проведению программ в тех областях, где мы можем внести существенный вклад и где мы можем изменить ситуацию. Хорошая новость состоит в том, что при проявлении политической воли и приверженности многие проблемы, которые мы обсудили в Берлине, могут быть решены. Мы созвали этот Форум, чтобы привлечь внимание к проблемам ТБ, с которыми придется столкнуться системам здравоохранения наших государств-членов, с тем чтобы правительства могли что-то сделать для их решения.

Marc Danzon
Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

Берлинская декларация по туберкулезу

1. Мы, министры государств-членов Европейского региона Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), собравшись вместе с директором Европейского регионального бюро ВОЗ и другими высокопоставленными партнерами на Европейском министерском форуме ВОЗ по туберкулезу (Берлин, 22 октября 2007 г.), **с обеспокоенностью отмечаем**, что туберкулез (ТБ) вновь стал представлять большую и возрастающую опасность для здоровья населения Европейского региона ВОЗ. На серьезность положения в этой области указывает, в частности, следующее:

- В 2005 г. в масштабах Региона было зарегистрировано 445 000 новых случаев заболевания ТБ и 66 000 случаев смерти, связанных с этой болезнью.
- В Регионе наблюдаются высокие показатели заболеваемости ТБ.
- Даже в странах с относительно низким бременем этой болезни прежняя тенденция к снижению показателей сменилась на восходящую.
- По всему Региону уровень заболеваемости ТБ часто связан с социальными, экономическими и миграционными факторами.
- Недостаточное соблюдение принятых методов борьбы с ТБ – это причина высоких уровней заболеваемости ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) и ТБ с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ)
- В последние несколько десятилетий в области борьбы с ТБ не было создано никаких новых диагностических средств, лекарств или вакцин.
- Во многих странах Региона наблюдается нехватка компетентных и мотивированных кадров для борьбы с ТБ.
- В рамках Региона ТБ – это наиболее распространенная причина заболеваемости и смертности людей, живущих с ВИЧ; при этом лишь в немногих странах применяется комплексный подход к контролю коинфекции ТБ и ВИЧ.
- ТБ не признает никаких границ.

2. Мы **отмечаем**, что, несмотря на некоторые достижения, имевшие место в последнее десятилетие, необходимо повысить эффективность действий, направленных на борьбу с ТБ и ликвидацию этой болезни в Регионе.

- В связи с неадекватным осуществлением принятых на международном уровне стратегий борьбы с ТБ в Регионе наблюдается высокий показатель неблагоприятных исходов лечения.
- Необходимо еще больше расширить применение имеющихся в настоящее время проверенных высококачественных диагностических средств, а также соответствующих стратегий и схем лечения, основанных на фактических данных.
- Следует принять меры для усиления борьбы с ТБ в таких группах высокого риска, как мигранты, бездомные, лица, содержащиеся в местах лишения свободы, и в других социально уязвимых группах.

- Для решения проблем, связанных с МЛУ-ТБ, ШЛУ-ТБ и коинфекцией ТБ/ВИЧ, необходима концентрация усилий.
- Профилактика, включающая инфекционный контроль – это фактор, который продолжает сохранять свою важность в борьбе с ТБ, особенно среди уязвимых групп.
- Своевременный сбор, передача, проверка и анализ высококачественных эпидемиологических данных о ТБ – это необходимое условие для проведения надлежащих мер, направленных на борьбу и ликвидацию ТБ.

3. Мы признаем, что:

- во многих странах имеются национальные планы борьбы с ТБ;
- уже принят рассчитанный на 2007–2015 гг. план борьбы с ТБ в странах Европейского региона ВОЗ, приоритетных в отношении борьбы с ТБ, а в рамках Европейского союза осуществляется подготовка плана действий по борьбе с ТБ;
- государства-члены Европейского региона ВОЗ могут внести значительный экспертный и финансовый вклад в разработку новых схем и средств диагностики и лечения ТБ, а также вакцинации от этой болезни;
- в Европейском регионе возрос объем финансирования и поддержки противотуберкулезных мероприятий, как на национальном, так и на международном уровне;
- предыдущий Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций назначил д-ра Jorge Samraio своим первым Специальным посланником по борьбе с ТБ;
- благодаря значительной поддержке со стороны глобального партнерства "Остановить ТБ" создано партнерство "Остановить ТБ" для европейских и центральноазиатских стран.

4. Мы с озабоченностью отмечаем наличие пробелов и проблем, которые должны быть устранены для полной и эффективной реализации стратегии "Остановить туберкулез", и выражаем свое согласие придерживаться следующих принципов:

- всеобщий доступ к стратегии "Остановить туберкулез" следует обеспечивать путем укрепления сектора здравоохранения и привлечения всех категорий поставщиков медицинских услуг независимо от того, представляют ли они частный, государственный, гражданский или пенитенциарный сектор, так как все они должны придерживаться в своей работе международных стандартов оказания лечебной помощи при ТБ и содействовать выполнению Хартии пациентов;
- гражданское общество и пораженные этой болезнью группы населения следует рассматривать как важнейших партнеров и участников борьбы с ТБ;
- нехватку финансовых средств, отмеченную в Глобальном плане "Остановить туберкулез" на 2006–2015 гг., следует устранить путем увеличения на национальном и международном уровнях финансирования, которое должно

быть устойчивым, целенаправленным и надлежащим образом приоритизированным;

- в национальных планах развития, предусматривающих привлечение внешнего финансирования, вопросам борьбы с ТБ следует уделять большее внимание;
- следует обеспечить лучшее использование уже имеющихся эффективных механизмов, методик и средств, а также создавать новые диагностические средства, лекарства и вакцины, основываясь на фундаментальных исследованиях и методах разработки продуктов и на партнерском сотрудничестве государственного и частного секторов, частной промышленности и национальных научно-исследовательских институтов;
- борьба с ТБ должна стать неотъемлемой частью программ лечения и помощи при ВИЧ-инфекции, так как, действуя вместе, эти две болезни представляют смертельную комбинацию, более опасную, чем каждая из них в отдельности;
- особые усилия следует предпринять для обеспечения того, чтобы мигранты (в том числе не имеющие документов) и другие уязвимые группы имели доступ к адекватным службам, оказывающим высококачественную противотуберкулезную помощь с должным учетом их культурных традиций и особенностей;
- следует содействовать усилению партнерских отношений и координации работы служб здравоохранения, служб исполнения наказаний и служб социального обеспечения, а также развитию международного сотрудничества.

5. Ввиду вышеуказанного **мы обязуемся** принять неотложные меры для улучшения нынешней ситуации, в частности.

(i) Мы будем **укреплять**:

- политическую приверженность работе в этом направлении;
- системы общественного здравоохранения и социального обеспечения;
- приверженность всех поставщиков медицинских услуг работе в этой области;
- кадровые ресурсы (с точки зрения, как численности, так и качества) в целях оказания населению эффективной противотуберкулезной помощи;
- базу фактических данных по стратегическим и практическим подходам к борьбе с ТБ путем усиления соответствующих служб эпидемиологического надзора и мониторинга;
- сотрудничество между программами по борьбе с ТБ и программами по борьбе с ВИЧ/СПИДом;
- сотрудничество с частным сектором;
- координацию на национальном и международном уровнях;
- участие гражданского общества.

(ii) Мы **примем** стратегию "Остановить туберкулез" со всеми ее элементами, чтобы:

- обеспечить более широкомасштабное, активное и качественное применение подходов, основанных на стратегии ДOTS (краткий курс лечения при непосредственном наблюдении);
 - обеспечить решение актуальных задач, обусловленных МЛУ-ТБ, ШЛУ-ТБ, ТБ, связанным с ВИЧ, и т. д., особенно среди групп высокого риска;
 - оказывать противотуберкулезную помощь в рамках общих служб здравоохранения и активизировать работу по укреплению систем здравоохранения;
 - обеспечить приверженность противотуберкулезной работе всех поставщиков медицинских услуг;
 - расширить права и возможности больных ТБ и общин, где они проживают, а также устранить проблему их стигматизации;
 - разрешать и стимулировать проведение исследований по разработке новых диагностических средств, лекарств и вакцин, а также операционных исследований, направленных на совершенствование программ борьбы с ТБ.
- (iii) Мы **приложим все усилия**, чтобы обеспечить устойчивое финансирование противотуберкулезной работы путем:
- осуществления резолюций по профилактике и борьбе с ТБ, принятых Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2005 и 2007 гг.;¹
 - оказания поддержки – в сотрудничестве со странами Большой восьмерки – глобальному плану “Остановить туберкулез” на 2006–2015 гг.;
 - путем использования соответствующих многосторонних механизмов на глобальном и европейском уровнях (например, таких как Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Европейская комиссия, Международный фонд для закупки лекарственных средств (ЮНИТЭЙД), Фонд Билла и Мелинды Гейтс и другие межправительственные и благотворительные организации), а также механизмов двустороннего сотрудничества.
- (iv) Мы будем **направлять** это финансирование на следующие цели:
- обеспечение осуществления региональных и национальных планов “Остановить туберкулез”, включая план ВОЗ “Остановить туберкулез”, предназначенный для стран Европейского региона, приоритетных в отношении борьбы с ТБ;
 - принятие мер для устранения разрыва между общим объемом имеющихся ресурсов и объемом ресурсов, необходимых для эффективной борьбы с ТБ, а также для ускорения процесса разработки новых диагностических средств, лекарств и вакцин, стремясь при этом к выполнению к 2015 г. поставленной в Декларации тысячелетия задачи, относящейся к ТБ.

¹ Резолюции WHA58.14 Всемирной ассамблеи здравоохранения “Устойчивое финансирование профилактики туберкулеза и борьбы с ним” и WHA60.19 “Борьба с туберкулезом: ход работы и долгосрочное планирование”.

6. Мы **обязуемся** обеспечить тщательный мониторинг и оценку реализации действий, изложенных в данной Декларации, и призываем Европейское региональное бюро ВОЗ – в партнерстве с Европейским союзом и другими соответствующими региональными учреждениями и организациями – создать такие форумы и механизмы, основанные на участии представителей гражданского общества, местных сообществ, частного сектора и других заинтересованных сторон, которые смогут проводить эффективную оценку хода работы на региональном уровне раз в два года, начиная с 2009 г.

Отчет о Форуме

Введение

Европейское региональное бюро ВОЗ провело 22 октября 2007 г. в Берлине, Германия, Европейский министерский форум ВОЗ «Все против туберкулеза» для ускорения прогресса в направлении достижения глобальных целей в борьбе с туберкулезом (ТБ) в Европейском регионе ВОЗ и решения задачи 8 в рамках Цели тысячелетия в области развития 6: к 2015 г. «остановить распространение туберкулеза и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости». Форум был призван решить следующие задачи:

- повысить уровень политической приверженности делу внедрения стратегии ВОЗ “Остановить туберкулез” по всему Региону и включить контроль ТБ в повестку дня укрепления систем здравоохранения;
- получить от всех государств-членов обязательства по обеспечению полного и адекватного финансирования мероприятий по борьбе с ТБ в соответствии с резолюцией Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA58.14 об устойчивом финансировании мероприятий по профилактике ТБ и борьбе с ним;
- принять Берлинскую декларацию по туберкулезу; и
- официально поддержать деятельность партнерства “Остановить туберкулез” в Европе.

На Форум прибыли свыше 300 участников, в том числе министры здравоохранения, министры юстиции и высокопоставленные лица, ответственные за принятие решений, из 49 из 53 государств-членов Европейского Региона ВОЗ, а также представители других подразделений Организации Объединенных Наций, межправительственных агентств и неправительственных организаций (НПО). Кроме того, институт «Открытое общество» организовал 21 октября совещание гражданского общества, собравшее вместе представителей сообществ, в частности, пораженных ТБ, и медицинских профессионалов, которые работают в этой области. Совещание было посвящено мобилизации широкой сети НПО в целях ускорения прогресса, укрепления информационно-пропагандистской деятельности и увеличения объема финансирования для борьбы с ТБ в Европе. Участники подготовили предложение о партнерстве, которое было представлено участникам Европейского министерского форума ВОЗ. В Приложении 1 дан перечень заседаний и докладчиков, выступивших на Форуме; в Приложении 2 приводится предложение о партнерстве и в Приложении 3 – списки участников Форума.

В основном докладе д-р Jorge Samraio, Специальный посланник Генерального секретаря Организации Объединенных Наций по борьбе с ТБ и бывший президент Португалии, призвал европейских министров использовать свое политическое влияние для решения проблемы ТБ в Европейском регионе, несмотря попытки вынудить их сократить расходы на общественное здравоохранение. Пандемии ВИЧ/СПИДа, ТБ и малярии являются угрозой здоровью и безопасности в мире, и Европейская Комиссия (ЕК), Европейский центр по профилактике и контролю болезней (ECDC) и Европейское региональное бюро ВОЗ считают ТБ серьезной угрозой общественному здоровью в Регионе. Необходимы срочные исследования для поиска новых методов диагностики и средств лечения ТБ. Для

решения растущей проблемы ТБ, ассоциированного с ВИЧ, МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ, необходимы совместные инициативы и интегрированные службы, обеспеченные системы здравоохранения и эффективные программы. В целях безопасности, эффективности, а также по соображениям политического и этического характера необходимо преодолеть разрыв в отношении здоровья как между богатым и бедным населением, так и между богатыми и бедными странами.

Улучшение координации мероприятий по борьбе против СПИДа и ТБ является основой улучшения здоровья людей во всем мире, а укрепление систем здравоохранения – ключом к достижению ЦТР. Борьба с ТБ требует сильного политического руководства, соответствующих финансовых ресурсов, новых партнерских взаимоотношений и стратегии – «думая глобально, действовать локально». Инвестиции в борьбу против ТБ могут стать экспериментом по развитию новых и лучших возможностей для решения приоритетных задач в области безопасности здоровья.

В процессе дискуссий участники постоянно помнили о том, какой урон наносит ТБ, и о возможностях борьбы с ним, отметив, что пока проходил Форум 420 человек в Регионе заболели, 66 – умерли и 280 вылечились.

