



World Health
Organization



International
Labour
Organization

Настанови по соціальному захисту людей, постраждалих від туберкульозу





World Health
Organization



International
Labour
Organization

Настанови по соціальному захисту людей, постраждалих від туберкульозу

Настанови по соціальному захисту людей, постраждалих від туберкульозу

ISBN (WHO) 978-92-4-008932-7 (електрон. версія)

ISBN (WHO) 978-92-4-008933-4 (друк. версія)

ISBN (ILO) 9789220404478 (друк)

ISBN (ILO) 9789220404485 (онлайн PDF)

© Всесвітня організація охорони здоров'я та Міжнародна організація праці, 2024

Деякі права захищені. Цей документ доступний за ліцензією Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Відповідно до умов цієї ліцензії, ви можете копіювати, розповсюджувати та адаптувати цей документ з некомерційною метою за умови належного посилання на нього, як зазначено нижче. При будь-якому використанні цього документу не допускається жодних припущень, що Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) або Міжнародна організація праці (МОП) схвалюють будь-яку конкретну організацію, продукти або послуги. Несанкціоноване використання назв або логотипів ВООЗ або МОП не дозволяється. Якщо ви адаптуєте цей документ, ви повинні ліцензувати свою роботу за тією ж або рівнозначною ліцензією Creative Commons. Якщо ви створюєте переклад цієї роботи, ви повинні додати наступне попередження разом із запропонованим посиланням: "Цей переклад не був створений Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) або Міжнародною організацією праці (МОП). Ні ВООЗ, ні МОП не несуть відповідальності за зміст або точність цього перекладу. Обов'язковим і автентичним виданням є оригінальне видання англійською мовою".

Будь-яка посередницька діяльність, пов'язана зі суперечками, що виникають на підставі ліцензії, здійснюється відповідно до правил посередництва Всесвітньої організації інтелектуальної власності (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

Рекомендоване цитування. Наставови по соціальному захисту людей, які постраждали від туберкульозу. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я та Міжнародна організація праці, 2024. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Дані за каталогізацією у виданні (CIP). CIP дані доступні за посиланням <https://iris.who.int/>.

Продаж, права та ліцензування. Щоб придбати публікації ВООЗ, див. <https://www.who.int/publications/book-orders>. Для подання запитів на комерційне використання та запитів щодо прав і ліцензування див. <http://www.who.int/copyright>. Інформацію про публікації та цифрові продукти МОП можна знайти за адресою: www.ilo.org/publins.

Фотографії ВООЗ. Фотографії ВООЗ захищені авторським правом і не підлягають відтворенню на будь-яких носіях без отримання попереднього письмового дозволу. Запити на отримання дозволу на відтворення фотографій ВООЗ слід направляти за адресою: <http://www.who.int/copyright>

Матеріали третіх сторін. Якщо ви хочете повторно використовувати матеріали з цього документу, які належать третім особам, наприклад, таблиці, рисунки або зображення, ви несеєте відповідальність за визначення того, чи потрібен дозвіл на таке повторне використання, і за отримання дозволу від власника авторських прав. Ризик позовів, пов'язаних з порушенням авторських прав на будь-який компонент, що належить третій стороні, лежить виключно на користувачеві.

Загальні зауваження. Використані позначення та викладення матеріалу в цій публікації не висловлюють будь-якої думки з боку ВООЗ або МОП щодо правового статусу будь-якої країни, території, міста чи району або їх органів влади, а також щодо визначення їх кордонів або меж. Пунктирні та штрихові лінії на картах позначають приблизні лінії кордонів, щодо яких ще не досягнуто повної згоди.

Згадка назв конкретних компаній або продуктів певних виробників не означає, що ВООЗ або МОП схвалюють або рекомендують їх, надаючи їм перевагу перед іншими аналогічними компаніями або продуктами, які не згадані в цьому документі. За винятком помилок і пропусків, назви запатентованих продуктів виділяються початковими великими літерами.

ВООЗ та МОП вжили всіх необхідних заходів для перевірки інформації, що міститься в цій публікації. Проте, опубліковані матеріали розповсюджуються без будь-яких гарантій, прямих або припущених. Відповідальність за інтерпретацію та використання матеріалу несе читач. За жодних обставин ВООЗ або МОП не несуть відповідальності за збитки, пов'язані з його використанням.

Редагування, дизайн і верстка Genève Design



Зміст

Передмова	v
Подяка	vi
Абревіатури та терміни.....	vii
Стислий огляд	viii

1. Соціальний захист людей, постраждалих від ТБ: поняття, визначення і вплив _____ 1

1.1 Соціальні детермінанти ТБ та соціальний захист в контексті стратегії "Подолання епідемії туберкульозу" 2	
1.2 Що таке соціальний захист?	4
1.3 Стратегії реалізації програм соціального захисту для людей, постраждалих від ТБ	6
1.4 Роль соціального захисту в подоланні епідемії ТБ: концептуальні основи.....	9
1.5 Вплив соціального захисту на ТБ: докази	11

2. Планування програм соціального захисту для людей, постраждалих від ТБ _____ 13

2.1 Огляд основних етапів планування програм соціального захисту.....	14
2.2 Створення мультидисциплінарної/мультисекторальної групи	16
2.3 Вивчення наявної системи соціального захисту.....	17
2.4 Оцінка потреб у соціальному захисті людей, постраждалих від ТБ	18
2.5 Виявлення бар'єрів у доступі до соціального захисту, з якими стикаються люди, постраждалі від ТБ.....	20
2.6 Узагальнення доказів та розробка інтервенцій у сфері соціального захисту	21

3. Реалізація програм соціального захисту, які враховують проблему ТБ _____ 23

3.1 Підтримка та промоція програм соціального захисту, які враховують проблему ТБ	24
3.2 Подолання програмних бар'єрів на шляху більш широкого охоплення програмами соціального захисту	25
3.3 Захист гарантованого доходу людей, постраждалих від ТБ	27

- 3.4 Моніторинг охоплення людей, постраждалих від ТБ, програмами соціального захисту, які враховують проблему ТБ 31

4 Реалізація програм соціального захисту, спрямованих на подолання ТБ 33

- 4.1 Соціально-економічна підтримка34
- 4.2 Аліментарна підтримка36
- 4.3 Інтервенції по зменшенню стигми, пов'язаної з ТБ38
- 4.4 Моніторинг ходу реалізації програм соціального захисту, спрямованих на подолання ТБ 40

5. Створення та підтримка мультисекторальної співпраці між службами ТБ та соціального захисту 41

- 5.1 Мультисекторальна співпраця для забезпечення заходів, спрямованих на соціальні детермінанти ТБ: проблеми і можливості42
- 5.2 Система мультисекторальної підзвітності для прискорення темпів подолання ТБ43
- 5.3 Створення ефективної мультисекторальної співпраці: підхід «Здоров'я у всіх політиках» (HiAP)44

Список літератури 51

Додаток 1. Перелік політик, керівництв та настанов ООН у сфері соціального захисту, які стосуються питань здоров'я 59

Додаток 2. Глосарій 63

1

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) встановила амбітні цілі щодо подолання епідемії туберкульозу (ТБ), які передбачають зниження смертності від ТБ на 90%, зниження захворюваності на ТБ на 80% та ліквідацію катастрофічних загальних витрат, які несуть люди, хворі на ТБ, та їх домогосподарства, до 2030 року порівняно з 2015 роком, що відповідає Цілям сталого розвитку Організації Об'єднаних Націй (ЦСР ООН).

Нерівність, яка сприяє епідемії туберкульозу, посилилася внаслідок пандемії COVID-19, геополітичної нестабільності та глобальної фінансової кризи, що робить ще більш нагальним впровадження політики, спрямованої на соціальні детермінанти ТБ. Соціальний захист, як компонент Стратегії ВООЗ з подолання туберкульозу (1), підтримали країни-члени ВООЗ як важливий елемент реагування на ТБ у Московській декларації з ліквідації туберкульозу 2017 року (2) та Політичній декларації Засідання на вищому рівні Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй з питань боротьби з туберкульозом 2023 року (3). Це визнання відображено в новій цілі політичної декларації 2023 року - забезпечити 100-відсотковий доступ людей, хворих на туберкульоз, до пакету медичних і соціальних послуг, щоб їм не доводилося стикатися з фінансовими труднощами через свою хворобу. Так само політична декларація Засідання на вищому рівні Організації Об'єднаних Націй з питань загального охоплення послугами охорони здоров'я 2023 року містить зобов'язання змінити тенденцію до зростання катастрофічних прямих витрат на охорону здоров'я за допомогою заходів, спрямованих на забезпечення захисту від фінансових ризиків та недопущення зубожіння через витрати, пов'язані з охороною здоров'я, з особливим акцентом на бідні верстви населення, а також на тих, хто перебуває в незахищеному чи вразливому становищі.

У 2021 році делегати 109-ї Міжнародної конференції праці звернулися до Міжнародної організації праці (МОП) із закликом вжити невідкладних заходів для забезпечення загального соціального захисту, щоб прискорити зменшення нерівності та подолати фінансові й соціальні наслідки пандемії COVID-19. Цей заклик ґрунтується на міжнародних стандартах соціального забезпечення, зокрема на Конвенції про мінімальні стандарти соціального забезпечення 1952 року (№ 102) та Рекомендації про мінімальні розміри соціального захисту 2012 року (№ 202), які передбачають створення національних систем соціального захисту, доступних для всіх, щоб гарантувати людям ефективний доступ до охорони здоров'я без труднощів, а також до гарантованого доходу протягом усього життя (4,5).

Соціальний захист - це право людини. Проте переважна більшість населення в світі ще не охоплена жодною формою соціального захисту, що залишає мільярди людей незахищеними. Так само більшість країн-членів ВООЗ ще не включили соціальний захист до програмних заходів з протидії ТБ на системній та стійкій основі.

Визнаючи ці значні проблеми, Глобальна програма ВООЗ по боротьбі з туберкульозом та МОП спільно розробили ці технічні настанови, щоб допомогти країнам в адаптації та впровадженні програм соціального захисту з метою максимального охоплення та максимального впливу на людей, які постраждали від ТБ.

Ці настанови мають застосовуватися в рамках багатосторонньої та мультисекторальної боротьби з туберкульозом за участю багатьох зацікавлених сторін. Реалізація політики соціального захисту, спрямованої на забезпечення потреб людей, які постраждали від ТБ, потребує скоординованих зусиль як у секторі охорони здоров'я, так і за його межами, а також суворої підзвітності всіх залучених учасників. Завдяки цьому документу провайдери медичних послуг у зв'язку з ТБ, зокрема співробітники та керівники програм боротьби з ТБ і міністерств охорони здоров'я, а також відповідні

зацікавлені сторони у сфері соціального захисту, отримують концептуальні та оперативні інструменти для планування та впровадження програм соціального захисту, що сприятиме прискоренню темпів подолання епідемії ТБ та захисту прав людини для людей, постраждалих від туберкульозу.



Подяка

Підготовку та технічне редагування Настанов по соціальному захисту людей, які постраждали від туберкульозу, здійснював Ernesto Jaramillo, за підтримки Delia Boccia та Debora Pedrazzoli, під загальним керівництвом Farai Mavhunga та Tereza Kasaeva, директора Глобальної програми ВООЗ по боротьбі з ТБ, а також Lou Tessier, за підтримки Mathilde Mailfert, під загальним керівництвом Shahra Razavi, директора Департаменту загального соціального захисту МОП.

ВООЗ та МОП висловлюють подяку наступним фахівцям, які брали участь у розробці конкретних тем настанов:

- Ines Garcia Baena (ВООЗ) та Nobuyuki Nishikiori (ВООЗ) а дослідження витрат пацієнтів з туберкульозом;
- Annemieke Brands (ВООЗ), Sabine Verkuil (ВООЗ) та Kerri Viney (ВООЗ) щодо соціально-економічного впливу ТБ на дітей та підлітків;
- Delia Boccia (консультант ВООЗ) з питань планування програм соціального захисту людей, які постраждали від ТБ;
- Mathilde Mailfert (МОП), Lou Tessier (МОП), Diddie Schaaf (МОП) і Afsar Syed Mohammed (МОП) щодо планування та реалізації програм соціального захисту, які враховують проблему ТБ;
- Daniel Carter (Лондонська школа гігієни та тропічної медицини) щодо реалізації програм соціального захисту, спрямованих на боротьбу з ТБ, які ґрунтуються на матеріальній допомозі;
- Групі з питань стигми KNCV (у складі Agnes Gebhard, Kathy Fiekert, Leva Leimane, Svetlana Pak, Emmy van de Grinten та Ineke Huitema) щодо стигми, пов'язаної з ТБ; а також
- Nicole Valentine (ВООЗ), Orielle Solar (Панамериканська організація охорони здоров'я (ПАОЗ), Carmel Williams (Центр співпраці ВООЗ з питань прискорення реалізації підходу "Здоров'я у всіх політиках"), Michaela Told (HumanImpact5) та Claudia Galicki (ВООЗ) щодо створення мультисекторальних партнерств.

ВООЗ висловлює подяку наступним рецензентам проекту настанов за їх внесок у підготовку цього документу: Marzia Calvi (ВООЗ), Maria Mas Nieves Garcia Casal (ВООЗ), Sarah Anderson (Служба Громадського здоров'я Англії, Велика Британія), Anurag Bhargava (Ун-т Єнепо, Індія), Jaime Bayona (Світовий банк), Yulia Chorna (незалежний консультант), Brian Citro (незалежний консультант), Stéphanie Dagron, Ун-т Женев, Anne-Celine Garfin (Департамент охорони здоров'я, Філіппіни), Knut Lönnroth (Каролінський інститут), Mauro Sanchez (Ун-т Бразилія), Viorel Soltan (Партнерство "Зупинимо туберкульоз"), Guy Stallworthy (Фонд Білла і Мелінди Гейтс).