Угроза ТБ для Европейского региона

Слишком много людей болевают ТБ и умирают от этой по сути излечимой болезни. В 2005 г. в мире зарегистрировано 8,8 млн новых случаев ТБ и 1,6 млн смертей от ТБ.

В Европейском регионе ВОЗ западные страны были все еще далеки от ликвидации ТБ, а ситуация в восточных странах была близка к трагедии. В 2005 г. насчитывалось 445 000 новых случаев и 66 000 человек умерли, что составляло 7 смертей в час. Заболеваемость демонстрировала четкое снижение в направлении с востока за запад: в то время как средний показатель по Региону составлял 50 случаев на 100 000 населения, показатели для разных групп стран находились в диапазоне от 13 случаев на 100 000 населения для 15 стран, входящих в Европейский союз (ЕС) до 2004 г., до 25 на 100 000 населения в странах, присоединившихся к ЕС в 2005 г., до 51 случая в Болгарии, Хорватии, Румынии, бывшей югославской Республике Македонии и Турции и до 103 случаев в странах, граничащих с ЕС. Показатели заболеваемости в 18 высоко приоритетных по борьбе с ТБ странах Региона (Азербайджан, Армения, Болгария, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина и Эстония) были сравнимы с показателями, характерными для развивающихся стран. Более того, и высокие и низкие показатели находились в состоянии стагнации.

Даже притом, что 85% случаев ТБ приходилось на восточную часть Региона, ТБ был проблемой для всех стран. Причинами этого были слабые программы борьбы с ТБ, неэффективные меры в отношении МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ (связанные с плохим ведением случаев и неразвитыми лабораторными структурами), коинфекция ТБ/ВИЧ, отсутствие интеграции программ борьбы с ТБ в национальные системы здравоохранения и в службы первичной медико-санитарной помощи, а также недостаточное участие гражданского общества.

Регион стремился к достижению амбициозных целей. В дополнение к ЦТР, цели Партнерства «Остановить туберкулез» состояли в снижении к 2015 г. распространенности

ТБ и смертности от ТБ на 50% от уровня 1990 г. и ликвидации ТБ (достижение показателя менее 1 случая на миллион населения) к 2050 г. К сожалению, Европейский регион (равно как и Африканский) не приближается к достижению ЦРТ, сталкиваясь с целым рядом препятствий. Во-первых, это касается лекарственно-устойчивого ТБ: в 18 высоко приоритетных стран Региона входят 13 стран с самым высоким уровнем распространенности МЛУ-ТБ. Во-вторых, миграция – проблема здравоохранения, поднятая в период председательства Португалии в ЕС – способствует циркуляции ТБ в Регионе и во всем мире; это означает, что для достижения успеха борьба с ТБ должна охватить всю планету. В-третьих, повышение распространенности ТБ и смертности от этой болезни, начиная с 1990 г., осложнило достижение цели сокращения к 2015 г. уровней заболеваемости и смертности вдвое по сравнению с 1990 г.

Помимо страданий, которые причиняет сама болезнь и смерть от нее, причиной огромных страданий являлась стигма, связанная с ТБ. Таким образом, пострадавшие люди и сообщества являлись важными заинтересованными сторонами в усилиях по борьбе с ТБ.

Опыт стран

Опыт некоторых стран иллюстрирует ряд имеющихся проблем и мер реагирования в Регионе. В Республике Молдова, например, экономические проблемы привели к уменьшению бюджета здравоохранения до 10 долл. США на человека, что вызвало ухудшение ситуации с ТБ. Уровень заболеваемости и смертности удвоились, а уязвимые группы населения подвергались наибольшему риску. В 1997-2000 гг. только 30% больных ТБ получали лечение, поэтому число случаев хронических и лекарственно-устойчивых форм ТБ увеличилось, так же, как и заболеваемость в тюрьмах. Кроме того, между 1998 и 2006 г. резко возросло число случаев коинфекции ТБ/ВИЧ.

К 2001 г. совместные действия правительства, международных и двусторонних организаций позволили улучшить ситуацию. Благодаря донорской помощи в более чем 65% новых случаев диагноз ставился и лечение предоставлялось на ранней стадии болезни. Стало доступным лечение, соответствующее международным стандартам. Начиная с 2004 г., обязательное медицинское страхование обеспечило населению доступ к ранней диагностике и лечению. Инвестиции со стороны правительства и доноров увеличивались, и люди с лекарственно-устойчивыми формами ТБ получали лечение. Улучшилась подготовка студентов-медиков, и в 2005 г. была начата общественная кампания по борьбе с ТБ в средствах массовой информации. Новые программы лечения начали действовать в 2006 г. В первые девять месяцев 2007 г. заболеваемость ТБ снизилась на 9%; при этом важной задачей оставалось предоставление лечения всем категориям больных ТБ. Сотрудничество позволило достичь хороших результатов; тогда как донорская помощь по-прежнему была необходима. Теперь, когда приоритеты установлены, Республика Молдова имеет новые возможности для борьбы с ТБ и работает в направлении достижения ЦРТ.

В Кыргызстане борьба против ТБ была приоритетным направлением. Помощь международных организаций позволила стране внедрить ДОТС и улучшить подготовку врачей, снабжение лекарственными препаратами и контроль качества в лабораториях. Правительство издало четкие директивы по ТБ; министры здравоохранения, юстиции, финансов и обороны работали сообща в целях обеспечения согласованного подхода к мерам борьбы с ТБ, а услуги больным ТБ предоставлялись в рамках первичной медико-санитарной помощи. В настоящее время противотуберкулезными препаратами обеспечиваются 100% пациентов с вновь диагностированным ТБ.

Тем не менее ситуация остается серьезной. Начиная с 1994 г., уровень ТБ повысился во всех группах населения - заболеваемость выросла в 12 раз (110,9 случаев на 100 000 населения); 59% пациентов находились в тяжелом состоянии, что нередко было связано с поздней диагностикой и развитием лекарственной устойчивости. Хотя уровень смертности снизился, в 84% случаев смерть была вызвана хронической формой заболевания. Пациенты с МЛУ-ТБ составляли 19,1% от общего числа больных ТБ. Уровень информированности населения был низким; ресурсы – скудными и средств для снабжения лекарствами и проведения ранней диагностики было недостаточно; требовалось больше рентгенологических установок, а обученный персонал стремился эмигрировать в другие страны. Кыргызстан сделал приоритетным направлением предупреждение распространения МЛУ-ТБ и продолжал координировать свою работу с международными организациями.

Ответ Европейского региона

ВОЗ продолжала следовать Стратегии «Остановить туберкулез»² и Глобальному плану «Остановить туберкулез» на 2006-2015 гг.³ для достижения ЦТР. Стратегия включала шесть компонентов:

1. продолжать расширение и совершенствование предоставления ДOTS;
2. направлять усилия на борьбу с ТБ/ВИЧ, МЛУ-ТБ и решение других проблем;
3. содействовать укреплению систем здравоохранения;
4. вовлекать всех поставщиков медицинских услуг;
5. расширять права и возможности больных ТБ и сообществ;
6. поддерживать и расширять научные исследования.

Цель состояла в том, чтобы предоставить лечение 50 млн больных, спасти 14 млн жизней и разработать новые методы, позволяющие ликвидировать ТБ в масштабах всего мира. Для борьбы с ТБ и его ликвидации в Европейском регионе требовалось больше ресурсов – 15 млн долл. США, что позволило бы выполнить шесть основных задач:

1. отказ от использования плохой практики по оказанию помощи при ТБ и борьбе с ним и укрепление служб здравоохранения;
2. реализация сотрудничества между европейскими странами для решения таких задач, как эпидемиологический надзор;
3. предоставление медицинской помощи мигрантам;
4. решение вопросов, связанных с детерминантами ТБ;
5. поддержка борьбы с ТБ на глобальном уровне;
6. интенсификация научных исследований для поиска новых методов диагностики и лечения.

² Стратегия «Остановить ТБ» [веб-сайт]. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2007 (http://www.who.int/tb/strategy/stop_tb_strategy/ru/index.html, доступ осуществлен 2 июня 2007 г.).

³ The Global Plan to Stop TB 2006–2015 [web site]. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/tb/features_archive/global_plan_to_stop_tb/en/index.html, accessed 28 October 2007).

Перед Регионом стояли серьезные проблемы борьбы с ТБ. Прежде всего, плохой доступ к службам: в 2005 г. только 60% населения было охвачено стратегией ДOTS. Проблемы, связанные с инфраструктурой системы здравоохранения, заключались в чрезмерно иерархичной, сегментированной системе учреждений и низких стандартах помощи. Лекарственная устойчивость, коинфекция ТБ и ВИЧ, переполненные, плохо оснащенные тюрьмы (питательная среда для ТБ и других болезней) также осложняли борьбу с ТБ. Кроме того, уровень информированности общественности о ТБ был низким, и представления об этой болезни искажались из-за стигмы и предрассудков, бытующих среди обычных людей и политиков.

Тем не менее Регион имел возможности для борьбы с ТБ. Они включали обязательства Европейского регионального комитета ВОЗ и Европейского регионального бюро⁴ ВОЗ, План «Остановить туберкулез» для 18 наиболее приоритетных стран Европейского региона ВОЗ на 2007-2015 гг., реформы систем здравоохранения во многих странах Центральной и Восточной Европы, поддержка Партнерства «Остановить туберкулез» и создание Европейского партнерства «Остановить туберкулез», а также доступ к таким источникам глобальных ресурсов, как Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. В Плане «Остановить туберкулез» для 18 наиболее приоритетных стран излагаются экономически эффективные меры воздействия на здоровье общества, которые должны поддерживаться системой здравоохранения в целом, а укрепление систем здравоохранения является одним из его основных компонентов. К 2010 г. запланировано достижение амбициозных целей:

- довести охват населения стратегией ДOTS до 100%;
- увеличить частоту выявления случаев до 70%;
- увеличить показатель излечения от ТБ, чувствительного к лекарственным препаратам, до 85%;
- увеличить лабораторные мощности для определения чувствительности к противотуберкулезным препаратам до 90%;
- увеличить частоту лечения случаев МЛУ-ТБ до 70%;
- обеспечить консультирование и тестирование на ВИЧ для 100% пациентов с ТБ;
- обеспечить надлежащее лечение ТБ на уровне первичной медико-санитарной помощи для 70% пациентов.

Достижение всех этих целей требовало существенного повышения всех имеющихся показателей. Требовалось устойчивое финансирование на национальном уровне. Согласно оценкам, в наличии имелось только 45% от 14,5 млрд долл. США, необходимых для выполнения Плана. С целью ликвидации финансового разрыва правительствам было необходимо увеличить ассигнования всего лишь с 1 до 3,1 долл. США на человека или с 0,1% до 0,3% от ежегодных расходов на здравоохранение на душу населения. Европейское региональное бюро ВОЗ рассмотрело эти вопросы в связи с подготовкой к Конференции по укреплению систем здравоохранения, запланированной на 2008 г.; выражалась надежда, что увязка работы по повышению эффективности систем

⁴ Резолюция европейского регионального бюро ВОЗ *EUR/RC52/R8 по усилению противотуберкулезной деятельности в Европейском регионе ВОЗ*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002 г. (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2002/20021231_5?language=Russian, доступ осуществлен 20 июня 2008 г.)

здравоохранения с мероприятиями по снижению бедности и социальной изоляции приведет к снижению заболеваемости и смертности от ТБ.

Существующие проблемы по борьбе с ТБ в ЕС заставили Европейского комиссара по вопросам здравоохранения обратиться с предложением к Европейскому центру по профилактике и контролю болезней (ECDC) разработать план действий для ЕС. Эти проблемы состояли в следующем:

- неоднородность характера заболеваемости в ЕС (от 4 до 135 случаев на 100 000 населения, хотя среднее составляло 18 на 100 000), что означало необходимость учитывать эти различия при разработке стратегии;
- высокое бремя ТБ среди уязвимых групп населения (заключенные, люди, живущие в бедных городских районах, иммигранты, пожилые люди) в странах с низким уровнем доходов, что требовало активных действий по выявлению ТБ и борьбе с ним;
- доля бремени ТБ, которая приходилась на коренное население (свыше 80%), даже несмотря на то, что свыше 40% случаев ТБ в 12 государствах-членах ЕС – иностранного происхождения;
- распространенность МЛУ-ТБ в ЕС и появление все большего числа случаев ШЛУ-ТБ.

Таким образом, план действий разрабатывался с учетом двух групп стран: страны с низким или средним уровнем заболеваемости и страны с высоким уровнем заболеваемости. ЕС должен был сотрудничать со странами, являющимися источником случаев ТБ, и принимать участие в глобальных мероприятиях.

Долгосрочная цель плана – борьба с ТБ и, в конечном счете, его искоренение в ЕС. Для достижения этой цели было необходимо выполнить три задачи:

- повысить информированность общественности и политиков о том, что в ЕС ТБ является проблемой общественного здравоохранения;
- поддержать и усилить действия государств-членов с учетом их эпидемиологической ситуации и конкретных проблем; и
- поддержать страны, являющиеся источником случаев ТБ.

Соответствующий рамочный документ охватывал восемь стратегических направлений:

1. повышение информированности и укрепление потенциала систем здравоохранения путем обеспечения соответствующими ресурсами и обученным персоналом (государственные и частные учреждения) для выявления случаев ТБ и проведения надлежащего лечения;
2. проведение постоянного надзора с целью обеспечения полезной информацией для действий общественного здравоохранения;
3. укрепление лабораторных служб для выявления и контроля ТБ;
4. предоставление быстрых и высококачественных услуг всем нуждающимся в них с целью предупреждения дальнейшей передачи инфекции;
5. борьба с МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ путем предоставления высококачественных услуг и надлежащего ведения случаев для предупреждения распространения этих форм ТБ;

6. решение проблем, связанных с коинфекцией ТБ/ВИЧ, поскольку ВИЧ ускоряет прогрессирование ТБ, особенно при наличии МЛУ-ТБ;
7. разработка новых вакцин, лекарственных препаратов и диагностических методов, необходимость в которых усугубляется распространением МЛУ- и ШЛУ-ТБ;
8. создание коалиций со странами, не входящими в ЕС, в которых отмечен высокий уровень заболеваемости, а также партнерств со всеми заинтересованными сторонами.

ВОЗ стала важным партнером в разработке плана. ECDC и Европейское региональное бюро ВОЗ уже согласились поддерживать общую для всего Европейского региона систему эпиднадзора за ТБ и ВИЧ-инфекцией. Необходимо было использовать единую систему отчетности, придерживаясь общих критериев и работая сообща. Эти договоренности дали возможность проводить мониторинг прогресса в борьбе с ТБ. План действий ЕС будет осуществляться в соответствии с Планом "Остановить туберкулез" для 18 наиболее приоритетных стран Европейского региона ВОЗ (5 из 18 стран – Болгария, Латвия, Литва, Румыния и Эстония – входят в ЕС) и Глобальный планом "Остановить туберкулез". Восемь направлений стратегического развития плана действий ЕС дополнили стратегии и мероприятия, предложенные в Европейском плане ВОЗ.

Следующими шагами на пути осуществления плана ЕС стали представление рамочного документа министрам здравоохранения ЕС в декабре 2007 г. и разработка технических мер в странах в 2008 г.

Ликвидировать недостатки в ответных мерах

Другие партнеры и заинтересованные стороны вносили важный вклад в борьбу с ТБ в Европейском регионе ВОЗ, в том числе донорские и международные организации, исследовательские программы ЕС, страны и организации гражданского общества. Сосредоточив свои действия на вопросах максимальной эффективности мер по борьбе с ТБ, они работали с многочисленными партнерами и призывали к продолжению сотрудничества, координации и использованию творческого подхода. Поскольку средства для профилактики и лечения ТБ были изобретены 40-80 лет назад, многие заинтересованные стороны были заняты поиском новых; для выполнения этой задачи требовался значительно больший объем финансирования.

Например, Фонд Билла и Мелинды Гейтс в рамках своей работы по борьбе с инфекционными заболеваниями инвестировал средства в разработку новых противотуберкулезных вакцин. В результате шесть из них должны проходить испытания фазы II в 2008 г., а одна – будет проходить клинические испытания в последующие три года. Глобальный альянс по разработке противотуберкулезных препаратов проводит поиски новых средств для лечения ТБ. Фонд Гейтсов также инвестировал средства в разработку новых методов диагностики через совместный фонд; это взнос в размере 740 млн долл. США в Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией в течение трех последних лет.

Дополнительно к усилиям государств-членов многосторонние, транснациональные исследовательские проекты, проводимые в ЕС, поддерживались рамочными программами ЕС, в которых борьба с ТБ рассматривалась как приоритетное направление. Шестая

рамочная программа выделила 61 млн евро на исследования ТБ. Бюджет седьмой рамочной программы (РП7) составил 6,1 млрд евро на 2007-2013 гг., причем наибольшая доля приходилась на совместные проекты с участием нескольких государств-членов. Основные цели РП7: улучшение здоровья граждан европейских стран, повышение конкурентоспособности европейских отраслей промышленности и коммерческих предприятий, имеющих отношение к здоровью, и решение глобальных проблем здравоохранения, включая противодействие возникающим эпидемиям. Работа по трем фундаментальным направлениям – биотехнология, генетические методы и медицинские технологии для здоровья человека; трансляционные исследования для здравоохранения; и оптимизация предоставления медицинской помощи гражданам ЕС – поддерживала исследования в области ТБ. Первые предложения 2007 г. включали разработку быстрых тестов для диагностики МЛУ-ТБ и латентных форм ТБ. Приоритетными направлениями РП7 в отношении ТБ заключались в том, чтобы иметь в наличии:

- несколько кандидатов в вакцины в фазе I и последующих фазах клинических испытаний и кандидатов второго поколения, готовых для клинической разработки;
- перспективные лекарственные соединения готовые для клинических испытаний;
- Европейскую сеть по профилактике и лечению МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ; и
- усовершенствованные методы предоставления вакцин и лекарственных препаратов пациентам в развивающихся странах.

Общий объем финансирования, необходимый для осуществления Глобального плана «Остановить туберкулез» 2006-2015 гг., составил 56 млрд долл. США, но только 40-50% было обеспечено. Страны предоставили больше половины средств для внедрения Плана, остальные средства поступали от многосторонних (таких как Глобальный фонд, Всемирный банк, Международный механизм закупки лекарств и ВОЗ) и двусторонних организаций (таких как страновые агентства по развитию в Италии, Канаде, Нидерландах, Соединенном Королевстве и Соединенных Штатах Америки). С 2002 по 2007 г. Глобальный фонд выделил 7,7 млрд долл. США, 16% из которых были направлены на борьбу с ТБ; эта цифра отражает запросы стран в отношении финансирования.

По состоянию на сентябрь 2007 г. 111 млн долл. США было выплачено в Европейском регионе, и гранты были предоставлены Азербайджану, Албании, Армении, Беларуси, Болгарии, Боснии и Герцеговине, бывшей югославской Республике Македонии, Грузии, Казахстану, Кыргызстану, Республике Молдова, Российской Федерации, Румынии, Сербии (и подмандатной территории ООН Косово), Таджикистану, Узбекистану и Черногории. Большая часть грантов, выделенных на ТБ, осваивались лучше, чем гранты, выделенные на СПИД и малярию; системы закупок работали без перебоев. Программы, которые поддерживались Глобальным фондом, сообщали об увеличении охвата ДOTS на 140% с середины 2005 до середины 2006 г. Необходимо было и дальше расширять противотуберкулезные программы; решение проблемы финансирования такого расширения требовало:

1. увеличения объема ресурсов;
2. разработки стратегии в информационно-пропагандистской области (адвокация) и ее поддержка;
3. создания спроса на более амбициозные гранты для реализации Глобального плана;
4. вовлечения гражданского общества в эффективные партнерства на всех стадиях;

5. обеспечения достаточного потенциала (технической поддержки);
6. гармонизации и согласования грантов;
7. обеспечения отбора (соответствия критериям) стран со средним уровнем доходов для финансирования по линии Глобального фонда;
8. обеспечения устойчивости получения финансирования от доноров и стран.

Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (МФКК) разработала глобальную повестку дня для поддержки ЦТР. Четыре цели этой повестки дня – уменьшение последствий стихийных бедствий; уменьшение последствий болезней и чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения; расширение прав и возможностей сообществ, гражданского общества и МФКК по разрешению наиболее срочных ситуаций, связанных с уязвимостью; и пропаганда уважения к многообразию (различиям) и человеческому достоинству, а также уменьшение нетерпимости, дискриминации и социального отторжения – включали уменьшение страданий, вызванных ТБ. Общества Красного Креста в государствах-членах могли бы внести важный вклад в профилактику, выявление и оказание социальной помощи, например, для проведения успешного лечения; эти общества обеспечивали помощь и поддержку за пределами клиники. Борьба с ТБ должна была быть всеобщей, в ней должны были участвовать пациенты и сообщества; для того, чтобы ускорить достижение целей по борьбе с ТБ, была необходима более широкая вовлеченность сообществ и всех партнеров в процесс принятия решений и планирование.

МФКК обязалась сделать ключевой стратегией борьбы с ТБ и достижения ЦТР работу в партнерствах. МФКК принимала секретариат Партнерства «Остановить туберкулез» в 2006 г., стимулируя коллективный ответ на серьезную угрозу ТБ; в 2008 г. принимать Партнерство должно Европейское региональное бюро ВОЗ.

Страны были наиболее важными партнерами. Российская Федерация, например, осуществляла срочные меры и выделила дополнительные ресурсы на борьбу с ТБ. Хотя показатели оставались высокими, ситуация в стране стабилизировалась; было спасено 80 000 жизней, а заболеваемость ТБ среди заключенных резко снизилась благодаря превентивному подходу. Выявление случаев улучшилось после инвестиций в 4 млрд рублей. В 2006 г. было выявлено 117 646 случаев ТБ, а также 12 948 случаев коинфекции ТБ/ВИЧ и 4 056 случаев первичного МЛУ-ТБ. Государство предоставляло лекарства для лечения больных с коинфекцией. В стране была налажена система мониторинга ТБ, которая работала на федеральном, районном и региональном уровнях. В рамках региональных и федеральных программ государство обеспечивало оборудованием и обученным персоналом. К сожалению, число фтизиатров уменьшилось, но государство содействует подготовке большего числа врачей этой специальности. Программы по борьбе с ТБ на 2007-2011 гг. имели общий бюджет 1,06 млн долл. США; из них 62,8% средств являются частью региональных бюджетов, и 79,6% предполагалось потратить на лекарства. Однако несколько миллиардов долларов США в год должны быть доступны в рамках общенационального приоритетного проекта в области здравоохранения для укрепления систем здравоохранения между 2006 и 2010 г. В 2006 и в 2007 гг. в медицинских учреждениях было установлено больше диагностического оборудования: свыше 4000 единиц ультразвукового оборудования, свыше 3000 рентгеновских аппаратов и около 300 единиц лабораторного оборудования.

В 2005 г. Российская Федерация удвоила свой вклад в Глобальный фонд (40 млн долл. США). К 2010 г. она должна вернуть в Глобальный фонд около 270 млн долл. США.

Страна выполняет обязательства, взятые в рамках цели 8: остановить ТБ, оказывать поддержку осуществлению Глобального плана «Остановить туберкулез» 2006-2015 гг. и работать в направлении координации действий по борьбе с коинфекцией ВИЧ/ТБ. Долгосрочные задачи, стоявшие перед Российской Федерацией в области оказания помощи при ТБ, включали:

1. разработку национальной стратегии по борьбе с ТБ;
2. совершенствование системы мониторинга ТБ;
3. создание потенциала в области человеческих ресурсов;
4. модернизацию лабораторной инфраструктуры и оборудования;
5. улучшение результатов лечения ТБ и предупреждения МЛУ-ТБ;
6. продолжение высокоэффективных проектов и программ по борьбе с ТБ, которые осуществляются при поддержке Всемирного банка и Глобального фонда.

Правительство Германии одобрило глобальные цели по ТБ. В 2008 г. оно предоставит 500 млн евро на борьбу с этой болезнью и обещает выделить еще 4 млрд евро на период до 2015 г. В дополнение к празднованию Всемирного дня борьбы с ТБ в марте 2007 г. в сентябре этого же года Германия принимала у себя совещание доноров Глобального фонда. Кроме того, Германия финансирует многие мероприятия в развивающихся странах Африки, Азии и Кавказа. Она решительно поддерживает комплексный подход и принцип двусторонней помощи странам в укреплении их систем здравоохранения, а также в улучшении выявления ТБ и совершенствовании ответных мер.

Кроме этого, реализуя грант Глобального фонда, Таджикистан расширил услуги и программы по ТБ.

Поскольку ТБ в уязвимых общественных группах был проблемой во всех странах Европейского региона ВОЗ, организации гражданского общества могли предложить много различных инициатив в борьбе с этой болезнью. Эти организации имели специальный опыт работы среди уязвимых и маргинализированных групп и связи с ними (например, с цыганским сообществом) и придерживались партнерского подхода. Они могли бы помочь государственным организациям установить контакт с уязвимыми популяциями и содействовать разработке инновационных программ; в свою очередь, правительства могли бы предоставить дополнительные ресурсы и поддержку для проведения эффективных программ организациями гражданского общества. Эти организации согласились с другими заинтересованными сторонами, что значительно больше средств необходимо для проведения научных исследований; контроля ТБ, устойчивого к лекарственным препаратам; оказания социально-психологической поддержки пациентам и борьбы со стигмой.

Свыше 45 организаций гражданского общества объединились для того, чтобы внести предложение о партнерстве министрам Европейского региона (Приложение 2), и участники Форума одобрили это предложение.

Итоговая информация

В результате дискуссии на Форуме было выделено три основных положения, касающихся Европейского региона ВОЗ.

1. ТБ является угрозой для всего Региона. Хотя почти 80% от общего числа случаев приходится на восточную часть Региона, некоторые западные страны с относительно низкой заболеваемостью стали свидетелями обратной ситуации после наблюдавшегося снижения. В Регионе отмечены тревожные тенденции: самые высокие в мире показатели распространенности МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ; ТБ является самой распространенной причиной заболеваемости и смертности у людей, живущих с ВИЧ/СПИДом; опасность ТБ, связанная с миграцией в пределах стран и между ними; недостаток диагностических методов, лекарственных препаратов и вакцин; дефицит кадровых ресурсов для контроля ТБ в большинстве стран Региона; и недостаточная интеграция противотуберкулезных мероприятий в национальные системы здравоохранения. Для решения этих проблем Региона необходимы надлежащие меры, учитывающие потребности и условия, существующие в странах.
2. Правительства должны гарантировать, что они адекватно рассматривают проблему ТБ. Независимо от того, пытаются страны установить контроль над ТБ или ликвидировать это заболевание, в их распоряжении имеется множество полезных инструментов, включая глобальную Стратегию «Остановить туберкулез» с четко обозначенными компонентами и руководящими принципами; План и стратегические рекомендации для Региона, разработанные Европейским региональным бюро ВОЗ; план предстоящих действий, разрабатываемый ECDC, и национальные планы по борьбе с ТБ, соответствующие международным рекомендациям. Страны могли бы сделать больше, однако необходимо ликвидировать существенные пробелы в ответных действиях Региона, направленных против ТБ путем следующих мероприятий:
 - обеспечение всеобщего доступа к стратегии «Остановить туберкулез» путем укрепления сектора здравоохранения и вовлечения всех поставщиков медицинских услуг - из частного и государственного сектора, неправительственных организаций и пенитенциарной системы;
 - гарантировать, что всем уязвимым популяциям обеспечен доступ к адекватным высококачественным услугам по лечению ТБ и что мероприятия, направленные против ТБ, являются неотъемлемой частью программ по лечению и помощи при ВИЧ-инфекции;
 - разработать новые диагностические методы, лекарственные препараты и вакцины путем содействия проведению фундаментальных научных исследований и разработки продуктов с участием, например, государственно-частных партнерств, частного промышленного сектора и государственных научно-исследовательских институтов;
 - сделать гражданское общество и затронутые сообщества обязательными партнерами по всем аспектам борьбы с ТБ; и
 - гарантировать, что недостаток средств может быть восполнен за счет устойчивого целенаправленного финансирования на местном, национальном и глобальном уровне, его расширения и правильного выбора приоритетов.
3. Партнерство в масштабах всего Региона необходимо для решения проблемы ТБ, который является проблемой общественного здравоохранения. Следует поощрять и поддерживать партнерство и координацию между различными секторами внутри стран – здравоохранения, пенитенциарного, социального обеспечения и т. д., а также укреплять сотрудничество между странами и на уровне всего Региона. Такие партнерства должны охватывать не только правительства государств-членов, но и

технических партнеров и учреждения, такие как ВОЗ, ЕС, Глобальный фонд, Фонд Билла и Мелинды Гейтс и другие донорские агентства и страны.