Фінансову підтримку у підготовці та виданні цієї публікації надали Уряд Японії та Агентство США з міжнародного розвитку (USAID).

ВООЗ висловлює подяку учасникам Онлайн-консультації фахівців з питань глобального керівництва ВООЗ щодо сприяння включенню соціального захисту в протитуберкульозні послуги, яка відбулася 14-16 грудня 2021 року, за їх внесок: Menonli Adjibimey (НТП, Бенін), Yaw Adusi-Poku (НТП, Гана), Mohammad Kamin Ayoubi (НТП, Афганістан), Kenza Bennani (ВООЗ), Vineet Bhatia (ВООЗ), Jaime Bayona (Світовий банк), Sara Bernardini (ВПП), Anurag Bhargava (Ун-т Єнепо), Stela Bivol (ВООЗ), Delia Boccia (Лондонська школа гігієни і тропічної медицини), Saskia den Boon (ВООЗ), Daniel Carter (Лондонська школа гігієни і тропічної медицини), Yuliya Chorna (Спеціальна група ВООЗ по громадянському суспільству), Khun Kim Eam (НТП, Камбодія), Carlton Evans (Імперіал коледж), Dennis Falzon (ВООЗ), Ines Garcia-Baena (ВООЗ), Agnes Gebhard (Фонд КNCV), Nebiat Gebreselassie (ВООЗ), Sayohat Hasanova (ВООЗ), Nguyễn Bình Hòa (НТП, В'єтнам), Avinash Kanchar (ВООЗ), Seiya Kato (Науково-дослідний ін-т з питань ТБ/ Японська спілка боротьби з ТБ), Corinne Merle (ВООЗ/TDR), Carlos Van der Laat (Міжнародне бюро з міграції), Knut Lönnroth (Каролінський інститут), Yerliyeve Lyazzat (Національний науково-дослідний центр з фтизіопульмонології, Казахстан), Allison Omal Lawi (ВПП), James Malar (партнерство Зупинимо ТБ), Partha Mandal (ВООЗ), Fukushima Morishita (ВООЗ), Andre Ndongosieme (ВООЗ), Nobu Nishikiori (ВООЗ), Winston Palasi (Деп-т охорони здоров'я, Філіппіни), Tia Palermo (Ун-т в Буффало), Gita Parwati (ВООЗ), Kalpeshsinh Rahevar (ВООЗ), Mauro Sanchez (Каліфорнійський ун-т), Jamhoi Tonsing (ГФ), Deng Serongkea (ВООЗ), Priya Shete (Каліфорнійський ун-т), Tieng Sivanna (НТП, Камбоджія), Michael Smith (ВПП), Guy Stallworthy (Фонд Білла і Мелінди Гейтс), Viorel Soltan (партнерство Зупинимо ТБ), Tatyana Toichkina (МОЗ, РФ), Nicole Valentine (ВООЗ), Kerri Viney (ВООЗ), Tom Wingfield (Ліверпульська школа тропічної медицини), Zhao Yanlin (ЦКЗ, Китай), Askar Yedilbayev (ВООЗ), Saltanat Yegeubayeva (ВООЗ),

Aduqna K. Yimam (World Vision), Hout Chan Yuda (НТП, Камбоджія), Chamnan Yungthaisong (НТП, Таїланд).



Абревіатури і терміни

ОРГ	Організації, які діють на рівні громади
ДІ	Довірчий інтервал
ЛС-ТБ	Лікарсько-стійкий туберкульоз
HiAP	Health in All Policies - підхід «Здоров'я у всіх політиках»
МОП	Міжнародна організація праці
MAF-TB	multisectoral accountability framework to end tuberculosis – система мультисекторальної підзвітності з метою подолання туберкульозу
МЛС-ТБ	Туберкульоз з множинною лікарською стійкістю
НУО	Неурядові організації
НТП	Національна програма боротьби з ТБ
ЦСР	Цілі сталого розвитку
ТБ	туберкульоз
ОН	Об'єднані Нації
UNDG	United Nations Development Group – Група ООН з питань розвитку
ВПП	Всесвітня продовольча програма
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
TB-specific	Програма, спрямована на боротьбу з ТБ
TB-sensitive	Програм, яка враховує проблему ТБ

Стислий огляд

Загальний соціальний захист є ключовим елементом Порядку денного у сфері сталого розвитку до 2030 року, а також представлений у Компоненті 2 Стратегії ВООЗ з ліквідації туберкульозу (1), який визнає соціальний захист та подолання бідності невід'ємними та важливими складовими глобального реагування на проблему туберкульозу. Під час Засідання на вищому рівні Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй, присвяченому боротьбі з туберкульозом у 2023 році (3), світові лідери затвердили нову політичну декларацію, яка ще раз підкреслює вирішальну роль соціальних детермінант в збереженні циклу туберкульозу та бідності, а також те, як ці детермінанти та соціально-економічні наслідки туберкульозу провокуються або посилюються кризами в галузі охорони здоров'я та гуманітарними кризами, в тому числі пандеміями, стихійними лихами та кліматичними змінами. Політична декларація 2023 року також підкреслює незмінну важливість міжсекторальних зусиль та підзвітності у сферах охорони здоров'я, продовольства, фінансів, праці, освіти та соціального захисту.

Необхідність залучення достатнього та сталого фінансування для забезпечення загального охоплення послугами охорони здоров'я та стратегіями соціального захисту з метою полегшення фінансового тягаря, пов'язаного та не пов'язаного зі здоров'ям, який зазнають домогосподарства, уражені туберкульозом, була визнана як на Засіданні на вищому рівні Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй, присвяченому питанням туберкульозу та загального охоплення послугами охорони здоров'я, так і на Засіданні на вищому рівні Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй з питань туберкульозу та загального охоплення послугами охорони здоров'я, яке відбудеться у 2023 році. Зокрема, в документі щодо туберкульозу було затверджено нову амбітну мету - до 2027 року забезпечити всіх людей, постраждалих від ТБ, пакетами медичних і соціальних послуг, щоб полегшити фінансові труднощі, пов'язані з цим захворюванням (3).

Пандемія COVID-19 чітко проілюструвала, до якої міри системи соціального захисту можуть бути перевантажені глобальними кризами, і як ці системи можна використовувати для підтримки амбітних глобальних зусиль у сфері громадського здоров'я. Роль соціального захисту в такому багатосекторальному підході до боротьби з ТБ підкріплюється дедалі більшою кількістю доказів, які незмінно демонструють позитивний вплив соціального захисту на показники захворюваності на ТБ, лікування ТБ та катастрофічні загальні витрати (які визначаються як прямі медичні витрати, прямі немедичні витрати та непрямі витрати, наприклад, втрата доходу, що в сумі складають понад 20% доходів домогосподарств), а також, у підсумку, на життя та добробут людей, які постраждали від туберкульозу.

Ці настанови спрямовані на те, щоб втілити наявний передовий досвід та поточну політику ВООЗ і МОП у програмні дії, надавши співробітникам і керівникам програм боротьби з туберкульозом та міністерств охорони здоров'я, а також відповідним зацікавленим сторонам у сфері соціального захисту населення:

1. основні поняття та доказову базу для розуміння того, як соціальний захист може допомогти подолати епідемію туберкульозу;
2. практичні поради щодо планування інклюзивних та адаптованих до місцевих умов програм соціального захисту, здатних забезпечити потреби людей, постраждалих від ТБ; та
3. основні кроки реалізації ефективних стратегій соціального захисту та створення міцних та сталих синергій між різними секторами.



А саме:

- **Розділ 1** розглядає соціальний захист у контексті Стратегії подолання туберкульозу (1) та надає ключові робочі визначення та концепції. У розділі представлено концептуальну основу, яка описує очікуваний вплив соціального захисту на ТБ, а також узагальнені найкращі наявні докази впливу соціального захисту на показники захворюваності на ТБ, результати лікування ТБ та витрати, понесені людьми, хворими на ТБ.
- **Розділ 2** містить рекомендації щодо планування соціального захисту людей, уражених туберкульозом, зокрема визначення існуючої системи соціального захисту, оцінку потреб у програмах соціального захисту та бар'єрів доступу до них, з якими стикаються люди, уражені туберкульозом. У розділі представлено два комплементарні підходи до надання соціального захисту в умовах епідемії туберкульозу (з урахуванням проблеми ТБ та спрямований на боротьбу з ТБ).

Розділи 3, 4 і 5 містять рекомендації щодо впровадження соціального захисту:

- » У **Розділі 3** представлені шляхи посилення впливу наявних програм соціального захисту на ТБ за рахунок підвищення їхньої відповідності потребам людей, постраждалих від ТБ. Розділ ілюструє роль, яку можуть відігравати програми боротьби з ТБ у формуванні чутливості програм соціального захисту до проблем ТБ завдяки активній взаємодії з відповідними міністерствами та іншими зацікавленими сторонами у сфері соціального захисту з метою розширення доступу до цих програм для людей, постраждалих від ТБ.
- » **Розділ 4** містить рекомендації щодо розробки та впровадження програм соціального захисту, спрямованих на боротьбу з ТБ, які орієнтовані на забезпечення потреб людей, постраждалих від ТБ, у доходах та продовольчій безпеці. У розділі наведено загальні протоколи та дії для реалізації матеріальної та аліментарної підтримки, а також усталені або нові практики моніторингу та оцінки. У розділі також наведено збірку передових практик щодо подолання стигми, яка є основною причиною соціальної ізоляції людей, постраждалих від ТБ.
- » **Розділ 5** містить рекомендації щодо формулювання та створення моделей партнерства для посилення співпраці між програмами боротьби з туберкульозом та службами соціального захисту населення з метою вирішення проблем, пов'язаних із соціальними детермінантами туберкульозу.

Починаючи з центральної ролі Мультисекторальної системи підзвітності ВООЗ для прискорення темпів подолання туберкульозу до 2030 року (MAF-TB) (8) і далі ґрунтуючись на принципах підходу "Здоров'я у всіх політиках" (HiAP), цей розділ ілюструє операційні характеристики ефективної та результативної міжсекторальної співпраці.





1. Соціальний захист людей, постраждалих від ТБ: поняття, визначення і вплив



Авторські права на фото: МОП / Crozet Marcel

В цьому розділі представлено ключові поняття та визначення, пов'язані з соціальними детермінантами туберкульозу та соціальним захистом в контексті Стратегії "Подолання епідемії туберкульозу" (1). У розділі також наведена концептуальна основа для опису очікуваного впливу соціального захисту на епідемію туберкульозу та можливих відправних пунктів для інтервенцій. Наприкінці розділу обговорюється наскільки наявні докази підтверджують цю концептуальну основу.

1.1 Соціальні детермінанти ТБ та соціальний захист в контексті стратегії "Подолання епідемії туберкульозу"

На епідемію туберкульозу значною мірою впливає соціально-економічний розвиток (9,10), у тому числі фактори ризику, пов'язані зі здоров'ям (такі як недоїдання, діабет, ВІЛ-інфекція, розлади внаслідок вживання алкоголю та куріння) (11), а також слабкість систем охорони здоров'я та недостатні інвестиції в соціальний захист (12).

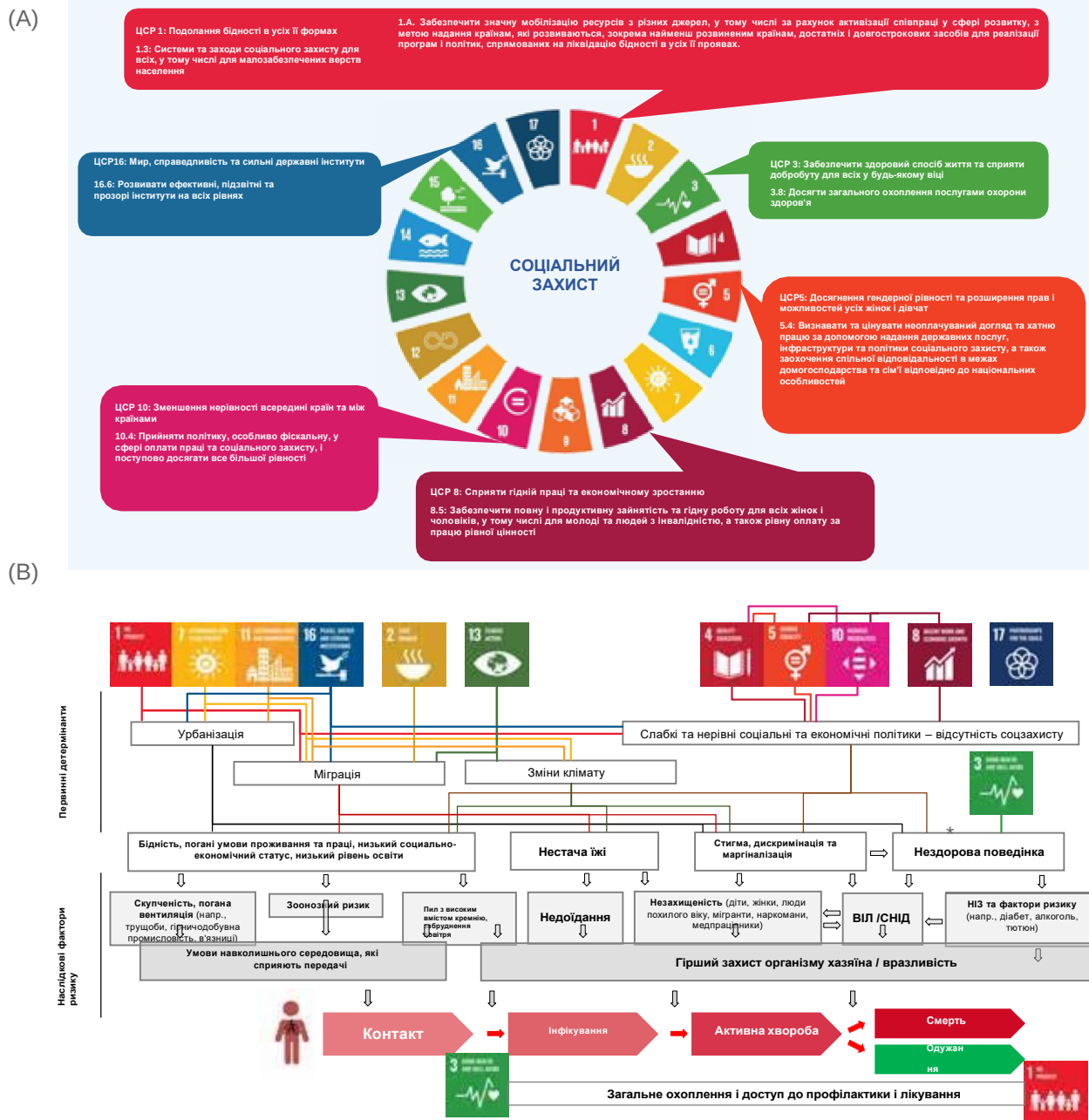
Дані з Європи та Північної Америки свідчать про те, що смертність від туберкульозу почала глобально знижуватися з середини дев'ятнадцятого століття, головним чином завдяки більш широким соціально-економічним досягненням і покращенню харчування, а не спеціальним медичним інтервенціям (13). Соціальні детермінанти в епідемії туберкульозу все ще відіграють істотну роль: харчування залишається основним чинником епідемії туберкульозу, і, за оцінками, 2,2 мільйона випадків захворювання на туберкульоз у 2021 році були пов'язані з недостатнім харчуванням (11). Крім того, аналіз 2023 року підтверджує, що низькі витрати на розвиток людського потенціалу та соціальний захист залишаються основними факторами, що зумовлюють захворюваність на ТБ у країнах з низьким та нижче середнього рівнем доходу (10).

Подолання епідемії туберкульозу потребує реалізації комплексу біомедичних, медико-санітарних та соціально-економічних заходів, а також досліджень та інновацій, як зазначено в Стратегії ВООЗ з подолання епідемії туберкульозу (1,7). Компонент 2 стратегії закликає до рішучої політики та систем допомоги, зокрема соціального захисту та подолання бідності, спрямованих на соціальні детермінанти туберкульозу. Це бачення відповідає іншим глобальним стратегіям, які протягом останніх кількох десятиліть поступово адаптуються у відповідь на необхідність доповнити біомедичні підходи програмами соціального захисту (див. Додаток 1, де наведено збірник ключових політичних настанов і рекомендацій, розроблених агенціями ООН у сфері соціального захисту та охорони здоров'я, в тому числі з питань гігієни праці, охорони здоров'я матері та дитини, здоров'я мігрантів і біженців).

Стратегія "Подолання епідемії туберкульозу" (1) ґрунтується на промоції, захисті та дотриманні всіх прав людини та гідності всіх людей, постраждалих від ТБ. Людина, яка постраждала від туберкульозу, - це "будь-яка особа, яка інфікована або хворіє на туберкульоз, або раніше хворіла на туберкульоз, а також особи, які здійснюють догляд за нею, найближчі родичі та члени ключових і уразливих груп населення, таких як діти, медичні працівники, представники корінних народів, люди, які живуть з ВІЛ, люди, які вживають наркотики, ув'язнені, шахтарі, переміщені особи та мігранти, жінки, а також бідні верстви населення в містах та сільській місцевості" (14). Одним з основних принципів стратегії визначено захист і промоцію прав людини, етики та справедливості. У відповідності до ЦСР, Стратегія ВООЗ з подолання туберкульозу (1) передбачає стратегічні дії в секторі охорони здоров'я та за його межами, а також розглядає соціальний захист як одне з прав людини. Політична декларація Засідання на вищому рівні Генеральної Асамблеї ООН з питань боротьби з туберкульозом 2023 року підтримує Мультисекторальну систему підзвітності ВООЗ щодо туберкульозу, і закликає до створення або посилення механізмів мультисекторальної підзвітності та аналізу на вищому рівні (3). Ця система надає механізм для вирішення проблеми більш масштабних детермінант туберкульозу за допомогою цілісного підходу, який передбачає мультисекторальні дії та підзвітність.

Мультисекторальна система підзвітності ВООЗ для прискорення процесу подолання туберкульозу до 2030 року (MAF-TV) (8) відповідає Порядку денному у сфері сталого розвитку до 2030 року (6), який передбачає посилення синергії між зацікавленими сторонами різних ЦСР. На рис. 1.1 показано, як щонайменше 12 ЦСР пов'язані із завданнями Стратегії подолання туберкульозу (1), а також зв'язок між соціальним захистом та іншими завданнями ЦСР. Зокрема, зв'язок між соціальним захистом і Завданням 3.3 (до 2030 року зупинити епідемії СНІДу, туберкульозу, малярії та забутих тропічних хвороб і подолати гепатит, хвороби, що передаються через воду, та інші інфекційні хвороби) свідчить про необхідність соціального захисту людей, які постраждали від ТБ.

Рис. 1.1 Соціальний захист (А) і ТБ (В) в Порядку денному сталого розвитку до 2030 року: відповідні цілі та завдання



* Неінфекційні захворювання

Джерела: (А) Будемо майбутнє соціального захисту для людино-орієнтованого світу праці. Міжнародна конференція праці, 109-а сесія, 2021 рік. Женева: Міжнародна організація праці, 2021 (https://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/109/reports/reports-to-the-conference/WCMS_780953/lang-en/index.htm). (В) Основи туберкульозу, Raviglione MC & Migliori GB (спів-редактори), глава 38, стор. 354, 2021 (за дозволу видавництва Springer).

1.2 Що таке соціальний захист?

Соціальний захист - це сукупність політик і відповідних програм, спрямованих на запобігання та зменшення бідності, вразливості та соціальної ізоляції протягом усього життя (15). Право на соціальне забезпечення (використовується як синонім терміну "соціальний захист") зазначено у статті 22 Загальної декларації прав людини 1948 року, яка стверджує, що "кожна людина, як член суспільства, має право на соціальний захист" (16), а також в інших документах у сфері прав людини, зокрема в Міжнародній угоді про економічні, соціальні та культурні права від 1966 року (17). Міжнародні стандарти соціального забезпечення, розроблені під егідою МОП, розширюють це нормативне зобов'язання, закладаючи принципи та мінімальні вимоги до національних систем соціального захисту. За визначенням Управління Верховного комісара ООН з прав людини, право на соціальне забезпечення охоплює "право на доступ до пільг та їх збереження без дискримінації з метою забезпечення захисту від:

- відсутності трудових доходів, внаслідок хвороби, інвалідності, материнства, виробничої травми, безробіття, старості або смерті члена сім'ї;
- недоступної медичної допомоги; та
- недостатньої підтримки сім'ї, особливо для дітей та повнолітніх утриманців" (18).

Загальний соціальний захист означає всебічний, сталий та належний захист для всіх протягом усього життя за трьома основними напрямками:

- **Загальне охоплення** з точки зору осіб, яким надається захист, означає, що всі повинні мати реальний доступ до соціального захисту протягом усього життя, коли вони цього потребують.
- **Комплексний захист** означає охоплення соціальних ризиків і непередбачуваних ситуацій, зокрема доступ до охорони здоров'я та гарантування доходу. Конвенція про мінімальні стандарти соціального забезпечення 1952 року (№ 102) визначає дев'ять непередбачуваних ситуацій, з якими можуть зіткнутися всі люди протягом життя: потреба в медичній допомозі та потреба у виплатах у випадку хвороби, безробіття, старості, виробничої травми, сімейних обов'язків, материнства, інвалідності та втрати годувальника (визнаючи потреби вдів та сиріт). Вона також передбачає захист від нових ризиків, таких як потреба в довгостроковому догляді (4).
- **Належний захист** означає, що надані пільги мають надаватися на рівні, який ефективно запобігає бідності, вразливості та соціальній ізоляції, підтримує гідний рівень життя та дозволяє людям вести здоровий і гідний спосіб життя (19).

З огляду на ці масштабні цілі, політики соціального захисту охоплюють широкий діапазон програм різних типів, в яких соціальна допомога надається у вигляді соціальних виплат, що фінансуються за рахунок соціальних внесків, податків або комбінації цих джерел фінансування (20). Соціальні виплати (всі виплати в рамках соціального захисту) складаються з виплат у грошовій або негрошовій формі, тобто вони являють собою передачу доходу, товарів або послуг (наприклад, послуг охорони здоров'я або соціального обслуговування). Це може бути передача доходів від економічно зайнятих до пенсіонерів, від здорових до хворих або від заможних до бідних, тощо. Одержувачі таких виплат можуть мати право на їх отримання, оскільки вони зробили внесок у таку програму (накопичувальні програми), або тому, що вони є постійними жителями країни (універсальні програми для всіх резидентів), тому, що вони відповідають певним віковим критеріям (категорійні програми), відповідають певним матеріальним умовам (програми з перевіркою нужденності), або тому, що вони відповідають декільком з цих умов (21). Більшість програм соціального захисту є обов'язковими (наприклад, медичне страхування є обов'язковим для всіх жителів у багатьох країнах), але деякі з них є добровільними (21).

Нижче наведено стислий огляд різних типів програм соціального захисту та їх основних характеристик на основі "Всесвітньої доповіді МОП про соціальний захист у світі у 2020-2022 роках" (15). Глосарій ключових термінів у сфері соціального захисту, а також інших термінів, що мають відношення до цих настанов, представлено в Додатку 2. Ці визначення не є універсальними, але вони мають забезпечити концептуальну ясність у розумінні цих настанов.



В цілому, заходи соціального захисту охоплюють такі типи програм (15).

- **Накопичувальні програми:** програми, в яких внески, зроблені особами, що підлягають захисту (фактичними або потенційними бенефіціарами), безпосередньо визначають право на отримання пільг (набуті права). Найпоширенішим прикладом накопичувальних програм соціального захисту є програми загальнообов'язкового державного соціального страхування, які зазвичай охоплюють найманих (офіційно) працівників, а в деяких країнах - самозайнятих осіб, а в багатьох випадках також їхні сім'ї та категорії населення, які звільнені від сплати внесків з певних причин (наприклад, у зв'язку з доглядом за дитиною).
 - » **Соціальне страхування:** накопичувальна програма соціального захисту, яка гарантує захист за допомогою страхового механізму, що базується на: (1) сплаті внесків до настання непередбачуваної ситуації; (2) розподілі або "об'єднанні" ризиків; та (3) понятті гарантій. Внески, сплачені застрахованими особами (або за них), об'єднуються, а отриманий фонд використовується для покриття витрат, понесених виключно тими особами, які постраждали внаслідок настання непередбачуваної події. На відміну від комерційного страхування, об'єднання ризиків у соціальному страхуванні ґрунтується на принципі солідарності, а внески, як правило, пов'язані з платоспроможністю людей (часто пропорційно до заробітку), на відміну від страхових премій, які відображають індивідуальні ризики. Наприклад, соціальне медичне страхування - це, як правило, програма медичного страхування з державним управлінням і принаймні деякими страховими внесками, які сплачуються застрахованими особами або деякими категоріями застрахованих осіб та/або від їхнього імені.
- **Програми, що не передбачають сплати внесків:** програми, які не вимагають прямих внесків від бенефіціарів або їхніх роботодавців як умови для отримання відповідних соціальних послуг/виплат. Цей термін поширюється, наприклад, на широкий ряд програм:
 - » **загальні** послуги, що не передбачають сплати внесків, для всіх жителів країни (наприклад, національна система охорони здоров'я);
 - » **категоріальні** програми для певних широких груп населення (наприклад, загальні пенсії для всіх літніх людей старше певного віку або загальні дитячі допомоги для всіх дітей молодше певного віку);
 - » **програми з перевіркою рівня доходів** в яких право на отримання допомоги мають лише особи з доходом нижче певного рівня (наприклад, сімейні допомоги, призначені лише для малозабезпечених сімей);
 - » **програми з перевіркою виплат/допомоги** яких право на отримання допомоги мають лише особи, які вже не отримують допомоги за іншою програмою (наприклад, соціальні пенсії для людей похилого віку, які не отримують пенсію за програмою соціального страхування, оскільки вони не відповідали мінімальним вимогам щодо сплати внесків протягом свого трудового стажу); а також
 - » **програми соціальної підтримки** які надають допомогу вразливим групам населення, особливо домогосподарствам, що живуть у бідності. Більшість програм соціальної допомоги є адресними і базуються на перевірці рівня доходів. Деякі з них орієнтовані на категорії незахищеності, тоді як інші - на домогосподарства з низьким рівнем доходів. Вони можуть мати кілька форм, наприклад, не накопичувальні соціальні пенсії, звільнення від сплати внесків та пільги на послуги охорони здоров'я, навчання або сплату комунальних послуг. Наприклад, грошові виплати за певних умов - це програми, які надають грошові кошти сім'ям, якщо вони виконують певні вимоги щодо поведінки. Від бенефіціарів можуть вимагати, щоб їхні діти регулярно відвідували школу або користувалися базовими профілактичними послугами з харчування та охорони здоров'я. Майже в усіх країнах, незалежно від рівня доходу, існує принаймні одна форма програми соціальної допомоги.