ТБ как проблема общественного здравоохранения и механизмы его контроля или ликвидации: мнения министров

Министры здравоохранения, юстиции и другие высокопоставленные официальные лица европейских стран сформировали две группы для обсуждения ТБ как проблемы общественного здравоохранения, с которой столкнулись их национальные системы здравоохранения, а также механизмов, необходимых как для контроля, так и для ликвидации этой болезни, и обеспечения ресурсами для выполнения этой задачи.

Проблема общественного здравоохранения

Последствия ТБ и ответ систем здравоохранения отличаются в зависимости от уровня заболеваемости и ресурсов в странах. В Болгарии, например, заболеваемость ТБ удвоилась между 1990 и 1998 г., достигнув 49,9 случаев на 100 000 населения, хотя в 1996 г. она снизилась до 39 случаев на 100 000. В ответ на это в 2003 г. страна начала внедрять стратегию ДОТС и установила целевые показатели на основе ЦРТ: снизить заболеваемость ТБ до 20 случаев на 100 000 населения к 2015 г., увеличить показатель успешного лечения до 77% и обеспечить высокое качество ДОТС. Пятая национальная программа по ТБ (2007-2011 гг.) включала план действий по снижению бремени ТБ, основанный на стратегии ДОТС и Глобальном плане. Министерство здравоохранения выделило значительные средства для выполнения поставленных задач, а имевшийся недостаток был восполнен за счет внешних доноров. В следующие пять лет страна и Глобальный фонд выделяют 27 и 14 млн евро соответственно на борьбу с ТБ по пяти направлениям:

- сбор данных, надзор, диагностика и лечение;
- развертывание сети лабораторий;
- дополнительное обучение врачей в области ТБ, включая МЛУ-ТБ;
- создание сети противотуберкулезных центров;
- работа с уязвимыми группами.

Для Болгарии важно бороться с ТБ совместно с международными организациями и планировать специальные инициативы на местах вместе с гражданским обществом.

В Кыргызстане наблюдалась не только высокая заболеваемость ТБ, но и особая проблема ТБ в тюрьмах: свыше трети из 12 000 заключенных были больны ТБ. Это представляло опасность, как для самих заключенных, так и для населения в целом. Чтобы справиться с этой проблемой и достичь международных стандартов содержания в тюрьмах, страна приняла план по реформированию пенитенциарной системы на период до 2015 г. Тюрьмы старого образца переполнены заключенными, которые содержатся в тесноте, что способствует распространению заболевания. Кыргызстан обратился к международным организациям с просьбой помочь реформировать его тюремную систему и, в частности, уменьшить скученность заключенных. МФКК проанализировала и оценила ситуацию; с помощью Глобального фонда, организации «Врачи без границ» и других организаций Кыргызстан сделал первые шаги по пути реформирования, предприняв комплекс мер, включающих: уменьшение количества приговоренных к тюремному заключению,

решение проблем совместно с партнерами и работу по улучшению питания в тюрьмах больных заключенных (поддержка со стороны Германии составила 300 000 евро). Кроме того, было подписано соглашение с Министерством здравоохранения по улучшению социальной поддержки осужденных и по предупреждению дальнейшего распространения заболевания после выхода из тюрьмы. Страна приветствует сотрудничество в решении ряда других проблем, например, по улучшению диагностики и лечения ТБ для достижения международных стандартов.

В Украине ТБ был огромной проблемой: эпидемия началась в 1995 г.; за последние 15 лет заболеваемость утроилась, и серьезное положение наблюдалось с коинфекцией ТБ/ВИЧ. В 2005 г. страна приняла на вооружение стратегию ДOTS, а в 2007 г. – и стратегию «Остановить туберкулез», бросив силы на борьбу с ТБ, который рассматривался как угроза безопасности. С целью решения проблемы Украина выделила ресурсы для повышения уровня жизни и улучшения работы фтизиатрических служб; проводится работа по совершенствованию и обеспечению стандартного лечения. В результате, показатели заболеваемости ТБ и смертности от него стабилизировались, а затем слегка понизились. Новая национальная программа по борьбе с ТБ на 2007-2011 гг. направлена на улучшение лабораторной диагностики, методов лечения, обучения поставщиков услуг и предоставления информации населению.

В Хорватии заболеваемость ТБ находилась на среднем уровне (26 случаев на 100 000 населения; при этом легочный ТБ составлял 90% всех случаев), который постоянно снижался на протяжении предыдущих пяти лет. Лекарственная устойчивость не была значимой проблемой. Самый сильный элемент программы борьбы с ТБ в Хорватии - развитие ее лабораторной сети. Национальной референс-лаборатории было предложено стать наднациональной референс-лабораторией. В 2009 г. Хорватия будет принимать конференцию Международного союза по борьбе с туберкулезом и легочными заболеваниями Европейского региона.

Заболеваемость ТБ в Италии была низкой: 7,48 случая на 100 000 населения. Министерство здравоохранения организовало комитет по пересмотру национальных приоритетов и руководящих принципов по таким темам, как отслеживание контактов; ведение случаев коинфекции ВИЧ/ТБ у мигрантов из стран с высоким уровнем заболеваемости этими инфекциями, основанное на фактических доказательствах; а также организация системы сбора информации о МЛУ-ТБ. Для обеспечения раннего выявления случаев необходим был план по эпиднадзору для каждого региона. В Италии план «Остановить туберкулез» включал стратегические мероприятия и 10 запланированных действий по контролю ТБ. Италия нуждалась в работе над социальными детерминантами для предупреждения ТБ; она будет бороться с болезнями нищеты и организует национальный центр для этой цели и для улучшения здоровья мигрантов. Страна признает значение Плана «Остановить туберкулез» для Региона и находящийся в стадии подготовки план действий ЕС. Она будет продолжать борьбу с ТБ в рамках международного сотрудничества и взаимодействия с гражданским обществом.

На Мальте заболеваемость ТБ неуклонно снижалась с 1920 по 1977 г. (за исключением периода Второй мировой войны), однако в последнее время увеличилась заболеваемость легочным ТБ, а нелегальные иммигранты стали важной уязвимой группой. Они составляют 0,5% населения, большинство являются выходцами из стран Африки к югу от Сахары, где заболеваемость ТБ и ВИЧ-инфекцией высокая. В 2006 г. На Мальте зарегистрировано 2 случая МЛУ-ТБ. В борьбе против ТБ правительство сосредоточило

свои усилия на этой уязвимой группе; используется стратегия по сдерживанию, раннему выявлению, лечению и предоставлению информации для нелегальных иммигрантов. По прибытии все нелегальные иммигранты обследуются на ТБ и другие инфекционные заболевания; стратегия ДOTS используется для всех случаев ТБ, причем показатель успешного лечения составил в 2002–2005 гг. 99%. Мальта обратилась за финансированием к ЕС и построила специальный центр для скрининга. В обращении министра здравоохранения, по делам престарелых и уходу в общине содержался призыв к другим странам, принимающим нелегальных иммигрантов, рассмотреть этот вопрос в поисках возможного решения.

Хотя с позиций общественного здравоохранения заболеваемость ТБ в Соединенном Королевстве была низкой, в 2005 г. она выросла на 11%. Дополнительно к принятию в 2004 г. плана действий в 2005 г. Соединенное Королевство провело большое совещание заинтересованных сторон. Поскольку предоставление медико-санитарной помощи в стране стало более децентрализованным, в 2007 г. был опубликован инструментарий по ТБ для уполномоченных комиссаров, отвечающих за предоставление услуг здравоохранения. Приоритетами в борьбе с ТБ были ранняя диагностика, быстрое лечение и последующее наблюдение.

Механизмы для ограничения распространения или ликвидации ТБ и обеспечения достаточных ресурсов

Страны с высоким и средним уровнем заболеваемости сконцентрировали свои усилия на ограничении распространения ТБ; другие рассматривали возможность ликвидации этого заболевания. Страны действовали, используя проекты, программы и стратегии по борьбе с ТБ; в целом, к необходимым ресурсам для борьбы с ТБ относятся:

- политическая приверженность и лидерство на национальном уровне;
- качественная диагностика;
- стандартные методы лечения и мониторинга;
- непрерывное снабжение лекарственными препаратами;
- постоянный мониторинг и отслеживание эпидемиологических тенденций.

Некоторые страны сконцентрировали свои усилия на аутрич-работе с уязвимыми группами и необходимости интегрировать противотуберкулезные службы в систему здравоохранения. Партнерские отношения – с донорами, международными организациями, такими, как ВОЗ, и гражданским обществом – были важным инструментом и источником ресурсов. К важным механизмам по обеспечению необходимыми ресурсами относилась политическая приверженность, которая могла способствовать увеличению финансирования из государственных фондов и от доноров, в частности, от Глобального фонда.

В Беларуси государственная программа по борьбе с ТБ включала использование стратегии ДOTS, которая была принята в 2005 г., централизованную закупку лекарств и аутрич-работу с уязвимыми группами. В течение двух лет заболеваемость ТБ снизилась на 5%. Министерство здравоохранения координировало работу всех медицинских служб по борьбе с ТБ и других правительственных министерств и ведомств. Государственные средства, выделяемые на национальные стратегии, не обеспечивали полностью закупку необходимого диагностического оборудования и лекарственных препаратов, и

министерство здравоохранения получило грант от Глобального фонда на эти цели. Министерство поддерживало комплексный международный подход к борьбе с ТБ; стране было необходимо продолжать поиск новых лекарственных средств и путей защиты медицинского персонала, а также рассмотреть правовые аспекты при отказе от прохождения полного курса лечения.

Босния и Герцеговина ввела ДОТС в 1995 г.; в 2006 г. заболеваемость снизилась до 50 случаев на 100 000 населения и остается стабильной с тенденцией к дальнейшему снижению. Случаи лекарственно-устойчивого ТБ и коинфекция ТБ/ВИЧ наблюдались редко. Важная роль принадлежала семейной медицине. Опыт, полученный в стране, позволил сделать ряд выводов относительно борьбы с ТБ. Например, национальные программы по борьбе с ТБ должны определить «узкие места» и установить приоритеты. Министерству здравоохранения следовало использовать информацию для того, чтобы стратегия соответствовала потребностям страны; кроме того, правительство должно было принять программу по развитию человеческих ресурсов, ведению болезни и привлечению сообществ. Планирование и подготовка кадровых ресурсов имело решающее значение для выполнения всех намеченных действий. Поскольку финансирование также было важным, министерство здравоохранения и министерство финансов должны были работать вместе в целях обеспечения средствами и расширения инфраструктуры общественного здравоохранения. Партнерство являлось еще одним ключевым фактором; например, для обеспечения различными видами помощи и внедрения необходимых инноваций в области диагностики и лечения оказалось полезным партнерство между частным и государственным секторами. Роль сообществ требует более пристального внимания, а бригадам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, требуется больше ресурсов для просветительской работы с сообществами. И, наконец, привлечение зарубежных партнеров к действиям внутри страны привело к лучшим результатам в отношении здоровья.

Сербия направила свои усилия на снижение заболеваемости ТБ до 25 случаев на 100 000 населения к 2009 г. Помимо крупных ассигнований из государственного бюджета страна получила 4 млн долл. США от Глобального фонда для осуществления пятилетнего проекта по снижению бремени ТБ. Министерство здравоохранения создало подразделения по реализации проекта. Страна содействовала укреплению структуры предоставления медико-санитарной помощи; весь персонал (включая тюремных врачей) был обучен в рамках стратегии ДОТС; лабораторное оборудование было обновлено, и использовались все противотуберкулезные препараты первого ряда, которые предлагались пациентам бесплатно. Информационная система была усовершенствована, и активное выявление случаев использовалось для уязвимых популяций. К приоритетным направлениям относилось расширение ДОТС и увеличение национальных ассигнований на борьбу с ТБ.

Бывшая югославская Республика Македония определила направление своей работы как расширение сотрудничества на национальном и международном уровне для сдерживания, а затем ликвидации ТБ. Начиная с 2002 г., страна получала основное финансирование этой работы, которая дала прекрасные результаты, от Глобального фонда, и все еще продолжала осваивать средства, полученные по гранту. Кроме того, в 2007 г. было начато лечение случаев лекарственно-устойчивого ТБ. Эффективные механизмы международного сотрудничества включали совместные соглашения с Европейским региональным бюро ВОЗ и Сетью здравоохранения Юго-Восточной Европы, которые заключались раз в два года; члены Сети могли работать вместе в рамках РП7. Работа на национальном уровне была сконцентрирована на национальной стратегии по борьбе с ТБ

и укреплении системы здравоохранения, в частности, кадровых ресурсов. Другие важные задачи заключались в укреплении структуры управления болезнью, обеспечение рационального использования средств и борьбу со стигмой в обществе. Для результативной работы были необходимы тесное сотрудничество с государственным и политическим руководством, а также координация действий правительства, медицинских специалистов, НПО, пациентов и других участников процесса.

Франция сконцентрировалась на нескольких ключевых механизмах для успешной борьбы с ТБ:

1. Необходимо, чтобы бесплатная помощь была доступна всем пациентам. Требовалось должным образом интегрировать фтизиатрические службы в систему здравоохранения; программы по ТБ и СПИДу также нуждались в интеграции. Возникли две новые проблемы: потеря профессиональной компетенции и демографические различия в заболеваемости ТБ. Необходимо, чтобы поставщики медицинских услуг были лучше подготовлены и работали в общине.
2. Необходимо регулярно пересматривать политику, чтобы приспособиться к изменяющимся обстоятельствам, а также использовать новую стратегию для раннего выявления и лечения, особенно такую стратегию, которая включает оказание поддержки пациентам и тщательное наблюдение за ними.
3. Партнерства играли важную роль в проведении кампаний и мониторинга; также важная роль отводилась пациентам. Проведение мониторинга требовало тесного сотрудничества с Европейским региональным бюро ВОЗ и другими партнерами.
4. На международном уровне Франция поддерживала Глобальный фонд.

Нидерланды выделили три проблемы. Во-первых, взаимосвязь между ВИЧ-инфекцией и ТБ требовала комплексного подхода к решению данной проблемы. Это подчеркивалось в проекте декларации, предложенной Форуму, и Нидерланды приняли этот подход для контроля ТБ и ВИЧ-инфекции. Во-вторых, гражданское общество было важным партнером в борьбе против ТБ; в Нидерландах НПО, например, более 100 лет помогали в решении этой задачи. Организации гражданского общества играли существенную роль в проведении работы с населением (аутрич); они содействовали инновациям и их принятию группами высокого риска. Среди уязвимых групп особого внимания требовали женщины, поскольку торговля людьми и сексуальное насилие делали их более уязвимыми в отношении ТБ. В-третьих, правительства и доноры несли коллективную ответственность за устойчивое финансирование; к сожалению, многие доноры прекращали свою помощь странам Центральной и Восточной Европы, серьезно пострадавшим от ТБ. Перед странами «Большой восьмерки» и ЕС может встать задача увеличения объема предоставляемых ресурсов.

Польша имеет длительную историю борьбы с ТБ со снижением очень высокой заболеваемости, которая наблюдалась после Второй мировой войны, до 22 случаев на 100 000 населения в 2006 г. МЛУ-ТБ не был значительной проблемой; все случаи были связаны с несоблюдением режима лечения. Национальная программа была принята в законодательном порядке. Всегда придавалось большое значение обеспечению качества работы лабораторных служб. Хотя ситуация в стране существенно улучшилась, многое предстояло сделать, особенно в отношении иммиграции. Заболеваемость ТБ в Польше все еще в два раза превышала этот показатель по ЕС, следовательно, борьбу необходимо было продолжать. Страна выражала озабоченность по поводу того, что ТБ распространяется

снова, и принимала участие во всех инициативах ВОЗ и других международных мероприятиях, направленных на борьбу с ним.

Поскольку заболеваемость ТБ в Словении в предыдущие 10 лет снижалась и достигла показателя 10 случаев на 100 000 населения, эта страна сосредоточила свои усилия на ликвидации болезни. Словения использовала как пассивное, так и активное выявление случаев, а все услуги, относящиеся к ТБ, покрывались медицинской страховкой. Лекарственно-устойчивый ТБ не являлся проблемой. Требовалась модернизация инфраструктуры здравоохранения, внедрение стратегии контроля ТБ, осуществляемого медицинскими сестрами, и более тщательный мониторинг в группах высокого риска. Необходимо было предоставить заинтересованным сторонам на национальном уровне достаточного объема средств для борьбы с ТБ, а на региональном и международном уровне – содействовать развитию партнерств для координации действий.

Выводы

1. Вопрос, стоящий перед Европейским регионом ВОЗ – как продвигаться дальше в борьбе с ТБ. Что делать – хорошо известно: обеспечить политическую приверженность; интегрировать фтизиатрические службы в систему здравоохранения в целом и в службы по оказанию первичной медико-санитарной помощи; обеспечить финансирование из национальных и международных источников; и сделать борьбу с ТБ реальным общенациональным приоритетом.
2. Разработка новых инструментов для борьбы с ТБ находилась в состоянии стагнации. Много делается, но для создания новых диагностических методов, вакцин и препаратов для лечения ТБ необходимо больше денег и более широкое партнерство.
3. Необходим пересмотр методов работы; службы должны быть интегрированными и «горизонтальными». В частности, необходимо значительно более тесное сотрудничество с программами борьбы с ВИЧ-инфекцией. Кроме того, больные ТБ должны иметь те же возможности и права, что и больные с ВИЧ/СПИДом. Необходимо более активно продвигаться в сторону межсекторальной работы.
4. Партнерство играет решающую роль; настало время создания общеевропейских механизмов мониторинга.
5. Необходима более эффективная коммуникация для передачи информации об угрозе ТБ, особенно о лекарственно-устойчивых штаммах, а также для преодоления заблуждений и стигмы.
6. Глобальный фонд играет определяющую роль, хотя беспокоит вероятность того, что экономические показатели могут быть препятствием к получению финансирования европейскими странами, испытывающими тяжелое бремя ТБ.
7. Масштаб действий в отношении лекарственно-устойчивых штаммов возбудителя ТБ необходимо существенно расширить, что потребует значительно больше ассигнований.

Берлинская декларация по туберкулезу

Участники приняли Берлинскую декларацию по туберкулезу. Присутствие на Форуме руководителей такого ранга явилось шагом вперед в борьбе с ТБ в Европе и во всем мире. Была высказана надежда, что Форум станет важным призывом к действиям против ТБ в Европейском регионе ВОЗ.

Приложение 1

ЗАСЕДАНИЯ И ПРЕЗЕНТАЦИИ

Открытие заседания

Председатель: г-жа Ulla Schmidt, федеральный министр здравоохранения, Германия

Приветствие: г-жа Ulla Schmidt, федеральный министр здравоохранения, Германия, и д-р Marc Danzon, директор, Европейское региональное бюро ВОЗ

Вступительное слово – г-н Jorge Samraio, специальный посланник Организации Объединенных Наций по борьбе с ТБ

Туберкулез – реальная угроза!

Сопредседатели: проф. Antonio Correia de Campos, министр здравоохранения, Португалия, и проф. Октай Ширалиев, министр здравоохранения, Азербайджан

Европа и «белая чума»: мы далеки от ликвидации на западе, но близки к катастрофе на востоке – д-р Mario Raviglione, руководитель Отдела по борьбе с ТБ, Организация Объединенных Наций

Республика Молдова: является ли туберкулез угрозой для общественного здоровья? – д-р Ион Абабии, министр здравоохранения, Республика Молдова

“Ничего о нас без нас”: что это значит для борьбы с туберкулезом – г-н Paul Thorn, руководитель проекта, Проект «ТБ Survival» (представитель пострадавших сообществ)

Ответ Европейского региона на угрозу ТБ

Сопредседатели: г-н Дмитро Володимирович Табачник, вице-премьер, Украина, и проф. Aydin, Турция

Как остановить туберкулез в 18 наиболее приоритетных странах Европейского региона ВОЗ – д-р Nata Menabde, заместитель регионального директора, Европейское региональное бюро ВОЗ

Основные направления действий по борьбе с туберкулезом в Европейском союзе – г-жа Zsuzsana Jakab, руководитель, Европейский центр по предупреждению и контролю болезней

Кыргызстан: борьба с туберкулезом в особых условиях страны – г-н Туйгунали Абдраимов, министр здравоохранения, Кыргызстан

Ликвидировать пробелы

Сопредседатели: г-н Erich Stather, государственный секретарь, федеральный министр по экономическому сотрудничеству и развитию, Германия, и д-р Ранохон Ф. Абдурахманова, министр здравоохранения, Таджикистан

Российская Федерация: есть ли у нас недостатки в борьбе с туберкулезом? – г-жа Галина Маклакова, руководитель, департамент развития здравоохранения, Министерство здравоохранения и социального развития, Российская Федерация

Нынешние и будущие инструменты – д-р Tadataka Yamada, президент, Глобальная программа здравоохранения, фонд Билла и Мелинды Гейтс

Научные исследования туберкулеза в рамках программ ЕС – д-р Hannu Laang, генеральный директорат по научным исследованиям, Европейская Комиссия

Финансирование мероприятий по борьбе с туберкулезом – д-р Michel Kazatchkine, исполнительный директор, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией

Можем ли мы способствовать улучшению борьбы с туберкулезом: перспектива для гражданского общества и общин – г-н Markku Niskala, генеральный секретарь Международной федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца

Наше предложение партнерства: вы принимаете? – г-жа Земфира Кондур, вице-президент, Ромского женского фонда «Чирикли», Украина

Итоговая информация – г-н Eugen Nicolaescu, министр здравоохранения, Румыния

Министерский «круглый стол»

«Круглый стол» 1. Каково место и значение туберкулеза как проблемы общественного здравоохранения в рамках национальных систем здравоохранения?

Председатель: д-р David Ross Harper, генеральный директор, Департамент здравоохранения, Соединенное Королевство

Дискуссионная группа: д-р Valeri Tzekov, заместитель министра здравоохранения, Болгария; д-р Neven Ljubicic, министр здравоохранения, Хорватия; г-н Serafino Zucchelli, заместитель министра здравоохранения, Италия; м-р Акылбек Жапаров, министр юстиции, Кыргызстан; д-р Louis Charles Deguara, министр здравоохранения, Мальта; д-р Юрий Гайдаев, министр здравоохранения, Украина

«Круглый стол» 2. Какие механизмы необходимы для обеспечения соответствующими ресурсами мероприятий по сдерживанию/ликвидации туберкулеза?

Председатель: д-р Tomica Milosavljevic, министр здравоохранения, Сербия

Дискуссионная группа: д-р Василий Иванович Жарко, министр здравоохранения, Беларусь; д-р Ranko Skrbic, министр здравоохранения и социального благополучия, Республика Сербска (Босния и Герцеговина); д-р Imer Seljmani, министр здравоохранения, бывшая югославская Республика Македония; г-н Paul Bekkers, посол Нидерландов по ВИЧ/СПИДу; д-р Jaroslaw Pinkas, заместитель госсекретаря, Польша; г-жа Zofija Mazej Kukovič, министр здравоохранения, Словения

Как мы должны двигаться дальше? – д-р Gudjón Magnússon, руководитель, Отдел программ здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ

Берлинская декларация – принятие

Сопредседатели: г-жа Anna Cataldi, посол партнерства «Остановить туберкулез»; г-жа Sandra Elisabeth Roelofs, первая леди Грузии, посол партнерства "Остановить туберкулез"

Заккрытие заседания

Заккрытие Форума – д-р Klaus Theo Schröder, государственный секретарь, федеральное Министерство здравоохранения, Германия

Приложение 2

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПАРТНЕРСТВА ОТ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА МИНИСТРАМ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА⁵

Наше видение движения «Все против туберкулеза» – это создание новых взаимоотношений, построенных на подлинном партнерстве между больными туберкулезом (ТБ) и пострадавшими сообществами, поставщиками медико-санитарных и социальных услуг, а также правительствами.

Мы отмечаем, что...

- Все страны – с низким или с высоким бременем болезни – должны рассматривать ТБ как серьезную угрозу общественному здравоохранению. Хотя ТБ можно предупредить и вылечить, в 2005 г. 67 000 жителей Европейского региона умерли от этой болезни. ТБ – болезнь бедности и неравенства; он процветает, когда отдельные люди или сообщества подвергаются дискриминации, экономической или социальной изоляции. Особенно тяжелым бременем ТБ ложится на наиболее маргинализированные группы
- Наблюдается тенденция к повышению распространения коинфекции ТБ и ВИЧ-инфекции; это серьезная проблема, если учесть, что в некоторых частях Европы отмечены высокие показатели распространенности ВИЧ-инфекции, а ТБ труднее диагностировать и часто сложнее лечить у людей, инфицированных ВИЧ.
- Слабая инфраструктура общественного здравоохранения, не соответствующая стандартам практика лечения ТБ и экономические проблемы переходного периода, наблюдаемые в некоторых странах, способствуют тому, что в Европе уровень распространения ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) и ТБ с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) один из самых высоких в мире.
- Лечение ТБ и другие услуги – это не только обеспечение лекарственными препаратами, но и удовлетворение эмоциональных и психологических потребностей пациентов, их семей и сообществ.

Мы признаем, что...

- Европейское региональное бюро ВОЗ и другие партнеры укрепляют потенциал органов здравоохранения для эффективного реагирования на ТБ.
- Правительства стран Региона сделали борьбу с ТБ приоритетным направлением работы и расширяют масштаб своей деятельности.
- Национальные органы власти и доноры привлекают новые финансовые ресурсы для борьбы с ТБ, однако необходимы дополнительные действия с целью укрепления потенциала систем здравоохранения для адекватного ответа на сложные проблемы ТБ.

⁵ Впервые опубликовано на веб-сайте «Все против туберкулеза в Европе» [web site] (<http://www.tbnetwork.eu>; accessed 23 October 2007).

- Гражданское общество – во всем его многообразии – может сыграть решающую роль в усилиях по предупреждению и лечению ТБ, если развиваются конструктивные партнерские отношения, рассматривающие социальные и экономические условия, которые позволяют процветать этой болезни.
- Прочные связи между программами борьбы с ТБ и ВИЧ-инфекцией, а также между работающими в этих областях организациями (правительственными и неправительственными – НПО) всех уровней, необходимы для эффективного контроля и лечения обоих заболеваний.
- Существует настоятельная необходимость в разработке более коротких и более эффективных схем лечения препаратами, обладающими меньшим количеством побочных эффектов, а также более точных и быстрых методов диагностики и эффективных вакцин против ТБ с тем, чтобы обратить вспять эпидемию ТБ в Европе и других регионах.

Для эффективной борьбы с ТБ необходимо ...