Крім того, програми підтримки ринку праці або засобів до існування, такі як державні програми зайнятості надають можливості працездатним особам працевлаштуватися для того, щоб сприяти їхній інтеграції на ринку праці та забезпечити базовий рівень заробітку (22). Наприклад, державні програми гарантування зайнятості надають бідним домогосподарствам гарантовану кількість робочих днів на рік, зазвичай забезпечуючи заробітну плату на відносно низькому рівні (як правило, на рівні мінімальної заробітної плати, якщо вона належним чином визначена).

Допомога в негрошовій формі може надаватися в рамках програм соціальної допомоги особам, які стикаються з такими соціальними ризиками, як насильство, жорстоке поводження, експлуатація, дискримінація та соціальна ізоляція, і може бути різного роду - від психосоціальної підтримки до залучення до необхідних медичних та соціальних послуг..

1.3 Стратегії реалізації програм соціального захисту для людей, постраждалих від ТБ

У контексті ТБ можна виділити дві моделі забезпечення соціального захисту: програми, що враховують проблему ТБ, та програми, спрямовані на боротьбу з ТБ (23). У цих настановах використовуються наступні робочі визначення для цих двох підходів, як показано в Таблиці 1.1.

ТБ-specific (програми соціального захисту, спрямовані на боротьбу з ТБ) - це програми, призначені виключно для людей, хворих на ТБ, та їхніх домогосподарств. Як правило, ці програми ініціюють і відповідають за них програми боротьби з ТБ, ці програми спрямовані на задоволення конкретних потреб, які не охоплюються загальною системою соціального захисту. Такі програми мають чітку мету - знизити рівень захворюваності на ТБ, смертності від ТБ та витрат на лікування пацієнтів за рахунок зменшення впливу бідності, незахищеності та соціальної ізоляції на домогосподарства та окремих людей, які постраждали від ТБ. Наприклад, у деяких країнах з низьким і середнім рівнем доходу національні системи соціального захисту перебувають на ранній стадії розвитку або можуть бути обмежені у фінансуванні, а отже, вони можуть бути не в змозі запропонувати допомогу людям, які постраждали від туберкульозу (наприклад, грошові виплати, які могли б покрити витрати на проїзд або харчування). У таких випадках програми соціального захисту, спрямовані на боротьбу з туберкульозом, можуть допомогти покрити такі потреби. Бюджет таких програм, як правило, формується за рахунок коштів програми боротьби з ТБ, тому важливо розглянути можливість поступового включення програм соціального захисту, спрямованих на боротьбу з ТБ, до національної системи соціального захисту для того, щоб забезпечити їхню довгострокову фінансову сталість.

ТБ-sensitive (програми соціального захисту, які враховують проблему ТБ) – це програми, які не орієнтовані конкретно на домогосподарства або осіб, які постраждали від туберкульозу. Незважаючи на те, що ці програми не розроблені спеціально для вирішення будь-яких проблем, пов'язаних з туберкульозом, вони потенційно можуть впливати на епідемію туберкульозу, якщо включають у критерії відповідності людей, хворих на ТБ, з ризиком захворіти на ТБ, та/або постраждалих від наслідків туберкульозу. Як правило, програми боротьби з туберкульозом та сектор охорони здоров'я не ініціюють та безпосередньо не контролюють ці програми. Проте, програми боротьби з ТБ можуть відігравати вирішальну роль у забезпеченні того, щоб ці програми також задовольняли потреби людей, постраждалих від туберкульозу, і в кінцевому підсумку мали сильніший вплив на епідемію ТБ.

Таблиця 1.1 Моделі забезпечення соціального захисту людей, постраждалих від ТБ

Визначення	Приклади
Соціальний захист спрямований на боротьбу з ТБ	Програми, орієнтовані на людей, хворих на ТБ, та їх домогосподарства з конкретною метою покращити профілактику ТБ, допомогу і підтримку
Соціальний захист, який враховує проблему ТБ	Програми, які не обмежуються особами та домогосподарствами, які постраждали від ТБ, але можуть вплинути на епідемію ТБ, бо поширюються на людей, хворих на ТБ, з ризиком ТБ, та/або постраждалих від наслідків ТБ

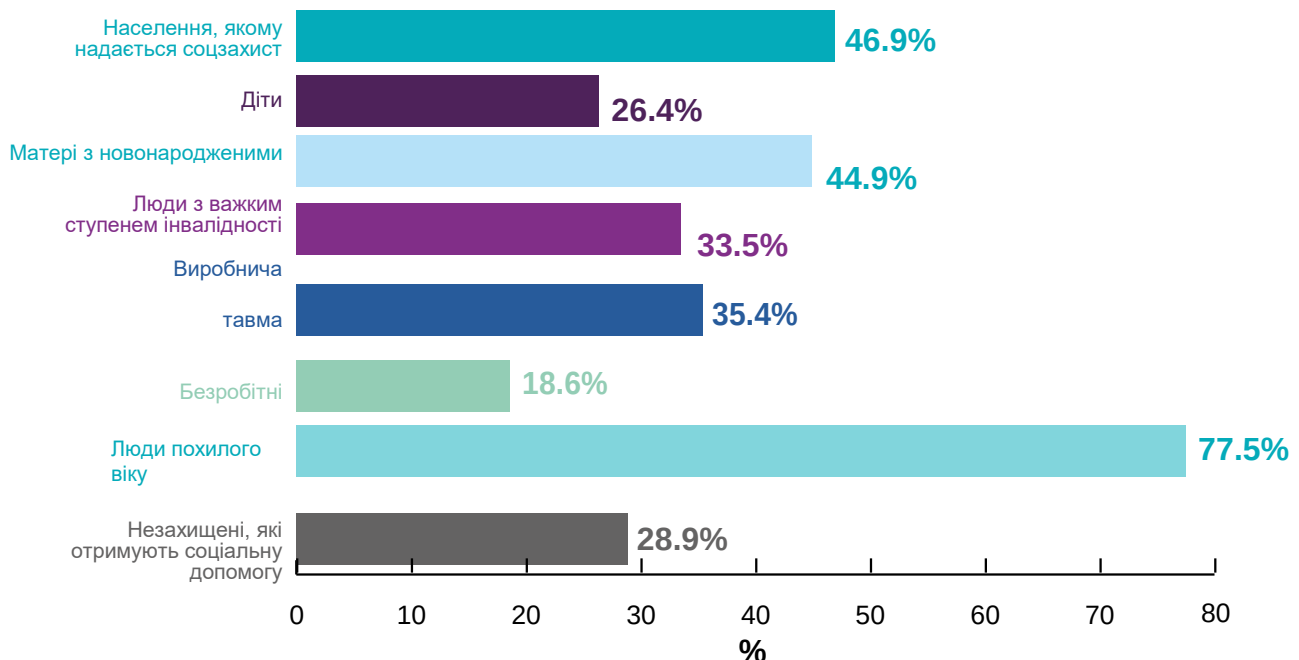


Ці два підходи доповнюють один одного для реалізації програм соціального захисту і не повинні розглядатися як взаємовиключні. Залежно від наявних ресурсів, місцевого профілю епідемії туберкульозу, а також наявних програм соціального захисту, ці підходи можуть розглядатися як комплексно, так і послідовно.

Обидва підходи мають сильні та слабкі сторони. Наприклад, програми соціального захисту, які враховують проблему туберкульозу, сприяють зміцненню системи соціального захисту в цілому і, отже, працюють з соціальними детермінантами здоров'я в широкому сенсі. Загальний соціальний захист слід розглядати як пріоритет, а отже, програми повинні прагнути до широкого охоплення та уникати вузьких критеріїв включення. Програми соціального захисту, які враховують проблему туберкульозу, також, як правило, є більш економічно ефективними, оскільки вони використовують вже наявні ресурси, а не вимагають нового бюджету для підтримки адміністративних структур та структур надання допомоги, спеціально для людей, які постраждали від туберкульозу. Зміцнення національних систем соціального захисту може бути більш стійким підходом до профілактики туберкульозу, враховуючи, що більшість програм соціального захисту, спрямованих на туберкульоз, будуть спрямовані на людей, які вже хворіють на туберкульоз. Нарешті, вони допомагають мінімізувати стигму, пов'язану з туберкульозом, яка може бути ненавмисно посилена програмами соціального захисту, спрямованими на ТБ.

З іншого боку, у більшості країн системи соціального захисту – навіть якщо вони враховують проблему туберкульозу – часто перебувають у зародковому стані і ще не повністю сформовані, як з точки зору діапазону запропонованої допомоги, так і з точки зору кількості населення, яке вони належним чином охоплюють у країнах з високим тягарем туберкульозу. В дійсності, незважаючи на те, що в багатьох країнах удосконалюється розробка та впровадження політик, систем та програм соціального захисту, комплексне охоплення соціальним захистом і досі залишається на низькому рівні, як показано на рисунках 1.2 і 1.3 (15).

Рис. 1.2 Охоплення ефективним соціальним захистом за допомогою програм соціальної допомоги: світові та регіональні показники, з робивкою за категорією населення, 2020 (%)



Джерела: Світова база даних по соціальному захисту [онлайн база даних]. Женева: МОП; 2021 (<https://www.social-protection.org/gimi/WSPDB.action?id=32>); на основі опитування МОПна тему соцзахисту; ILOSTAT; джерела даних на рівні країн.

Рис. 1.3 Відсоток осіб, які належать до вразливих груп населення, які отримують допомогу в грошовій формі, з розбивкою по рівню доходів країни, 2020 або останній рік, за який є дані (ЦСР індикатор 1.3.1)



Джерела: Світова база даних по соціальному захисту [онлайн база даних]. Женева: МОП; 2021 (<https://www.social-protection.org/gimi/WSPDB.action?id=32>); на основі опитування МОПна тему соцзахисту; ILOSTAT; джерела даних на рівні країн.

У Звіті МОП про соціальний захист у світі за 2020-2022 роки (15) зазначено значні відмінності між регіонами та всередині цих регіонів, причому Азія та Тихоокеанський регіон, арабські країни та Африка мають значні прогалини у охопленні порівняно із середнім світовим показником. До цих регіонів також відноситься більшість країн з високим тягарем туберкульозу. Кілька країн з високим тягарем туберкульозу намагалися розширити охоплення наявних програм соціального захисту для людей з туберкульозом (26).

З огляду на вищезазначене, багатьом країнам з високим тягарем туберкульозом можуть знадобитися спеціальні програми соціального захисту, спрямовані на ТБ, щоб доповнити наявні види допомоги в рамках соціального захисту та забезпечити людям з туберкульозом соціальний захист через програми боротьби з ТБ або спеціальні програми соціальної допомоги, розроблені національними органами соціального захисту. Наприклад, в Еквадорі людям з лікарсько-стійким туберкульозом (ЛС-ТБ) була доступна грошова допомога за умови виконання вимог програми, в рамках якої вони отримували грошові виплати, за умови дотримання лікування протягом 24 місяців; ця програма фінансувалася через національну програму боротьби з туберкульозом (НТП) (27). За деяких обставин двосторонній підхід можна розглядати як міцну основу для адвокації, що полягає в постійній адвокації розширення соціального захисту, який враховує проблему туберкульозу, одночасно реалізуючи програми, спрямовані на ТБ, і отримуючи докази дієвості такого підходу.



1.4 Роль соціального захисту в подоланні епідемії ТБ: концептуальні основи

Вплив програм соціального захисту - це результат поєднання як структурних, так і індивідуальних детермінант, які впливають на їх реалізацію, ефективність та доступність для тих, хто найбільше цього потребує, як показано на рис.1.4.

У будь-якій конкретній ситуації, коли системи соціального захисту існують, ефективно функціонують, є справедливими та доступними для людей, які потребують такого захисту, передбачається, що соціальний захист впливатиме на тягар туберкульозу в результаті:

- зниження ризику контакту з туберкульозом та передачі туберкульозу;
- зниження ризику розвитку захворювання на туберкульоз; і
- зниження ризиків як незадовільних результатів лікування туберкульозу, так і несприятливих наслідків туберкульозу.

Вплив соціального захисту на тягар туберкульозу досягають кількома шляхами. Однак в цих настановах ми розглянемо лише три з них: матеріальний, психологічний/когнітивний та біологічний чинник (див. рис. 1.4).