- Участие и расширение прав и возможностей гражданского общества и пациентов на всех уровнях осуществления политики и программ борьбы с ТБ.
- Поддержка устойчивых инвестиций в улучшение стандартов качества предоставления услуг и помощи путем внедрения наилучших образцов, таких как Международные стандарты по оказанию помощи при ТБ.
- Расширение и устойчивый характер финансовой поддержки фундаментальных научных исследований в области ТБ, а также разработки диагностических методов, лекарственных средств и вакцин.
- Участие в глобальных усилиях по борьбе с ТБ. Расширение международных поездок и миграции означает, что в результате отказа от контроля ТБ в странах с высоким бременем этой болезни ТБ распространяется по всей Европе.
- Решение вопросов, относящихся к основным социальным детерминантам, подпитывающим эпидемию ТБ, таким, как нищета, изоляция и криминализация маргинализированных групп.

Мы предлагаем...

- Наше участие в усилиях по борьбе с ТБ на персональном, общинном, национальном и международном уровнях.
- Нашу приверженность налаживанию диалога и партнерств с правительствами и поставщиками медицинских услуг. В частности, нашу приверженность совместной работе с национальными органами здравоохранения для развития многостороннего подхода к борьбе с ТБ, включая непрерывность и преемственность оказания помощи.
- Наше участие в привлечении сообществ к борьбе против ТБ и в мобилизации ресурсов из различных секторов, включая социальные службы, другие министерства, частный сектор и доноров.

- Наш опыт в предоставлении услуг пациентам с ТБ, МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ, оценки перспектив пациентов в отношении их болезни и преодолении препятствий на пути к выздоровлению.
- Нашу способность протянуть руку помощи сообществам, в наибольшей степени страдающим от ТБ, понять их культуру и условия их жизни. Наш доступ к этим сетям и наш опыт по улучшению доступа к медико-санитарной помощи при ТБ для труднодоступных, маргинализированных и изолированных индивидов и сообществ.
- Наш творческий подход к разработке новых и более универсальных методов профилактики, диагностики и лечения ТБ, подходящих для групп наиболее высокого риска.

Мы добиваемся от правительств ...

- Политической приверженности новым, справедливым отношениям с организациями гражданского общества, что повысит их доступ и возможности как для конструктивного участия в планировании и осуществлении программ борьбы с ТБ, так и в отношении финансирования, которое сделает возможным такое участие.
- Политической приверженности принципу бесплатных, доступных, справедливых, приемлемых, надежных и эффективных услуг по диагностике и лечению ТБ, независимо от правового или социально-экономического статуса пациента.
- Политических обязательств, подкрепленных конкретными мерами, направленными на социальные детерминанты ТБ, включая удовлетворительные жилищные условия, правовой статус для мигрантов, доступ к социальным и медицинским услугам, интегрированные службы социального обслуживания и социального обеспечения.
- Публичных обязательств перед обществом, ведущих к действиям по решению проблем психологической и социальной окружающей среды, стоящих перед людьми, страдающими ТБ, и особенно по борьбе со стигмой и дискриминацией.
- Политических обязательств по созданию страновых механизмов привлечения всех заинтересованных сторон и особенно общинных организаций к разработке или модификации национальных и местных стратегий борьбы с ТБ.

Это Предложение партнерства было разработано в ходе прозрачного совместного процесса написания и внесения поправок в Интернете, который был открыт для всех заинтересованных организаций и сторонников от гражданского общества. Оно было официально представлено 22 октября 2007 г. на Европейском министерском форуме ВОЗ - Все против туберкулеза – г-жой Земфирой Кондур, вице-президентом НПО Ромского женского фонда «Чирикли». Перечисленные ниже лица и организации Европы способствовали подготовке проекта документа.

Имя	Организация	Страна
Martien Borgdorff	Фонд по борьбе с туберкулезом KNCV	Нидерланды
Beatrijs Stickers	Фонд по борьбе с туберкулезом KNCV	Нидерланды
Vincent Kuyvenhoven	Фонд по борьбе с туберкулезом KNCV	Нидерланды
Masoud Dara	Фонд по борьбе с туберкулезом KNCV	Нидерланды
Peter Gondrie	Фонд по борьбе с туберкулезом KNCV	Нидерланды
Rob van Nest	Ассоциация FEANTSA	Нидерланды
Сергий Дьома	Международный фонд «Возрождение»	Украина
Paul Sommerfield	Организация TB Alert	Соединенное

Paul Thorn	Проект TB Survival	Королевство Соединенное
Юлия Чорна Danova Roussinova Savelina Claude Cahn	НПО «Спасение» Европейский центр по правам рома	Королевство Украина Венгрия
Dorota Latarska-Smuga	Центр по жилищным правам и выселениям (COHRE) Общественный учебный центр при комитете по СПИДу	Швейцария Польша
Case Gordon Tamara Gvaramadze Ардак Жанабиллова	ТВTV и Совет «World Care Council» Грузинская ПЛЮС Группа Общественный фонд «Sauygu» («Здоровье»)	Франция Грузия Казахстан
Wim Vandavelde	Европейская группа по лечению СПИДа	Португалия
Mabel van Oranje	Институт «Открытое общество»	Соединенное Королевство
Eva Foldes Alina Covaci Гюльнара Калиакбарова Joost van de Meer Tamari Trapaidze Alistair Story	Институт «Открытое общество» Институт «Открытое общество» Международная тюремная реформа СПИД Фонд Восток-Запад Фонд социального обеспечения Агентство по охране здоровья	Венгрия Венгрия Казахстан Нидерланды Грузия Соединенное Королевство
Alasdair Reid	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу	Швейцария
Daniel Raduslecu Sheila Davie	НПО «Sastipen» Организация RESULTS UK	Румыния Соединенное Королевство
Волкова Полина Петровна Овчинникова Мария	Ассоциация медицинских сестер России Фонд «FrontAIDS»	Российская Федерация Российская Федерация
Markku Niskala	Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца	Швейцария
Lasha Goguadze	Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца	Швейцария
Аида Эстербесова	Общество Красного Креста, Кыргызстан	Кыргызстан
Венера Турсунбекова	Общество Красного Креста, Кыргызстан	Кыргызстан
Елена Нечесина	Коалиция ВИЧ-сервисных организаций	Украина
Витали Моросан	НПО «КАРЛЮКС»	Республика Молдова
Oliver Moldenhauer	«Врачи без границ»	Германия

Terrence Joe	Больница при университетском колледже Лондона	Соединенное Королевство
Земфира Кондур	Ромский женский фонд «Чирикли», НПО	Украина
Mick Matthews	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией	Швейцария
Tanzer Gezer	Европейский фонд помощи беспризорным детям всего мира (EFSCW)	Турция
Федоткина Татьяна	Ассоциация медицинских сестер России	Российская Федерация
Гамазина Катерина	Проект РАТН в Украине	Украина

Приложение 3

УЧАСТНИКИ

Делегации государств-членов

Австрия

Д-р Hubert Hrabcik
Генеральный директор отдела общественного здравоохранения, Федеральное министерство здравоохранения, по делам семьи и молодежи

Д-р Jean-Paul Klein
Старший медицинский советник, Секция 3, Федеральное министерство здравоохранения, по делам семьи и молодежи

Азербайджан

Проф. Октай Ширалиев
Министр здравоохранения

Г-н Назин Алекберов
Заместитель министра юстиции

Д-р Самир А. Абдуллаев
Руководитель, Департамент международных отношений, Министерство здравоохранения

Г-н Рафаил Мехдиев
Руководитель, Главное медицинское управление, Министерство юстиции

Г-н Анар Хусейнов
Посольство Азербайджана в Германии

Албания

Д-р Nard Ndoka
Министр здравоохранения

Г-н Afrim Krasniqi
Генеральный секретарь, Министерство здравоохранения

Армения

Д-р Арутюн Кушкян
Министр здравоохранения

Д-р Ваган Погосян
Руководитель, Отдел медицинской помощи, Министерство здравоохранения

Г-н Ашот Смбатян
Посольство Армении в Германии

Беларусь

Д-р Василий Иванович Жарко
Министр здравоохранения

Д-р Геннадий Гуревич
Директор, Научно-исследовательский институт пульмонологии и фтизиатрии, Министерство здравоохранения, Министерство здравоохранения

Г-н Игорь Хвенко
Первый секретарь, Посольство Республики Беларусь в Германии

Г-н Алексей Зайцев
Третий секретарь, Посольство Республики Беларусь в Германии

Бельгия

Г-н Johan Pauwels
Советник, Министерство социальных дел и общественного здравоохранения

Босния и Герцеговина

Федерация Боснии и Герцеговины

Д-р Safet Omerovic
Министр здравоохранения

Республика Сербска

Д-р Ranko Skrbic
Министр здравоохранения и социального обеспечения

Болгария

Д-р Valeri Tzekov
Заместитель министра здравоохранения

Д-р Vladimir Milanov
Младший эксперт, Отдел профилактики ВИЧ/СПИДа и ИППП, Министерство здравоохранения

Д-р Tonka Varleva
Руководитель, Отдел профилактики и контроля ВИЧ/СПИДа, Министерство здравоохранения

Д-р Tinka Troeva
Дипломат, Посольство Болгарии в Германии

Бывшая югославская Республика Македония

Д-р Imer Seljmani
Министр здравоохранения

Г-жа Snezana Cicevalieva

Руководитель, Сектор по европейской интеграции и международной кооперации, Министерство здравоохранения

Д-р Stefan Talevski
Национальный координатор по борьбе с туберкулезом, Институт легочных заболеваний и туберкулеза

Д-р Gjorgji Filipov
Посольство бывшей Югославской Республики Македонии в Германии

Венгрия

Д-р Katalin Rapi
Статс-секретарь по вопросам политики здравоохранения, Министерство здравоохранения

Германия

Г-жа Ulla Schmidt
Федеральный министр здравоохранения

Г-жа Angelika Beck
Сотрудник, Отдел протокола по обслуживанию международных делегаций и связям с посольствами, Федеральное министерство здравоохранения

Г-жа Wiebke Blinde
Сотрудник, Отдел протокола по обслуживанию международных делегаций и связям с посольствами, Федеральное министерство здравоохранения

Д-р Jochen Böhmer
Заместитель руководителя отдела здравоохранения и популяционной политики

Д-р Bonita Brodhun
Старший советник, Институт Роберта Коха

Г-жа Christin Emmerich
Сотрудник, Отдел протокола по обслуживанию международных делегаций и связям с посольствами, Федеральное министерство здравоохранения

Г-жа Britte Groeger
Переводчик, Федеральное министерство здравоохранения

Д-р Walter H. Haas
Руководитель отдела инфекционных болезней, Институт Роберта Коха

Д-р Irene Keinhorst
Старший советник, Отдел многостороннего сотрудничества в области здравоохранения, Федеральное министерство здравоохранения

Д-р Björn Kümmerl
Старший советник, Отдел планирования общеевропейской политики в области здравоохранения, Федеральное министерство здравоохранения

Г-жа Karin Knufmann-Narpe

Руководитель департамента, Руководитель секции 3: Профилактика, контроль заболеваний, биомедицинские науки

Г-жа Astrid Niessen

Советник, Отдел многостороннего сотрудничества в области здравоохранения, Федеральное министерство здравоохранения

Д-р Peter Pompe

Руководитель, Отдел протокола по обслуживанию международных делегаций и связям с посольствами, Федеральное министерство здравоохранения

Г-жа Dagmar Reitenbach

Руководитель, Отдел здравоохранения и популяционной политики

Д-р Lars Schaade

Руководитель, Отдел инфекционных заболеваний, СПИДа, предупреждения эпидемий, Федеральное министерство здравоохранения

Г-н Udo Scholten

Заместитель генерального директора, Федеральное министерство здравоохранения

Д-р Klaus Theo Schröder

Статс-секретарь, Федеральное министерство здравоохранения

Д-р Ortwin Schulte

Руководитель, Отдел многостороннего сотрудничества в области здравоохранения, Федеральное министерство здравоохранения

Д-р Ewold Seeba

Генеральный директор, Отдел персонала, бюджета, организации и Европейской и международной политики, Федеральное министерство здравоохранения

Г-н Erich Stather

Статс-секретарь, Федеральное министерство по экономическому сотрудничеству и развитию

Д-р Timo Ulrichs

Старший советник, Отдел инфекционных болезней, СПИДа, предупреждения эпидемий, Федеральное министерство здравоохранения

Г-жа Britta Groeger

Переводчик, Федеральное министерство здравоохранения

Греция

Г-н George Papageorgiou

Заместитель министра здравоохранения и социальной солидарности

Д-р Athina Kyrtlesi

Генеральный директор по вопросам общественного здравоохранения

Д-р Theodoros Papadimitriou

Директор Греческого центра по контролю и профилактике заболеваний

Г-н Athanasios Papageorgiou

Заместитель советника министра

Грузия

Г-жа Sandra Elisabeth Roelofs
Первая леди Грузии, Председатель СКК Грузии, Посол партнерства «Остановить туберкулез»

Г-н Givi Mikanadze
Заместитель министра юстиции

Г-н Irakli Giorgobiani
Первый заместитель министра труда, здравоохранения и социальных дел

Дания

Д-р Sigrid Poulsen
Главный медицинский специалист, Отдел инфекционных болезней, Национальный совет по здравоохранению

Израиль

Д-р Daniel Chemtob
Директор, Департамент туберкулеза и СПИДа, Министерство здравоохранения

Ирландия

Д-р Colette Bonner
Заместитель начальника медицинской службы, Департамент здравоохранения и по делам детей

Испания

Г-н Manuel Onorbe de Torge
Генеральный директор, Министерство здравоохранения и по делам потребителей

Д-р Aurora Limia
Руководитель службы, Министерство здравоохранения и по делам потребителей

Г-жа Isabel Pachon del Amo
Координационный центр по медицинской готовности и чрезвычайным ситуациям, Министерство здравоохранения и по делам потребителей

Италия

Д-р Serafino Zucchelli
Заместитель министра здравоохранения

Г-жа Francesca Basile
Старший административный сотрудник, Министерство здравоохранения

Д-р Maria Paola Di Martino
Генеральный директор, Генеральный директорат по Европейскому союзу и международным отношениям, Министерство здравоохранения

Д-р Renato Finocchi Ghersi
Глава канцелярии министра, Министерство здравоохранения

Д-р Gianni Ghisi
Дипломатический советник, Министерство здравоохранения

Д-р Donato Greco
Генеральный директор, Департамент по профилактике и коммуникации в области укрепления здоровья, Министерство здравоохранения

Казахстан

Д-р Кадыр Т. Омаров
Заместитель министра здравоохранения

Г-н Болат Иманбаев
Советник, Посольство Казахстана в Германии

Г-жа Шолпан Шинассилова
Третий секретарь, Посольство Казахстана в Германии

Кипр

Д-р Andreas Polynikis
Начальник медицинской службы, Министерство здравоохранения

Д-р Andreas G. Georgiou
Главный медицинский специалист, Отдел медицинских услуг и услуг общественного здравоохранения, Министерство здравоохранения

Кыргызстан

Г-н Туйгунали Абдраимов
Министр здравоохранения

Г-н Марат Каипов
Министр юстиции

Г-н Улан Басарбаев
Дипломат, Посольство Кыргызстана в Германии

Латвия

Г-н Rinalds Mucins
Заместитель статс-секретаря

Д-р Janis Leimans
Директор, Латвийский государственный центр туберкулеза и легочных заболеваний

Литва

Д-р Rima Vaitkiene
Статс-секретарь, Республиканское министерство здравоохранения

Мальта

Д-р Louis C. Deguaga
Министр здравоохранения, по делам престарелых и общественному уходу

Д-р Ray Busuttil
Генеральный директор, Отдел здравоохранения, Министерство здравоохранения, по делам престарелых и общественному уходу

Нидерланды

Г-н Paul Bekkers
Посол по ВИЧ/СПИДу

Г-жа Nicole Willems
Советник по политическим вопросам, Министерство здравоохранения благосостояния и спорта

Г-жа Frieda M. Nicolai
Старший советник по политическим вопросам, Департамент по международным делам, Министерство здравоохранения благосостояния и спорта

Д-р Harry van Schooten
Старший советник по вопросам здравоохранения, Министерство иностранных дел

Норвегия

Г-жа Rigmor Aasrud
Статс-секретарь, Министерство здравоохранения и медицинских услуг

Д-р Mette Klouman
Менеджер по международному сотрудничеству, Норвежская ассоциация «Сердце и легкие» (LHL)

Г-жа Toril Roscher-Nielsen
Генеральный директор, Отдел по международному сотрудничеству и готовности, Министерство здравоохранения и медицинских услуг

Д-р Karl-Olaf Wathne
Специальный советник, Департамент общественного здравоохранения, Министерство здравоохранения и медицинских услуг

Г-жа Brita Askeland Winje
Советник, Норвежский институт общественного здравоохранения

Польша

Д-р Jaroslaw Pinkas
Заместитель государственного секретаря по вопросам здравоохранения

Д-р Kazimierz Roszkowski
Генеральный директор, Национальный научно-исследовательский институт туберкулеза и легочных заболеваний

Португалия

Д-р Antonio Correia de Campos
Министр здравоохранения

Г-жа Teresa Oleiro
Глава кабинета, Министерство здравоохранения

Д-р Francisco George
Генеральный директор по вопросам здравоохранения, Министерство здравоохранения

Д-р Henrique Barros
Национальный координатор по вопросам ВИЧ/СПИДа

Д-р Antonio Fonseca Antunes
Ппульмонолог, Генеральный директорат по здравоохранению, Министерство здравоохранения

Д-р Miguel Villar
Ппульмонолог, Генеральный директорат по здравоохранению, Министерство здравоохранения

Республика Молдова

Д-р Ион Абабии
Министр здравоохранения

Г-жа Нина Лупан
Заместитель министра финансов

Д-р Владимир Тарану
Руководитель, Медицинское отделение Департамента пенитенциарных учреждений,
Министерство юстиции

Г-жа Ала Мирза
Первый секретарь, Посольство Республики Молдова в Германии

Российская Федерация

Г-жа Галина Ч. Махакова
Директор, Департамент развития медицинской помощи, Министерство здравоохранения и социального развития

Д-р Александр С. Кононец
Заместитель директора, Федеральная служба исполнения наказаний, Министерство юстиции

Г-жа Юлия Михайлова
Директор, Центральный научно-исследовательский институт организации и информации общественного здравоохранения, Министерство здравоохранения и социального развития

Г-н Евгений Слостных

Директор, Департамент международного сотрудничества и связей с общественностью,
Министерство здравоохранения и социального развития

Г-н Андрей Уклонский
Заместитель начальника, Отдел реструктуризации сектора социальных услуг, Департамент по стратегии социально-экономических реформ, Министерство экономического развития и торговли

Проф. Михаил И. Перельман
Директор, Научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии, Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова

Румыния

Г-н Eugen Nicolaescu
Министр здравоохранения

Сербия

Проф. Tomica Milosavljevic
Министр здравоохранения

Проф. Gordana Radosavljevic Asic
Руководитель отдела туберкулеза, Институт легочных заболеваний и туберкулеза, Клинический центр

Словакия

Д-р Daniel Klacko
Заместитель министра здравоохранения

Д-р Jaroslava Hurna
Директор, Департамент по зарубежным связям, Министерство здравоохранения

Д-р Ivan Solovic
Национальный координатор по туберкулезу, Институт туберкулеза, легочных заболеваний и торакальной хирургии, Министерство здравоохранения

Словения

Г-жа Zofija Mazej Kukovic
Министр здравоохранения

Д-р Marija Seljak
Генеральный директор, Министерство здравоохранения

Г-жа Zvezdana Veber Hartman
Консультант правительства, Министерство здравоохранения

Г-жа Ana Polanc
Советник, Министерство здравоохранения

Соединенное Королевство

Д-р David Harper
Генеральный директор, Департамент здравоохранения

Таджикистан

Д-р Ранохон Ф. Абдурахманова
Министр здравоохранения

Туркменистан

Д-р Мехри Дурдиева
Руководитель факультета туберкулеза, Центр по профилактике туберкулеза, Туркменский государственный медицинский институт

Турция

Проф. Sabahattin Aydin
Заместитель помощника министра, Министерство здравоохранения

Г-жа Sevim Tezel Aydin
Заместитель руководителя, Департамент иностранных дел, Министерство здравоохранения

Д-р Turan Buzgan
Департамент первичной медицинской помощи, Министерство здравоохранения

Д-р Feyzullah Gumuslu
Руководитель, Департамент по борьбе с туберкулезом, Министерство здравоохранения

Г-н Kamuran Ozden
Директор, Директорат по внешним связям, Отдел проекта стипендий (научным сотрудникам) и конференций, Министерство здравоохранения

Д-р Nihat Tosun
Заместитель помощника министра, Министерство здравоохранения

Узбекистан

Д-р Шухрат Хашимов
Начальник главного управления лечебно-профилактической помощи, Министерство здравоохранения

Д-р Баходир Юсупов
Руководитель медицинского департамента, Департамент исполнения наказаний, Министерство внутренних дел

Украина

Г-н Юрий Гайдаев
Министр здравоохранения

Г-н Дмитро Табачник

Вице-премьер-министр

Г-жа Жанна Ценилова
Руководитель, Департамент по европейской интеграции и международным отношениям,
Министерство здравоохранения

Г-н Андрий Марочкин
Дипломат, Посольство Украины в Германии

Финляндия

Д-р Petri Ruutu
Директор, Отдел инфекционных болезней, Национальный институт общественного
здравоохранения

Г-н Tarani Melkas
Генеральный директор, Департамент здравоохранения по здоровью/медицинским делам

Франция

Г-н Louis-Charles Viossat
Посол, Министерство иностранных дел

Г-жа Géraldine Bonnin
Руководитель миссии ВОЗ, Отдел по европейским и международным делам,
Министерство здравоохранения, солидарности и спорта

Д-р Marie-Claire Paty
Генеральный директорат здравоохранения, Отдел по профилактике инфекционных факторов
риска, Подотдел по инфекционным факторам риска и политике в области вакцинации

Хорватия

Д-р Neven Ljubicic
Министр здравоохранения и социального обеспечения

Г-жа Tihomira Ivanda
Руководитель, Отдел первичной медико-санитарной помощи, Министерство здравоохранения и
социального обеспечения

Д-р Laurentiu T. Mihai
Генеральный директор, Департамент международных отношений и европейских дел,
Министерство здравоохранения

Г-жа Vasilica Olteanu
Дипломат, Постоянный представитель Румынии в Европейском союзе

Черногория

Д-р Danica Masanovic
Заместитель министра здравоохранения, труда и социального обеспечения

Г-жа Lorena Vlahovic

Помощник министра здравоохранения по кадровым ресурсам, Министерство здравоохранения,
труда и социального обеспечения

Чешская Республика

Д-р Michael Vit
Главный специалист по общественному здравоохранению, Министерство здравоохранения

Д-р Jiri Wallenfels
Старший специалист, Департамент эпидемиологии, Министерство здравоохранения

Швейцария

Д-р Christian Blickenstorfer
Посол, Посольство Швейцарии в Германии

Д-р Peter Helbling
Медицинский специалист, Федеральное управление общественного здравоохранения

Швеция

Д-р Anders Tegnell
Директор, Профилактика и контроль инфекционных болезней, Национальный совет по вопросам
здравоохранения

Эстония

Г-жа Tiit Aro
Генеральный директор, Инспекция по защите здоровья

Д-р Vahur Hollo
Руководитель отдела регистрации туберкулеза, Национальный институт развития
здравоохранения

Г-н Martin Kadai
Главный специалист по инфекционным болезням, Отдел общественного здравоохранения,
Министерство социальных дел

Наблюдатели

Dailylife

Г-н Carl Cordonnier
Фотограф

Г-жа Pauline Lutz
Ассистент фотографа

Gross Verlag, Германия

Eduard Gross
Директор

McKinsey & Company

Г-н Toby Lambert
Партнер

Д-р Kristin-Anne Rutter
Партнер

Д-р Farhad Riahi
Ведущий партнер

Гражданское общество

Г-н Claude Cahn
Руководитель отдела адвокации, Центр по жилищным правам и выселениям (COHRE)

Г-жа Юлия Чорна
Координатор проекта по адвокации в области ТБ/ВИЧ, НПО «Спасение», Украина

Г-н Сергей Дьома
Программный менеджер по делам рома в Украине, Международный фонд «Возрождение», Украина

Г-жа Аида Эстебесова
Координатор по вопросам здравоохранения, Общество Красного Креста Кыргызстана

Г-жа Татьяна Федоткина
Старшая медсестра, Туберкулезная больница г. Томска, Ассоциация медицинских сестер России

Д-р Катерина Гамазина
Директор, директор страновой программы Украины PATH, Украина

Г-н Case Gordon
Адвокат пациентов с ТБ, TBTV и Всемирный совет по оказанию помощи

Г-жа Tamara Gvaramadze
Заместитель директора, Грузинская ПЛЮС группа, Грузия

Д-р Silje Hagerup
Консультант международного сотрудничества, LHL – Норвежская организация пациентов «Сердце и легкие»

Д-р Terence Joe,
Менеджер программ, Больница при университетском колледже Лондона, Мобильный скрининг на ТБ

Г-жа Гюльнара Калиакбарова
Директор регионального центральноазиатского бюро Международной организации по пенитенциарной реформе (PRI), Казахстан

Г-жа Земфира Кондур
Вице-президент, Международная благотворительная организация, Ромский женский фонд «Чирикли», Украина

Д-р Oliver Moldenhauer
Координатор кампании по обеспечению доступа, «Врачи без границ», Германия

Д-р Vitalie Morosan
Координатор медицинского департамента, «КАРЛЮКС», Республика Молдова

Г-жа Elena Nechosina
Исполнительный директор, Коалиция ВИЧ-сервисных НПО, Украина

Г-н Daniel Radulescu
Исполнительный директор, НПО «SASTIPEN», Румыния

Г-жа Savelina Danova Roussinova
Координатор по научным исследованиям и политике, Европейский центр по правам рома, Венгрия

Г-н Alistair Story
Фельдшер-фтизиатр и научный сотрудник, Агентство по охране здоровья, Соединенное Королевство

Г-жа Tamari Trapaidze
Ведущий исследователь, Фонд социального обеспечения, Грузия

Г-жа Венера Турсунбекова
Волонтер Общества Красного Креста Кыргызстана, Кыргызстан

Г-н Joost Van der Meer
Исполнительный директор, СПИД Фонд Восток-Запад (AFEW), Нидерланды

Д-р Rob van Hest
Консультант, врач-специалист по туберкулезу, Департамент по борьбе с туберкулезом муниципальной службы общественного здравоохранения Роттердама, Нидерланды

Г-жа Полина П. Волкова
Старшая медсестра, Республиканская туберкулезная больница Мари-Эл, Ассоциация медицинских сестер России, Российская Федерация

Г-н Wim Vandavelde
Руководитель, Европейская группа по лечению СПИДа (EATG), Португалия

Частный сектор

Rajiv Alex
Руководитель, Global TB & API Business, Sandoz Pvt ltd., Индия

Г-н Claude Cahn
Руководитель отделения адвокации, Центр по вопросам прав на жилье и выселений (COHRE), Швейцария

Г-н Karel De Beule
Старший руководитель, CDTL, Tibotec, Бельгия

Г-н George Goedesky
Исполнительный директор, Инфекционные болезни, Biomerieux, Inc., Соединенные Штаты Америки

Д-р Geneviève Inchauspe
Руководитель, Департамент инфекционных болезней (TRANSGENE), Франция

Г-н Paul B. Lebeau
Директор по управлению, EMEA, Cellectis GmbH, Германия

Д-р Didier Leboulleux
Старший менеджер, Медицинский отдел, Sanofi Aventis, Франция

Д-р Christophe Longuet
Врач, Фонд Merieux, Франция

Д-р Carol Nacy
CEO, Sequella, Inc, Соединенные Штаты Америки

Д-р Jürgen Schwiezer
Президент, Исполнительный комитет, Roch Diagnostics GmbH, Германия

Г-н Detlef Siewert
Директор, Global Health Europe / Middle East / Asia BD (Becton Dickinson & Company), Германия

Д-р Martin Springsklee
Bayer Healthcare AG, Германия

Г-жа Lakshmi Sundaram
Заместитель директора, Всемирный экономический форум, Швейцария

Г-жа Jennifer Woolley
Заместитель директора, Отдел внешних связей, Aeras Global TB Vaccine Foundation, Соединенные Штаты Америки

Представители

Фонд Билла и Мелинды Гейтс

Д-р Tadataka Yamada
Президент, Глобальная программа по здравоохранению

Д-р Gabrielle Fitzgerald
Сотрудник программы, Адвокация по глобальным вопросам здравоохранения

Германский фонд народонаселения (DSW)

Д-р Jörg F. Maas
Исполнительный директор

Европейский центр по профилактике и контролю болезней (ECDC)

Г-жа Zsuzsanna Jakab
Директор

Г-н John O'Toole
Координатор по международным отношениям

Д-р Arun Nanda
Сотрудник по связям с ВОЗ

Д-р Karoline Fernandez de la Hoz
Координатор Горизонтального проекта по туберкулезу

Европейское респираторное общество (ERS)

Проф. William MacNee
ELEGI Colt Research MRC/UoE, Центр по исследованиям воспаления, Королевский научно-исследовательский медицинский институт, Соединенное Королевство

Г-жа Nadia Kamel
Научный сотрудник, ERS, Брюссель

Компания Eli Lilly

Г-жа Silva Barseghyan
Региональный менеджер по Армении и Грузии

Компания Eli Lilly Nederland B.V.