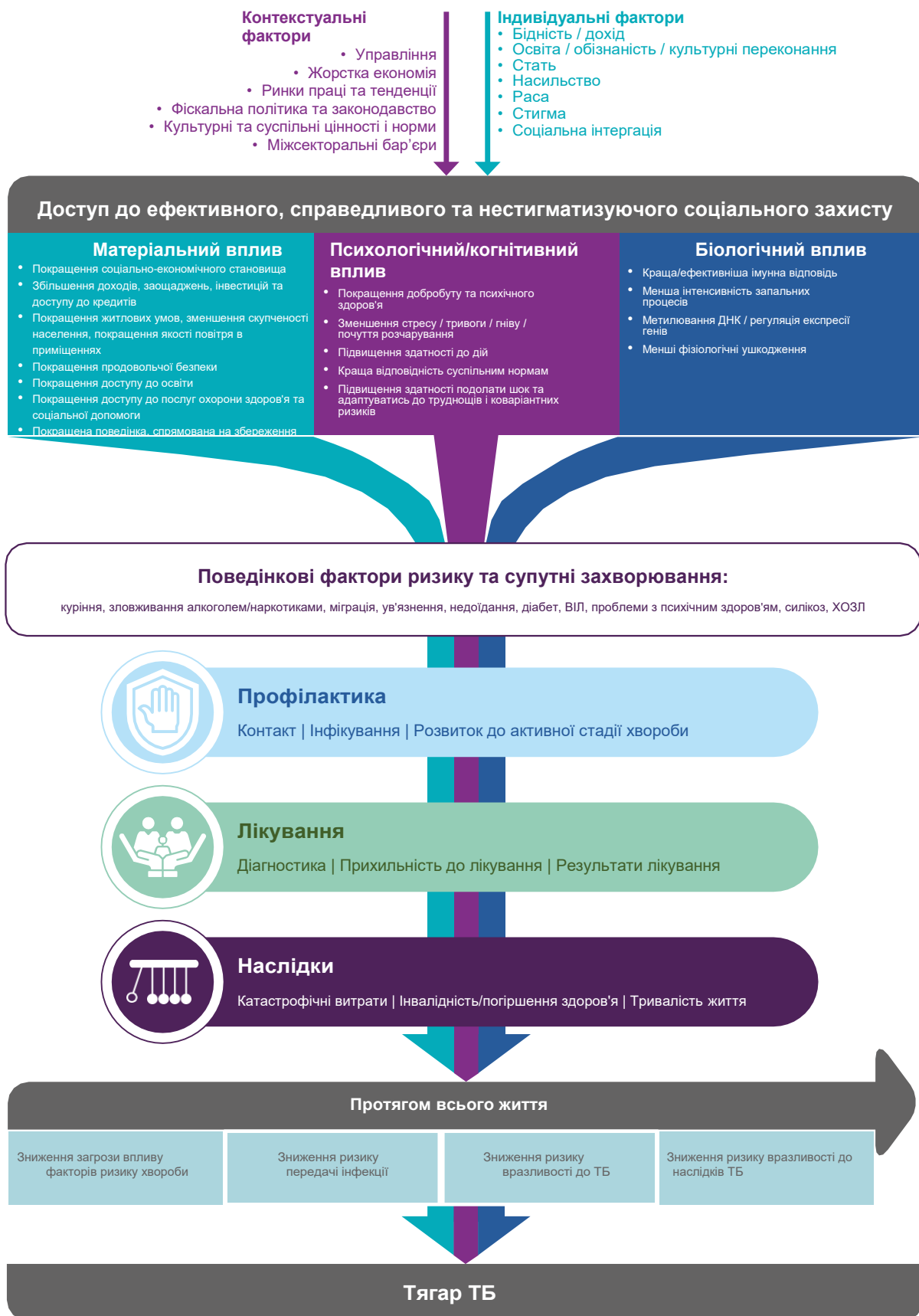
А. Матеріальний чинник: цей чинник діє через умови життя та економічні обставини (в тому числі доходи, житлові та робочі умови, а також продовольчу безпеку) і може впливати на ризик контакту з туберкульозом, ймовірність розвитку захворювання після інфікування та результати лікування туберкульозу. Численні докази підтверджують, що соціальний захист, особливо у формі грошових виплат, може значно покращити матеріальні умови життя людей, які є загальновідомими факторами, що спричиняють епідемію туберкульозу в більшості країн.

В. Психологічний/когнітивний чинник: згідно з ним, нерівномірна поширеність туберкульозу в загальній популяції пов'язаний не лише з диференційованим впливом матеріальних загроз та економічних обставин, але він може залежати від почуттів та емоцій, спричиненими цими нерівностями, в тому числі стрес, тривогу, гнів, сором, недовіру та депресію. Ці негативні емоції можуть призвести до зміни психо-нейро-ендокринних механізмів, які в кінцевому підсумку роблять людей більш вразливими до інфікування ТБ або розвитку захворювань. Здійснюючи вплив на психічне здоров'я та благополуччя людей, соціальний захист може змінити ці нейро-ендокринні механізми та зрештою вплинути на вразливість бенефіціарів до захворювань, в тому числі до туберкульозу.

С. Біологічний чинник: хоча ще не повністю підтверджений доказами, можна зробити припущення, що допомога, гадана в рамках соціального захисту та в цілому інтервенції, спрямовані на підтримку доходів, можуть впливати на генетичні, фізіологічні та імунологічні процеси, які, у свою чергу, впливають на ймовірність розвитку ТБ інфекції або захворювання на ТБ, а також на результати лікування від туберкульозу.

Ці три чинники, які діють на вплив соціального захисту на тягар туберкульозу, ймовірно, відбуваються одночасно, і в сукупності можуть впливати на поведінку людей та ймовірність розвитку супутніх захворювань. Це, у свою чергу, може вплинути на профілактику, лікування та наслідки туберкульозу і, зрештою, на загальний тягар туберкульозу в певній громаді. Усі вищезазначені чинники діють протягом усього життя людини, і соціальний захист по-різному впливати у важливі етапи життя залежно від типу наданої допомоги і часу надання соціальної допомоги. Зокрема, програми соціального захисту можуть відігравати певну роль у зменшенні тягаря туберкульозу протягом усього життя, забезпечуючи здоровий старт для дітей, сприяючи залученню на ринку праці та соціальній інтеграції в дорослому віці, а також гарантуючи безпечне старіння серед людей похилого віку.

Рис. 1.4 Розуміння впливу соціального захисту на ТБ: концептуальна основа



1.5 Вплив соціального захисту на ТБ: докази

В цьому розділі надається аналіз доказової бази впливу програм соціального захисту на кілька цілей Стратегії подолання туберкульозу (1), в тому числі на рівень захворюваності на туберкульоз, результати лікування від туберкульозу, а також на людей, хворих на туберкульоз та їх домогосподарства, які несуть катастрофічні загальні витрати. Докази, пов'язані як з впливом на профілактику туберкульозу (тобто початком профілактичного лікування ТБ та прихильністю до цього профілактичного лікування ТБ, так і щодо рівня використання та ефективності вакцинації БЦЖ), так і щодо впливу на діагностику туберкульозу, є дуже обмеженими, тому не будуть представлені в цій настанові, незважаючи на їх критичну важливість.

1.5.1 Вплив соціального захисту на рівень захворюваності на ТБ

Дослідження з використанням моделей підтверджують, що збільшення охоплення соціальним захистом може суттєво сприяти покращенню ключових показників захворюваності на туберкульоз. Глобальне екологічне дослідження провело розрахунки, що рівень витрат на соціальний захист обернено пов'язаний із захворюваністю, поширеністю та смертністю від туберкульозу (12). Аналогічно, дослідження з використанням моделей демонструє, що розширення охоплення соціальним захистом для всіх, хто цього потребує, може призвести до щорічного зниження захворюваності на туберкульоз на 9% і сукупного зниження захворюваності на туберкульоз на 76,1% до 2035 року (28).

1.5.2 Вплив соціального захисту на результати лікування від ТБ

Матеріальна допомога у вигляді продуктів харчування або фінансових засобів рекомендована ВООЗ для догляду та підтримки людей, хворих на ЛС-ТБ (29). Зростаюча кількість доказів також підтверджує позитивний вплив соціального захисту на результати лікування людей з лікарсько-чутливим туберкульозом. Три систематичні огляди, проведені протягом 2018–2021 рр., підтверджують позитивний вплив соціального захисту, переважно у формі соціальної допомоги, на результати лікування туберкульозу в різних місцях з низьким та середнім рівнем доходів (30-32). Цей вплив спостерігається в різних дослідженнях, хоча його рівень може залежати від ситуації.

Було доведено, що фінансові заохочення на рівні лише 1 дол. США покращують результати лікування туберкульозу (33-38). Грошова допомога була найбільш ретельно досліджена в Латинській Америці, де позитивний вплив (збільшення успіху лікування туберкульозу на 10%) спостерігався у всьому регіоні (25,39-46). Продовольчі кошики або ваучери, які іноді надаються в поєднанні з іншими інтервенціями, також продемонстрували позитивний вплив в аналогічних умовах з середнім рівнем доходів в Бразилії, Росії, Перу та Індії (46-54). Транспортні ваучери також продемонстрували позитивний, але менший вплив на результати лікування туберкульозу у двох дослідженнях, проведених у Китаї (51,52). Примітно, що інтервенції в Перу, Непалі і Таїланді свідчать про те, що їх вплив може бути посилений, якщо вони поєднуються з консультуванням, психологічною та іншими формами матеріальної підтримки (підходи «готівка плюс») (35,44,53,54).

1.5.3 Вплив соціального захисту на витрати пацієнта, пов'язані з ТБ

Об'єднаний аналіз результатів 27 національних досліджень витрат пацієнтів з ТБ показав, що відсоток пацієнтів з ТБ та їх домогосподарств, які зазнали катастрофічних загальних витрат (визначених як прямі медичні витрати, прямі немедичні витрати та непрямі витрати, наприклад, втрата доходу, що становить понад 20% доходу домогосподарства), коливався в діапазоні від 13% до 92% із сукупним середнім показником 48%: тобто, близько половини всіх людей, які постраждали від ТБ, зіткнулися з катастрофічними загальними витратами (11). Ці показники були додатково підтверджені в недавньому мета-аналізі (55). Нарешті, все більше доказів свідчать про те, що туберкульоз має тяжкий соціально-економічний вплив також на дітей та підлітків, постраждалих від ТБ, згідно даних в Інформаційному блоці 1.1

Ці цифри викликають занепокоєння, беручи до уваги цільовий показник Стратегії подолання туберкульозу (1) щодо нульових катастрофічних загальних витрат та відомий зв'язок цих катастрофічних витрат з поганими результатами лікування туберкульозу (56). На відміну від витрат на охорону здоров'я, які розглядаються у відповідному індикаторі ЦСР 3.8.2, які обмежуються прямими платежами за охорону здоров'я (також відомими як виплати з власної кишені та стосуються всього населення), витрати, з якими стикаються люди, хворі на ТБ, включають медичні витрати, у тому числі в тих місцях, де діагностика та лікування туберкульозу надаються безкоштовно, прямі немедичні витрати (такі як проїзд, проживання, харчування та харчові добавки) та непрямі витрати (такі як продуктивність та економічні витрати, понесені пацієнтом з ТБ або домогосподарством у зв'язку з відвідуванням ТБ ЗОЗ та госпіталізацією

під час хвороби на ТБ). Незважаючи на те, що склад чинників витрат відрізняється залежно від країни, прямі немедичні та непрямі витрати незмінно становлять найбільшу частку економічного тягаря туберкульозу для окремих осіб та домогосподарств. Відповідно, простого прискорення реалізації політики загального охоплення послугами охорони здоров'я (тобто, за допомогою забезпечення географічної та фінансової доступності послуг з лікування від ТБ, через, наприклад, надання безкоштовних послуг лікування від туберкульозу та/або розширення медичного страхування) може бути недостатньо для повного покриття витрат (57).

Найбільші витрати, які несуть люди, хворі на ТБ, відбуваються на ранніх стадіях їх взаємодії з системою охорони здоров'я, що свідчить про те, що програми соціального захисту, можливо, доведеться надавати на етапі встановлення діагнозу, щоб попередити катастрофічні загальні витрати (37,57,58) та покращити результати лікування туберкульозу. Залежно від конкретного типу програми, які аналізуються, передбачається, що соціальний захист зменшить катастрофічні загальні витрати або за рахунок покриття прямих медичних витрат (через механізми медичного страхування), або шляхом компенсації будь-якої втрати доходу через непрацездатність та/або непередбачені витрати домогосподарств (наприклад, через лікарняні та грошові виплати). Витрати на проїзд і харчування зазвичай вказуються в категорії немедичних витрат, які несуть люди, хворі на ТБ, тож корисна інтервенція, спрямована на боротьбу з ТБ - це видача ваучерів на транспорт і харчування, як показали дослідження, навіть такі незначні суми, які дорівнюють 3-6% доходу домогосподарства, покращують результати лікування туберкульозу (31).

Дані з Перу свідчать про те, що 30% постраждалих від туберкульозу домогосподарств, якіотримують соціальний захист, понесли катастрофічні загальні витрати, пов'язані з туберкульозом; порівняно з 42% постраждалих від туберкульозу домогосподарств, які не отримували допомоги в рамках соціального захисту (59). Цей ефект також вплинув на покращення результатів лікування туберкульозу [60]. Аналогічні результати було отримано в Індонезії, де шанси невдалого результату лікування були в чотири рази вищими серед пацієнтів, які понесли катастрофічних витрат, порівняно з тими пацієнтами, які не понесли катастрофічних загальних витрат (56,61). Нарешті, економічна модель 2017 року показала, що обидва типи програм соціального захисту (ті, які враховують проблему ТБ, і ті, що спрямовані на ТБ) можуть частково покрити катастрофічні загальні витрати в різних умовах в країнах з низьким і середнім рівнем доходу (62).

Інформаційний блок 1.1 Соціоекономічний вплив ТБ на дітей та підлітків

Субаналіз 2021 року, проведений на 10 національних дослідженнях витрат пацієнтів з ТБ, у яких взяли участь майже 1 500 дітей та підлітків, надав цінну інформацію про фінансовий тягар туберкульозу для домогосподарств, в яких присутні особи цієї вікової групи. Згідно результатів цього аналізу, що якщо особа, хвора на ТБ, це дитина або підліток, частка домогосподарств, які зазнали катастрофічних загальних витрат, була нижчою (41,8%, 95% довірчий інтервал (ДІ) 22,9–60,8%), ніж у випадках, коли хворий на ТБ - доросла людина (56,2%, 95% ДІ 44,4–68,1%) [63].

Пропуски відвідування школи були одним із основних наслідків, відзначених серед дітей (8,4%, 95% ДІ: 3,4–13,4%) та підлітків, хворих на туберкульоз (18,7%, 95% ДІ: 8,8–28,7%). Нестачу продовольства зазнали 19,8% дітей, хворих на туберкульоз (95% ДІ: 3,7–35,8%) та 20,5% підлітків, хворих на туберкульоз (95% ДІ: 11,5–29,8%).