Д-р Pieter-Joep Huige
Директор, Корпоративные дела и связи с общественностью, Операции в Европе

Европейская Комиссия

Д-р Hannu Laang
Генеральный директорат по научным исследованиям

Г-н Vincent Houdry
Отдел по угрозам здоровью, Европейская Комиссия, Люксембург

Д-р John Francis Ryan
Руководитель отдела, Мониторинг состояния здоровья и предупреждение травматизма, Отдел по угрозам здоровью, DG SANCO, Люксембург

Д-р Andrzej Jan Rys
Директор, Общественное здравоохранение и оценка риска, DG SANCO LUX - HTC 03/378, Люксембург

Федерация FILHA

Д-р Jan Lindgren
Генеральный секретарь

Фонд для развития Украины

Г-н Анатолий Заболотный
Директор

Германский комитет по борьбе с туберкулезом

Проф. Robert Loddenkemper
Генеральный секретарь

Г-жа Miriam Broennecke
Научный сотрудник

Д-р Barbara Hauer
Научный сотрудник

Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (МФКК)

Г-н Markku Niskala
Генеральный секретарь

Д-р Bruce Eshaya-Chauvin
Руководитель, Департамент по здравоохранению и уходу

Д-р Lasha Gogvadze
Главный врач, Программа «Европейский регион и туберкулез»

Г-жа Anitta Underlin
Руководитель, Европейская зона, Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, Венгрия

Д-р Иван Усиченко
Президент, Общество Красного Креста, Украина

Имперский колледж Лондона

Проф. Rifat A. Atun
Директор, Центр по управлению здравоохранением, Школа бизнеса Танака

Institut de Veille Sanitaire - EuroTB

Д-р Dennis Falzon
Главный врач

Международная больничная ассоциация

Проф. Per-Gunnar Svensson
Генеральный директор

Банк развития KfW

Г-н Felix Klauda
Глава отделения Европа / Кавказ

Г-н Uwe Ohls
Первый заместитель президента по азиатским странам

Д-р Peter Reff
Главный медицинский эксперт, Отдел здравоохранения и образования для азиатских стран

Фонд для борьбы с туберкулезом - KNCV

Д-р Martien W. Borgdorff
Исполнительный директор

Д-р Masoud Dara
Координатор и старший консультант, Международный отдел по странам Европы

Д-р Peter Gondrie
Руководитель, Международный отдел

Д-р J. Vincent Kuyvenhoven
Руководитель, Национальный отдел

Г-жа Beatrijs Stickers
Исполнительный секретарь

«Врачи без границ», Нидерланды

Д-р Yared Kebede Haile
Советник по вопросам здравоохранения

Институт «Открытое общество» – Нью-Йорк

Г-жа Emily Bell

Сотрудник проекта, Public Health Watch, Соединенные Штаты Америки

Г-жа Cynthia Eyakuze

Директор, Public Health Watch, Соединенные Штаты Америки

Г-жа Francoise Girard

Директор, Программа по общественному здравоохранению, Соединенные Штаты Америки

Институт «Открытое общество» – Брюссель

Г-н Russel Pickard

Старший сотрудник по вопросам политики, Бельгия

Институт «Открытое общество» – Будапешт

Г-жа Alina Covaci

Сотрудник программы здравоохранения для рома, Венгрия

Г-жа Eva Foldes

Проект «Здоровье рома», Венгрия

Институт «Открытое общество» - Лондон

Г-жа Mable van Oranje

Директор, Международная адвокатура

Консультанты Института «Открытое общество»

Г-жа Tamsin Rose

Консультант по туберкулезу, Бельгия

Г-жа Mullova-Ludmila Dietrich

Переводчик

Программа по использованию соответствующих технологий в здравоохранении (PATH)

Д-р M. D'Arcy Richardson

Технический директор, Программа по борьбе с туберкулезом

Наталья Заика

Специалист ВСС, PATH, Украина

Проект NOPE

Д-р Jaap Veen

Советник по туберкулезу

Красный Крест, Германия

Д-р Karl Demmer
Врач

Образовательный фонд RESULTS

Г-жа Joanne Carter
Помощник исполнительного директора

Проф. Reinhard Kurth
Президент, Институт Роберта Коха

Партнерство "Остановить туберкулез" для Европы

Д-р Patrizia Carlevaro
Руководитель, Отдел международной помощи, Eli Lilly Export S.A., Швейцария

Г-жа Sheila Davie
Исполнительный директор, RESULTS, Соединенное Королевство

Г-жа Ciara Goldstein
Помощник по вопросам политики, Глобальный альянс по разработке противотуберкулезных препаратов (TB Alliance), Бельгия

Г-н Michael Matthews
Технический сотрудник, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, (GFATM), Швейцария

Г-н Matti Ojanen
Директор, Международные дела и общественная политика, Корпоративные дела, AstraZeneca Plc, Соединенное Королевство

Д-р Archil Salakaia
Исполнительный директор, Национальный центр туберкулеза и легочных заболеваний, Грузия

Г-н Paul Anthony Thorn
Проект «TB Survival», Соединенное Королевство

Партнерство «Остановить туберкулез» - Глобальное

Г-жа Louise Baker
Principal Officer, Секретариат Глобального Партнерства «Остановить туберкулез»

Д-р Nils E. Billo
Исполнительный директор, Международный союз по борьбе с туберкулезом и легочными заболеваниями, Франция

Д-р Jaap F. Broekmans
Партнерство «Остановить туберкулез» в Нидерландах

Д-р Kenneth Castro
Директор, Отдел по ликвидации туберкулеза, Центры по контролю и профилактики заболеваний, Соединенные Штаты Америки

Г-жа Anna Cataldi
Посол, Глобальное Партнерство «Остановить туберкулез»

Г-н Jean-Francois de Lavison
Вице-президент, Международные дела и связи с общественностью, Альянс Mérieau, Франция

Д-р Marcos Fuentes Espinal
Исполнительный директор, Секретариат Глобального Партнерства «Остановить туберкулез»

Д-р Michel Greco
Независимый эксперт по вакцинам, PARTEUROP, Франция

Г-жа Shirley Henderson
Технический сотрудник, Глобальное партнерство «Остановить туберкулез»

Г-жа Irene Koek
Глава Координационного комитета, Глобальное партнерство «Остановить туберкулез»,
Руководитель Отдела инфекционных болезней, Офис по здравоохранению и питанию,
Агентство США по международному развитию (USAID), Соединенные Штаты Америки

Д-р Giorgio Roscigno
CEO, Фонд инноваций по созданию новых диагностикумов (FIND), Швейцария

Г-н Ezio Távora Santos-Filho
Заместитель председателя of Brizilian CCM, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом,
туберкулезом и малярией, Бразилия

Г-жа Nicole Schiegg
Сотрудник по вопросам адвокации, Глобальное партнерство «Остановить туберкулез»

Д-р Peter M. Small
Старший программный сотрудник, Туберкулез, Фонд Билла и Мелинды Гейтс, Глобальная
программа по здравоохранению, Соединенные Штаты Америки

Д-р Paul Sommerfeld
Глобальная адвокация, Глобальное партнерство «Остановить туберкулез», Соединенное
Королевство

Д-р Anant Vijay
Секретариат Глобального партнерства «Остановить туберкулез»

Г-жа Kerstin Kolbe
Бывший интерн, Глобальное партнерство «Остановить туберкулез»

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией

Д-р Michel Kazatchkine
Исполнительный директор

Д-р Urban Weber
Руководитель группы, Восточная Европа и Центральная Азия

Всемирный банк

Г-н Patricio V. Marquez

Главный экономист отдела здравоохранения, Департамент развития человеческого потенциала,
Регион Европы и Центральной Азии

ЮНЭЙДС

Г-н Bertil Lindblad

Директор, Региональная группа поддержки, Представительство ЮНЭЙДС, Российская Федерация

Г-н Alasdair Reid

Советник по ВИЧ/ТБ, Профилактика, уход, смягчение последствий, политика мониторинга и
предупреждения эпидемий, фактические данные и партнерства

Организация Объединенных Наций

Д-р Jorge Samraio

Специальный посланник Генерального секретаря ООН по борьбе с туберкулезом

Г-жа Helena Barroco

Советник Специального посланника Генерального секретаря ООН по борьбе с туберкулезом

Агентство по международному развитию США - USAID

Д-р Susan Bacheller

Руководитель группы туберкулеза

Г-н Paul M. Holmes

Старший региональный советник по вопросам здравоохранения, Бюро Европы и Евразии

Д-р Carloyn I. Mohan

Советник по туберкулезу, Бюро по глобальным вопросам здравоохранения

Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

Д-р Marc Danzon

Региональный директор

Д-р Nata Menabde

Заместитель регионального директора

Д-р Gudjón Magnússon

Директор, Программы здравоохранения

Д-р Richard Zaleskis

Региональный советник, Программа по туберкулезу

Г-н Karim Benthami

Административные службы, Сотрудник по снабжению и организации конференций

Г-жа Mary Stewart Burgher
Обозреватель

Г-н Oluf Christoffersen
Куратор, Служба по подготовке печатных материалов и организации конференций

Д-р Andrei Dadu
Технический сотрудник, Программа по туберкулезу

Д-р Pierpaolo de Colombani
Врач-специалист, Программа по туберкулезу

Г-жа Marianne (Janchen) de la Cour
Ассистент программы, Программа по туберкулезу

Д-р Lucica Ditiu
Врач, Программа по туберкулезу

Г-жа Mirona Eriksen
Ассистент программы, DRD

Г-н Haris Hajrulahovic
Руководитель странового офиса ВОЗ, Босния и Герцеговина

Д-р Wieslaw Jakubowiak
Координатор по туберкулезу, Российская Федерация

Г-н Bent Jørgensen
Оператор офисного оборудования

Д-р Rusudan Klimiashvili
Руководитель странового офиса ВОЗ, Грузия

Г-н Yavuz Mehmet Kontas
Сотрудник по связям, Турция

Г-жа Мирослава Кореневич
Технический сотрудник, Адвокация и социальная мобилизация, Украина

Г-н Jeffrey Victor Lazarus
Сотрудник по адвокации и связям с сообществами, ВИЧ/СПИД и инфекции, передаваемые половым путем

Г-н Andreas Lemcke
Помощник секретаря, Программа по туберкулезу

Д-р Srdan Matic
Региональный советник, ВИЧ/СПИД и инфекции, передаваемые половым путем

Д-р Kestutis Miskinis
Врач-специалист, контроль туберкулеза, Украина

Г-жа Liuba Negru
Сотрудник по связям с прессой и средствами массовой информации

Г-н Jens Nielsen
Сетевой ассистент, Информационные и коммуникационные технологии

Д-р Игорь Поканевич
Руководитель странового офиса ВОЗ, Украина

Г-н Charles Robson
Руководитель, Отдел перевода и редактуры

Г-жа Ann Camilla Scott
Программный ассистент, Программа по туберкулезу

Г-жа Rouguina Teura
Ассистент по техническим вопросам, Служба технической поддержки

Д-р Gombogaram Tsogt
Врач, Узбекистан

Д-р Павел Урсу
Руководитель странового офиса ВОЗ, Республика Молдова

Г-жа Оксана Яковенко
Программный ассистент, Программа по туберкулезу, Украина

Д-р Егор Зайцев
Руководитель странового офиса ВОЗ, Беларусь

Штаб-квартира

Д-р Leopold Blanc
Координатор, STB/TBS

Д-р Malgorzata Grzemska
Врач, НТМ/STB/TBS

Д-р Mario Raviglione
Директор, НТМ/STB

Г-н Glenn Thomas
Журналист, НТМ/STB

Г-жа Diana Weil
Старший советник по вопросам политики, НТМ/STB

Переводчики

Г-н Дмитрий Булаковский

Г-жа Julia Erickson

Г-жа Valérie Fontaumard

Г-жа Catherine M.D. Gay

Г-жа Claudia Groothaert

Г-н Mercury Eric Harley

Г-жа Annette Maria Schroer

Д-р Katherine Anne Vanovitch
Г-н Georgy G. Pignastyy