Результати попереднього огляду 2022 року, до якого включили 36 різних досліджень, підтверджують і доповнюють цей аналіз (64). У цьому огляді соціально-економічні наслідки туберкульозу варіювалися від зубожіння, стигматизації та розлучення з сім'єю до негативного впливу на харчування та втрачених можливостей здобуття освіти. Жодне з досліджень, включених до цього огляду, не провело достатнього подальшого спостереження за учасниками, щоб з'ясувати довгостроковий вплив туберкульозу на дітей та підлітків, а також щоб визначити, як туберкульоз може вплинути на траєкторію життя та робочий шлях цієї групи, залишаючи значну прогалину в розумінні наслідків захворювання на туберкульоз в дитинстві чи підлітковому віці.

В цілому, ці результати наголошують на необхідності забезпечення соціального захисту дітей та підлітків, хворих на туберкульоз. Проте, все ще існує обмежена інформація про те, наскільки різні програми соціального захисту (у негрошовій формі, у грошовій формі або комбінація обох підходів) можуть вплинути на короткострокові або довгострокові соціально-економічні наслідки туберкульозу, а також про те, як програми соціального захисту, які орієнтовані на дітей, можуть надати підтримку домогосподарствам, постраждалим від ТБ.



2. Планування програм соціального захисту для людей, постраждалих від ТБ



Авторські права на фото: BOO3 / Lindsay Mackenzie

Впровадження ефективних та дієвих заходів соціального захисту для людей, які постраждали від ТБ, вимагає належного планування, яке передбачає оцінку наявних на місцевому рівні систем та програм соціального захисту, розуміння потреб у соціальному захисті людей та громад, які постраждали від ТБ, і, нарешті, точне визначення індивідуальних та структурних бар'єрів, з якими стикаються люди, які постраждали від ТБ, при отриманні доступу до наявних програм соціального захисту.

У цьому розділі описано основні кроки цього етапу планування: запропонована методологія має на меті допомогти програмам боротьби з ТБ розробити та впровадити підходи до соціального захисту, які відповідають місцевим умовам. Зокрема, цей етап планування є основним для визначення того, що може запропонувати наявна система соціального захисту, і яке доповнення може знадобитися для задоволення особливих потреб домогосподарств, які постраждали від ТБ. Завдяки такому плануванню програми боротьби з ТБ можуть розробити найбільш відповідні інвестиції в соціальний захист (тобто, програми, які враховують проблему ТБ, програми, які спрямовані на подолання ТБ, або їх комбінація), які можуть найбільш ефективно та результативно зменшити тягар ТБ в їхніх регіонах.

2.1 Огляд основних етапів планування програм соціального захисту

Планування ефективних та економічно доцільних програм соціального захисту залежить від конкретного контексту і має відбуватися на основі формального процесу, що складається з наступних п'яти етапів:

1. створення мультидисциплінарної/мультисекторальної команди
2. визначення поточної системи соціального захисту
3. оцінка потреб у соціальному захисті людей, які постраждали від ТБ
4. визначення бар'єрів на шляху до соціального захисту, з якими стикаються люди, що постраждали від ТБ
5. формулювання рішень.

Існують різні підходи до проведення цього етапу планування. Обрана стратегія, а також частота проведення активностей можуть бути скориговані в залежності від наявних ресурсів та поточних прогалин у знаннях. Представлена в цьому розділі методологія значною мірою ґрунтується на наступних джерелах:

- інструмент оцінки ВІЛ та соціального захисту, розроблений ЮНЕЙДС в рамках Міжвідомчої спеціальної робочої групи з питань соціального захисту, який враховує проблему ВІЛ, для визначення бар'єрів у доступі (65); та
- Глобальне керівництво МОП щодо проведення національного діалогу на основі оцінки соціального захисту (66), глобальний інструментарій Групи ООН з питань розвитку (UNDG) щодо спільної роботи у сфері соціального захисту (67) та Основний діагностичний інструмент Міжвідомчої оцінки соціального захисту (ISPA) (68) для визначення та швидкої оцінки наявних програм соціального захисту.

В цілому, цей процес повинен допомогти зрозуміти наявні проблеми та можливості, які можуть вплинути на доступність та придатність програм соціального захисту для людей, які постраждали від ТБ, а також, в кінцевому рахунку, на вплив цих програм соціального захисту на ТБ. Знання та докази, отримані в результаті цієї оцінки, будуть покладені в основу розробки та впровадження підходу до соціального захисту (як такого, що враховує проблему ТБ, так спрямованого на ТБ), який найкращим чином відповідає потребам людей, постраждалих від ТБ, з дотриманням критеріїв етики, справедливості, можливості реалізації та сталості. Масштаб і сфера застосування цього процесу планування залежать від наявних людських і фінансових ресурсів, вимог до сталості, а також від рівня комунікації та інтеграції між секторами охорони здоров'я та соціального захисту. Важливо зазначити, що оцінка системи соціального захисту може вже існувати та/або бути проведена робочими групами з питань соціального захисту, тому програмам боротьби з туберкульозом рекомендується з'ясувати, чи це так, і яким чином вони можуть використовувати такі процеси.

Кожен із запропонованих етапів можна адаптувати до місцевих умов і розбити на подальші кроки. У наступних розділах докладно описано процес, в тому числі завдання, очікувані результати, необхідні інструменти та корисні інформаційні ресурси для кожного етапу, як показано на рис. 2.1.

Рис. 2.1 Огляд основних етапів планування програм соціального захисту людей, постраждалих від ТБ: роль групи з координації

Етапи	Завдання	Активності	Результати	Корисні інструменти
1 Створення мультидисциплінарної/мультисекторальної команди стейкхолдерів	Визначити основних стейкхолдерів з сектору боротьби з ТБ та з сектору соціального захисту та встановити з ними контакти	Вивчення стейкхолдерів та погодження щодо стратегії цільового залучення	Чітка та погоджена дорожня карта етапу планування	Керівництво по національному стратегічному плануванню питань ТБ (69)
2 Визначення наявної системи соціального захисту	Регулярно проводити збір та оцінку інформації (переважно щодо охоплення та відповідності) щодо наявних програм соціального захисту, які працюють в країні (як спрямовані на ТБ, так і ті, що враховують проблематику ТБ)	Кабінетний огляд наявної літератури Інтерв'ю з ключовими інформантами Вторинний аналіз наявних даних	Список 2-3 пріоритетних програм соціального захисту, які слід більш ретельно проаналізувати на "чутливість" до проблеми ТБ (чи реагують ці програми і чи залучають людей, постраждалих від ТБ)	- МОП керівництво з національного діалогу на основі оцінки (66) - UNDG глобальний інструментарій по спільній роботі в сфері соцзахисту (67) - ISPA основний діагностичний інструмент для вивчення та швидкої оцінки наявних програм соціального захисту (68)
3 Оцінка потреб у соціальному захисті людей, які постраждали від ТБ	Описати потреби в соціальному захисті, які мають люди з ТБ протягом всього континууму допомоги, а також потреби в соціальному захисті всіх членів їх домогосподарств, які можуть опосередковано постраждати від ТБ (в т.ч. діти, підлітки, доглядальники, люди похилого віку)	Збір даних щодо потреб в соціальному захисті, в ідеалі, в різні моменти часу (тобто, на початку лікування та моніторинг до завершення лікування)	Чітке розуміння типу, розміру, термінів та частоти надання допомоги в сфері соціального захисту людям, постраждалим від ТБ	Підручник: дослідження витрат пацієнтів, хворих на ТБ (70)
4 Визначення бар'єрів у доступі до соціального захисту, з якими стикаються люди, що постраждали від ТБ	Оцінити бар'єри з боку пропозицій та попиту, які ускладнюють людям, постраждалим від ТБ, доступ до програм соціального захисту	Триангуляція та інтергація даних, отриманих в рамках: - кількісного дослідження серед ключових стейкхолдерів зі складу мультидисциплінарної та мультисекторальної групи - групових обговорень в фокус-групах з ключовими мультидисциплінарним і/мультисекторальними стейкхолдерами	Чітке розуміння перешкод та "вузьких місць", які перешкоджають людям, які постраждали від ТБ, мати ширший та більш справедливий доступ до програм соціального захисту	Інструмент оцінки ВІЛ та програм соціального захисту. Отримання доказових даних для обґрунтування політик та заходів, спрямованих на ВІЛ та соціальних захист* (65)
5 Розробка належних програм соціального захисту	Обговорити результати попередніх етапів та розробити прийнятні в місцевих умовах програми соціального захисту для людей, постраждалих від ТБ	Консультації з ключовими представниками мультисекторальних стейкхолдерів	Консенсус щодо найбільш оптимальної стратегії для досягнення максимального впливу на ТБ в країні, враховуючи її вартість, можливість реалізації та прийнятність	Керівництво по національному стратегічному плануванню з питань ТБ (69)

* Цей інструмент можна адаптувати таким чином, щоб він краще відповідав завданням з проведення оцінки

2.2 Створення мультидисциплінарної/мультисекторальної групи

Під керівництвом та за координації програми з ТБ необхідна головна група, яка координуватиме всі етапи планування. Ця координаційна група відповідатиме за:

- A.** визначення завдань, пов'язаних з ТБ, які мають бути пріоритетними та досягатися за допомогою соціального захисту;
- B.** визначення ключової літератури та джерел інформації для визначення місцевої системи соціального захисту;
- C.** координацію оцінки потреб у соціальному захисті та бар'єрів, що перешкоджають доступу до послуг соціального захисту; та
- D.** остаточне формулювання стратегії соціального захисту, яка може найбільш ефективно вплинути на епідемію туберкульозу в країні, на основі висновків, зроблених в процесі планування.

Координаційна група повинна спиратися на знання та досвід міждисциплінарної та міжсекторальної групи основних зацікавлених сторін (максимум 15-20), залучених на різних етапах планування, і доповнювати їх. Зацікавлені сторони в даному контексті - це люди або групи людей, які постраждали від стратегічної діяльності, можуть впливати на неї або можуть бути зацікавлені в ній (69).

Для забезпечення належного представлення навичок та досвіду, до складу цієї мультидисциплінарної та міжсекторальної групи повинні входити представники наступних сфер:

- персонал протитуберкульозної служби (тобто медсестри, лікарі, працівники охорони здоров'я в громаді та інші медичні працівники);
- громадянське суспільство та громади, які постраждали від туберкульозу та супутніх захворювань, а також захисники інтересів, які працюють з соціальними детермінантами ТБ;
- міністерство соціальної політики або соціального забезпечення;
- ключові партнери з розробки та впровадження політики, в тому числі агенції ООН (такі як МОП, Всесвітня продовольча програма (ВПП), Міжнародна організація з міграції (МОМ), Міжнародний дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ)) та неурядові організації (НУО);
- національне бюро статистики; та
- інші за необхідності, в залежності від потреб країни.

Визначення відповідних зацікавлених сторін - це динамічний процес, який може розпочатися з попередньо сформованого списку ключових експертів, які через свої мережі можуть допомогти виявити інших відповідних зацікавлених сторін, яких можна запросити до участі в групі. Підходи до запрошення зацікавлених сторін до участі в цьому плануванні будуть відрізнятися в залежності від ролі та рівня повноважень зацікавленої сторони, а також від того, чи ці експерти раніше брали участь у заходах, пов'язаних з ТБ, та/або чи були у них попередні контакти з програмою боротьби з ТБ.

Принципи конструктивної взаємодії з визначеними зацікавленими сторонами ґрунтуються на низці принципів, описаних в інших джерелах, зокрема на важливості залучення зацікавлених сторін на ранній стадії процесу та на всіх його етапах, необхідності взаємодії із зацікавленими сторонами як з рівними, а також на ролі існуючих платформ для співпраці при створенні стабільних і тісних партнерських відносин (69).

В цілому, ефективність такої мультисекторальної співпраці значною мірою залежатиме від спроможності програми з ТБ заздалегідь визначити, яким чином планування програм соціального захисту для людей, постраждалих від ТБ, може також потенційно сприяти просуванню порядку денного відповідних зацікавлених сторін. Зацікавлені сторони, скоріш за все, будуть більш активно долучатися до співпраці, якщо це також буде сприяти досягненню їх власних цілей (69).



2.3 Вивчення наявної системи соціального захисту

Визначення місцевої системи соціального захисту має важливе значення для розуміння того, наскільки наявні програми відповідають потребам людей, які постраждали від туберкульозу, і наскільки вони є достатньо інклюзивними, щоб охопити тих, хто найбільше цього потребує. В тих місцях, де визначення системи соціального захисту вже заплановано або проводиться, слід докласти зусиль, щоб забезпечити оптимізацію соціального захисту людей, які постраждали від туберкульозу, в ході цієї роботи.

Дослідження системи соціального захисту вимагає поглибленого аналізу наявної опублікованої та неопублікованої літератури, в тому числі рецензованих статей, звітів та концептуальних записок. Люди, які постраждали від туберкульозу, зазвичай стикаються з декількома соціальними стрес-факторами; таким чином, при здійсненні цього завдання з вивчення системи соціального захисту слід визначити пріоритетність наступних програм та допомоги:

- грошова або негрошова допомога, яка спрямована на подолання основних факторів ризику захворювання на туберкульоз, зокрема, нестабільності доходів та продовольчої безпеки, поганих житлових умов та безробіття;
- допомога на охорону здоров'я, яка покриває витрати на медичне обслуговування, а також покриває потреби у проїзді, харчуванні та довготривалому догляді, якщо це необхідно;
- грошові виплати у зв'язку з хворобою, а якщо захворювання призводить до незворотної втрати функцій організму,
- виплати по інвалідності для компенсації втрати доходу через тимчасову непрацездатність або альтернативні витрати, пов'язані зі зверненням за медичною допомогою;
- виплати у зв'язку з професійними захворюваннями (часто вони є частиною програм страхування від виробничої травми) для компенсації втрати доходу та відновлення здоров'я людей, які захворіли на туберкульоз на робочому місці (наприклад, медичних працівників);
- підтримка доходів для осіб, які здійснюють догляд, та дітей у постраждалих домогосподарствах (в тому числі виплати у зв'язку з втратою годувальника) для компенсації альтернативних витрат або будь-якої втрати доходу через необхідність здійснювати догляд у постраждалих домогосподарствах; та
- доступ до ресурсів для протидії та захисту від соціальної ізоляції, яка може бути наслідком стигми, пов'язаної з туберкульозом, супутніми захворюваннями (такими як ВІЛ та психічні розлади), а також з тим, що вони є бенефіціарами системи соціального захисту.

Обсяг цього аналізу документів повинен включати критичну оцінку пріоритетних програм та допомоги за наступними параметрами:

- охоплення: наскільки критерії включення до наявних програм соціального захисту дозволяють охопити людей, які постраждали від ТБ, на національному або субнаціональному рівнях;
- відповідність: наскільки надані пакети допомоги відповідають потребам людей, постраждалих від ТБ, з точки зору обсягу, типу, розміру, частоти, місця надання, а також способу надання (оцінка відповідності допомоги потребам людей/домогосподарств, постраждалих від ТБ, має особливе значення, оскільки вони часто несуть дуже високі витрати, пов'язані із захворюванням, які не можуть бути повністю покриті наявними програмами соціального страхування або соціальної допомоги (26,71); та
- питання реалізації та операційні питання: наскільки, наприклад, недостатнє фінансування, обмежений географічний доступ закладу, що впроваджує програму, або адміністративні перепони перешкоджають залученню до програми та/або доступу до допомоги..

Міжнародні документи з прав людини та міжнародні стандарти соціального забезпечення містять корисні посилання та критерії для оцінки охоплення та відповідності допомоги у сфері соціального захисту (див. Інформаційний блок 2.1). Наприклад, конвенції МОП про соціальне забезпечення визначають мінімальні рівні виплат (72).

Інформаційний блок 2.1 Міжнародні документи з прав людини та міжнародні стандарти соціального забезпечення

- Інформаційні панелі даних МОП про соціальний захист відстежують охоплення в різних країнах і регіонах (73);
- Світовий звіт МОП про соціальний захист містить глобальний огляд останніх змін у системах соціального захисту (15);
- Моніторинг соціального захисту МОП анонсує заходи соціального захисту в усьому світі (74);
- "Реагування системи соціального захисту МОП на кризу, спричинену COVID-19, та прогноз кожні два місяці" (75,76);
- Міжнародна асоціація соціального забезпечення (МАСО) у серії "Програми соціального захисту в усьому світі" висвітлює програми соціального захисту у 183 країнах і територіях (77); та
- Ініціатива UNDG (Групи ООН з питань розвитку) має на меті інтегрувати мінімальні стандарти соціального захисту в національні, регіональні та глобальні стратегії розвитку (67).

Дані та докази, зібрані в ході кабінетного аналізу, можна додатково узагальнити та доповнити:

- аналізом вторинних даних, якщо вони доступні, та/або
- інтерв'ю з ключовими інформантами від міжсекторальних та мультидисциплінарних зацікавлених сторін.

В цілому, ці додаткові джерела інформації можна використовувати для усунення постійних прогалин у знаннях, зокрема щодо

- економічної ефективності та дотримання принципів соціальної справедливості місцевих програм соціального захисту;
- оцінки впливу наявних програм соціального захисту на результати лікування та/або поведінку, пов'язану зі зверненням по медичну допомогу, та/або відповідні фактори ризику захворювання на ТБ; та
- прикладів міжсекторальної співпраці, зокрема участі та взаємодії цих програм з державними та приватними учасниками сектору охорони здоров'я..

Очікуваним результатом цього дослідження є визначення 2-3 пріоритетних програм для подальшого вивчення їхньої придатності та доступності для людей, які постраждали від ТБ.

2.4 Оцінка потреб у соціальному захисті людей, постраждалих від ТБ

Потреби людей, які хворіють на ТБ, у соціальному захисті відрізняються на різних етапах надання медичної допомоги, і їх необхідно розглядати в комплексі. Половина витрат, які несуть люди хворі на ТБ, виникають до початку лікування ТБ, і більшість з цих витрат є альтернативними витратами (тобто, витратами через втрачені можливості), пов'язаними з втратою роботи або доходів у зв'язку з непрацездатністю (58). Зростає кількість доказів того, що інвалідизація, пов'язана з ТБ, може також впливати на людей і після завершення лікування ТБ, в результаті чого люди, які перехворіли на ТБ, не можуть повернутися до роботи ні в короткостроковій, ні в довгостроковій перспективі. Розуміння потреб у соціальному захисті на всіх етапах надання допомоги, в тому числі потреб членів домогосподарства, які постраждали від ТБ (особливо жінок, дітей та підлітків, людей похилого віку, а також тих, хто отримує паліативну допомогу/догляд наприкінці життя), буде мати вирішальне значення для того, щоб визначити, на кого найкраще спрямувати програми соціального захисту і коли слід надавати ці програми.



Дані про потреби в соціальному захисті можна збирати за допомогою опитувальників, які заповнюють спеціально навчені працівники, щоб визначити медичні та соціально-економічні проблеми, з якими, ймовірно, стикаються люди хворі на ТБ, у тому числі:

- соціально-економічне становище особи та домогосподарства (вимірюється за допомогою економетричних або майнових індексів) (78)
- джерела доходу (стан зайнятості у офіційній або неофіційній економіці)
- освіта (роки навчання, грамотність)
- продовольча незахищеність (див. розділ 4.2)
- інші відповідні соціальні детермінанти ТБ (наприклад, житлові умови, проживання в трущобах, міграційний статус)
- супутні захворювання та інвалідність, пов'язана з ТБ (79)
- стигма, пов'язана з ТБ (див. розділ 4.3), та
- отримання будь-якої форми соціального захисту..

Опитування можна проводити на початку лікування, під час лікування та після його завершення, щоб відстежувати, як змінюються потреби в соціальному захисті протягом усього континууму надання допомоги. Окрім людей, хворих на туберкульоз, оцінка потреб може також поширюватися на членів їх домогосподарств, які опосередковано постраждали від туберкульозу (наприклад, осіб, які здійснюють догляд, жінок, людей похилого віку, дітей та підлітків). Це може полегшити надання соціальної допомоги з потенційно високим профілактичним впливом, враховуючи високий ризик захворювання на туберкульоз серед людей, які нещодавно контактували з хворим на туберкульоз.

Крім того, дані про потреби в соціальному захисті можна отримати з інформації, зібраної в рамках поточних або завершених досліджень витрат пацієнтів (див. Інформаційний блок 2.2).

Інформаційний блок 2.2 Оцінка потреб у соціальному захисті: роль досліджень витрат, які несуть пацієнти з ТБ

Дослідження витрат пацієнтів з ТБ вимірюють прямі та непрямі витрати, які несуть люди, хворі на ТБ, та їх домогосподарства, щоб обґрунтувати політику, спрямовану на зменшення фінансових труднощів та економічного тягаря, які спричиняє туберкульоз для таких домогосподарств. ВООЗ розробила стандартні методи проведення національних опитувань для оцінки цих витрат (80).

Дослідження витрат пацієнтів з ТБ може стати корисною відправною точкою для вивчення потреб людей, постраждалих від ТБ, у соціальному захисті, а також служити інструментом для аргументації за розширення охоплення наявними програмами соціального захисту людей, які постраждали від ТБ.

Дані дослідження витрат пацієнтів з ТБ можна використовувати для визначення підгруп населення, які потребують першочергової уваги, та інтервенцій, необхідних для зменшення витрат, а також для зменшення або повного вирішення проблеми частки домогосподарств, які несуть катастрофічні загальні витрати. Дані цих опитувань також можна використовувати, щоб отримати інформацію про розмір і тип підтримки, яка потрібна домогосподарствам, що постраждали від ТБ. Такі дані, як соціально-економічний статус домогосподарства, харчування та рівень продовольчої безпеки, рід занять, поточне отримання будь-якої форми соціальної допомоги, фактори, що впливають на витрати пацієнта, а також механізми подолання витрат на охорону здоров'я, можна використовувати під час розробки та впровадження програм соціального захисту, спрямованих на боротьбу з туберкульозом. Аналіз цих даних може сприяти подальшому вдосконаленню системи спільного програмування та взаємного перенаправлення в рамках місцевих програм протитуберкульозної допомоги та соціального захисту.

2.5 Виявлення бар'єрів у доступі до соціального захисту, з якими стикаються люди, постраждалі від ТБ

Існують різні бар'єри з точки зору пропозиції та попиту у доступі до соціального захисту, з якими стикаються люди, що постраждали від туберкульозу.

Бар'єри з боку пропозиції: Це політичні або програмні бар'єри, які перешкоджають доступу через пряме або опосередковане виключення груп населення з високим ризиком захворювання на ТБ (таких як мігранти, безхатченки, люди з розладами внаслідок вживання психоактивних речовин, або люди, які живуть з ВІЛ) або домогосподарств, які постраждали від ТБ, через обмеження охоплення або ненадання допомоги в достатньому обсязі або несвоєчасного надання такої допомоги. До програмних бар'єрів належать довготривалі або неефективні адміністративні процедури, які можуть перешкоджати реєстрації або затримувати доступ до допомоги. Люди з високим ризиком захворювання на ТБ також можуть бути позбавлені доступу до послуг через стигму або дискримінаційні практики: мігранти, етнічні меншини, корінні народи, люди, які вживають психоактивні речовини, безхатченки та інші маргіналізовані групи можуть стикатися з проблемами доступу до місцевих служб соціального захисту, навіть якщо вони мають на це право. Нарешті, іноді критерії включення, що базуються виключно на доходах або інших економетричних показниках (таких як купівельна спроможність або щомісячні витрати), можуть бути недостатньо чутливими, щоб врахувати вразливість людей, і це може призвести до виключення з цих програм людей, які потребують соціального захисту (40).

Бар'єри з боку попиту: Це бар'єри, які можуть перешкоджати доступу до соціального захисту через фактори персонального рівня. До них належать, наприклад, брак інформації про наявні програми соціального захисту, відсутність внутрішнього паспорта, відсутність постійної адреси проживання, відсутність документів, що підтверджують статус проживання, а також відсутність банківського рахунку. Хоча програми соціального захисту є безкоштовними в момент використання, процес отримання доступу до них може бути пов'язаний з витратами, недоступними для осіб, які мають право на отримання цих послуг, зокрема, витратами на проїзд, адміністративними витратами та часом очікування, що призводить до втрати робочого часу.

Оцінка вищезазначених бар'єрів потребує збір інформації для визначення:

1. груп населення з високим ризиком захворювання на туберкульоз у країні та соціальних детермінант, що спричиняють місцеву епідемію туберкульозу;
2. чи мають люди, які постраждали від ТБ, право на участь у пріоритетних програмах, визначених в ході кабінетного аналізу, і в якій мірі (тобто, розрахункове охоплення людей, які постраждали від ТБ, якщо існує така інформація); та
3. основних бар'єрів з боку попиту та пропозиції, що обмежують доступ людей, постраждалих від ТБ, до цих програм.

Ці дані можна зібрати за допомогою

- спеціального кількісного опитування серед обраного ряду зацікавлених сторін, таких як співробітники програм соціального захисту та програми протидії ТБ, соціальні працівники, представники громадянського суспільства та громад, які постраждали від ТБ (хоча в даний час не існує стандартного інструменту для такої оцінки, інструмент оцінки соціального захисту, який враховує проблему ВІЛ, розроблений ЮНЕЙДС (65) (можна адаптувати з цією метою); та
- проведення якісної дискусії у фокус-групі з відібраними ключовими інформантами для обговорення та обміну думками і знаннями (це потребує певного планування, більших витрат і залучення науковців, які мають досвід застосування якісних методів).

В ідеалі обидва підходи слід застосовувати послідовно: після збору кількісних даних за допомогою опитувань можна використовувати дискусії у фокус-групах з ключовими інформантами для перевірки та подальшого обговорення інформації, отриманої за допомогою опитувальника. Хоча така триангуляція якісної та кількісної інформації потребує



більше часу, вона може значно покращити розуміння фактичних або ймовірних бар'єрів у доступі до соціального захисту, з якими стикаються люди, постраждалі від туберкульозу.

2.6 Узагальнення доказів та розробка інтервенцій у сфері соціального захисту

Докази, отримані в результаті виконання вищевказаних кроків, необхідно узагальнити та оцінити, щоб надати інформацію для розробки та впровадження відповідних місцевих інтервенцій у сфері соціального захисту задля найкращого забезпечення потреб людей, які постраждали від туберкульозу. Нові теми та можливі рішення можна обговорювати під час консультацій з мультидисциплінарною та міжсекторальною групою зацікавлених сторін, з метою:

- скласти повний перелік варіантів соціального захисту, які виникають у процесі оцінки
- сприяти обговоренню та розумінню можливості реалізації, а також переваг і недоліків різних варіантів соціального захисту
- досягти консенсусу щодо інтервенцій, спрямованих на покращення доступності та швидкості реагування різних варіантів соціального захисту та максимального збільшення їх впливу на людей, які постраждали від туберкульозу; та
- розробити стратегію дій, в тому числі визначити суб'єктів, яких необхідно залучити (наприклад, установи та міністерства, що впроваджують конкретні моделі соціального захисту).

Ця консультація вимагатиме належного представництва всіх ключових зацікавлених сторін, особливо представників постраждалих громад та громадянського суспільства. Обговорення мають бути зосереджені на наступних питаннях:

- визначення та надання пріоритетності інтервенціям з урахуванням наявної політики та наявних ресурсів за допомогою підходу, який враховує проблему ТБ, або підходу, спрямованого на боротьбу з ТБ, або поєднання цих двох підходів;
- визначення цілей і завдань інтервенцій, що може передбачати визначення більш широкої довгострокової мети та ряду більш конкретних завдань, які в сукупності можуть допомогти досягти довгострокової мети (прикладом довгострокової мети може бути забезпечити, щоб жодне домогосподарство, постраждале від ТБ, не несло катастрофічних витрат, що можна досягти, забезпечивши, щоб 100% людей з ТБ, які мають право на соціальний захист, були перенаправлені до найбільш відповідних служб соціального захисту та отримали підтримку для реєстрації в системі соціального захисту); і
- обговорення ключових критеріїв, які можуть позначитися на впливі запропонованих інтервенцій, у тому числі:
 1. масштаб і тип виявлених потреб і бар'єрів у доступі - наприклад, яка частка людей з ТБ потребують соціального захисту і чи можна їх реально підтримати за допомогою програм соціального захисту, які враховують проблему ТБ, або спрямованих на боротьбу з ТБ;
 2. ефективність інтервенції - тобто ймовірність того, що інтервенція забезпечить очікуваний вплив;
 3. соціальна справедливість інтервенції - наприклад, чи може інтервенція принести користь тим, хто її найбільше потребує;
 4. прийнятність інтервенції - наприклад, наскільки і виконавці, і цільові групи населення можуть вважати інтервенцію прийнятною на основі очікуваної або вже наявної когнітивної та емоційної реакції на інтервенцію (81);
 5. можливість реалізації інтервенції - наприклад, практичність та відповідність матеріально-технічних та операційних вимог для здійснення інтервенції, включаючи витрати на інтервенцію; та
 6. сталість інтервенції з часом - тобто ймовірність того, що інтервенція буде прийнята системою соціального захисту і може реалізовуватися відповідальними службами впродовж тривалого часу.

Всі кроки, описані в цьому розділі, в сукупності сприяють формулюванню потенційно ефективних програм соціального захисту для людей, які постраждали від ТБ, з урахуванням місцевих умов. За результатами пілотування в країнах Західно-Тихоокеанського регіону ВООЗ було встановлено, що для завершення запропонованого процесу планування в конкретній країні може знадобитися в середньому 2-3 місяці роботи координаційної групи та приблизно 30 000 доларів США, в першу чергу для оплати послуг консультантів, які проведуть кабінетний аналіз наявних програм соціального захисту, а також для покриття витрат, пов'язаних з плануванням та організацією обговорення у фокус-групах (якщо таке обговорення проводиться у форматі особистої присутності).

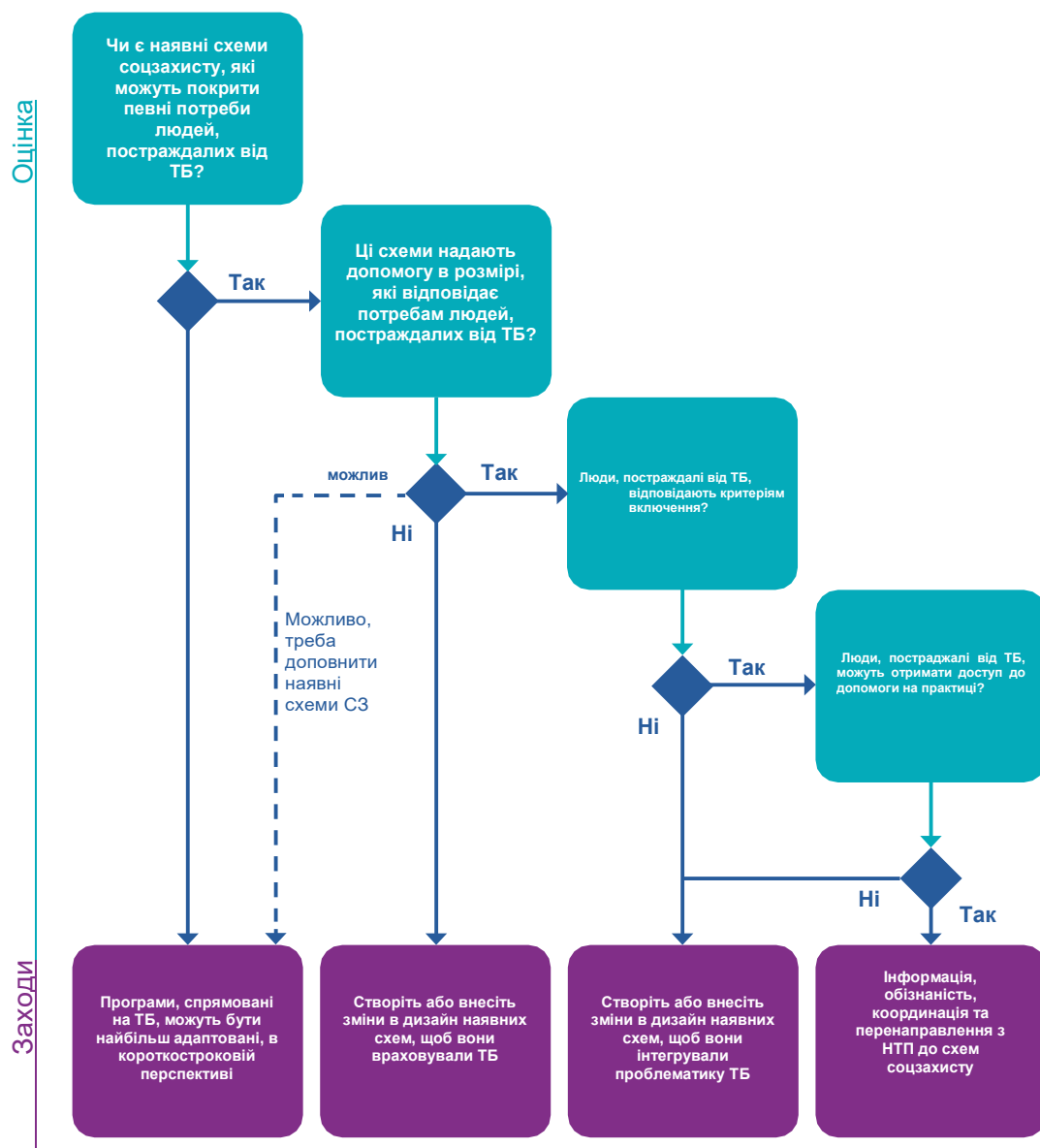


Якщо цих ресурсів немає країни можуть використовувати простий процес прийняття рішень, подібний до того, що наведено на рис. 2.2.

Такий підхід не обов'язково вимагає залучення зовнішніх зацікавлених сторін та/або формального отримання нових даних за допомогою кількісних або якісних методів дослідження. Замість цього співробітники програми боротьби з ТБ можуть розпочати процес планування, спираючись на свої власні знання та розуміння мінімального рівня соціального захисту у власній країні. Хоча такий підхід є менш точним, його може бути достатньо в країнах, де сектор соціального захисту та протитуберкульозна служба вже співпрацюють, а приклади міжсекторальної співпраці належним чином задокументовані (тобто програми, які враховують проблему ТБ, вже апробовані); або де обмежений мінімальний рівень соціального захисту не дозволяє розширити обсяг та сферу дії наявних програм (іншими словами, програми, які враховують проблему ТБ, не є можливим варіантом).

В наступних розділах надаються рекомендації щодо наступних дій після розробки стратегії забезпечення потреб у соціальному захисті людей, які постраждали від ТБ, незалежно від того, чи така стратегія враховує проблему ТБ, чи спрямована на боротьбу з ТБ, чи вона поєднує в собі обидва підходи.

Рис. 2.2 Дерево ухвалення рішень для відбору найбільш оптимальної стратегії надання соціального захисту, щоб досягти максимального впливу на ТБ (у спрощеному вигляді)



3

Реалізація програм соціального захисту, які враховують проблему ТБ



Авторські права на фото: МОП / Crozet Marce



У цьому розділі пояснюється, як можна використовувати та адаптувати наявні програми соціального захисту, щоб зробити їх більш чутливими до потреб людей, які постраждали від туберкульозу. Розділ спирається на приклад забезпечення доходу та чинних норм охорони праці. Зокрема, він демонструє, як програми боротьби з ТБ можуть взаємодіяти з сектором соціального захисту та долати важливі базові перешкоди - такі як неофіційна зайнятість або дискримінаційне трудове законодавство та політика зайнятості, - які можуть суттєво обмежувати доступ людей, постраждалих від туберкульозу, до наявних програм соціального захисту.

3.1 Підтримка та промоція програм соціального захисту, які враховують проблему ТБ

Програми соціального захисту, що враховують проблему ТБ, можна використовувати для забезпечення соціального захисту людей, постраждалих від туберкульозу. Планування та реалізація програм соціального захисту, що враховують проблему ТБ, вимагає тісної співпраці між програмами боротьби з ТБ та сектором соціального захисту (див. Інформаційний блок 3.1).

Інформаційний блок 3.1 Сприяння підвищенню чутливості до проблеми ТБ в рамках діючих програм соціального захисту в протитуберкульозних службах

Програми боротьби з ТБ можуть сприяти підвищенню чутливості до проблеми ТБ діючих програм соціального захисту за допомогою:



3.2 Подолання програмних бар'єрів на шляху більш широкого охоплення програмами соціального захисту

До програмних бар'єрів належать адміністративні та операційні бар'єри, які обмежують доступ відповідних бенефіціарів до наявних програм соціального захисту. Можливі інтервенції, спрямовані на усунення цих бар'єрів, залежать від ситуації та основних причин. В інформаційному блоці 3.2 наведено приклади підходів до покращення доступності цих програм для людей, які постраждали від ТБ.

Інформаційний блок 3.2 Розширення охоплення програмами соціального захисту, спрямоване на людей, які постраждали від ТБ

Програми боротьби з ТБ можуть підтримати розширення охоплення діючих програм соціального захисту за допомогою:

Перемовин

A.

Проведення переговорів з місцевими зацікавленими сторонами, відповідальними за політику соціального захисту та її реалізацію, з метою

1. перегляду критеріїв відповідності, затверджених у рамках програм (в Інформаційному блоці 3.3 наведено приклади того, як можна розширити доступ до діючих програм соціального захисту, зробивши туберкульоз одним із критеріїв відповідності залучення до програми)
2. розширити географічне охоплення програми соціального захисту на території з вищим тягарем туберкульозу; та
3. спростити та полегшити адміністративні та логістичні процеси для прийому до програм соціального захисту (це може передбачати співпрацю з відповідними службами для полегшення процесу отримання людьми, хворими на ТБ, необхідних документів, таких як внутрішні паспорти, або систематичного збору базових даних).

Обізнаності

B.

Підвищення обізнаності людей, які постраждали від ТБ, про наявні послуги соціального захисту та відстоювання права на соціальний захист як одного з прав людини.

Тренінгам

C.

Розробка навчальних матеріалів для працівників, відповідальних за планування, реалізацію та управління програмами соціального захисту, з метою підвищення їх обізнаності щодо потреб людей, постраждалих від ТБ, у соціальному захисті.

Співпраця та партнерство між партнерами зв сфери соціального захисту та організаціями, які діють на рівні громади можуть допомогти подолати деякі програмні бар'єри. Організації, які діють на рівні громади, близькі до громади, і вони можуть забезпечити, щоб думки людей, які постраждали від туберкульозу і потребують соціального захисту, були належним чином представлені та визнані. Вони можуть сприяти виявленню людей, які відповідають критеріям включення до програм, та сприяти підвищенню обізнаності про права на соціальний захист та процедури соціального захисту. Нарешті, організації, які діють на рівні громади, також можуть сприяти створенню адекватних та ефективних двосторонніх механізмів перенаправлення між секторами протидії ТБ та соціального захисту. Наявні системи координації та співпраці для програм боротьби з ТБ та організацій громадянського суспільства можна використовувати для покращення доступу до наявних програм соціального захисту для людей, які постраждали від туберкульозу, а також для покращення реагування таких програм на потреби людей, які постраждали від ТБ

Інформаційний блок 3.3 Приклади стратегій по розширенню охоплення програмами соціального захисту

Кілька країн запровадили ініціативи щодо розширення охоплення діючих програм соціального захисту для людей, хворих на ТБ, використовуючи різні стратегії для розширення доступу, як показують наступні приклади.

- Надання доступу до наявних виплат по інвалідності: допомога по інвалідності – це короткострокові або довгострокові грошові виплати, які надаються як повна або часткова заміна доходу тим особам, хто не може займатися оплачуваною роботою через інвалідність (переважно постійну). У Південній Африці короткострокова загальна допомога по інвалідності надається особам працездатного віку, якщо вони визнані постійно або тимчасово непрацездатними через фізичну недієздатність або хронічні захворювання, такі як ЛС-ТБ (82). Незважаючи на це, люди хворі на ТБ продовжують стикатися з проблемами доступу до цієї допомоги, зокрема, через обмежену поінформованість, терміни отримання допомоги та вимогу проведення огляду конкретним лікарем, який може перебувати в іншому медичному закладі (83,84).
- Надання доступу до програм соціальної допомоги домогосподарствам, у яких принаймні один член постраждав від ТБ: Це передбачає визначення нових критеріїв права на отримання допомоги на основі наявності члена домогосподарства з тривалим або хронічним захворюванням, як це було у випадку з програмою *Вопо Joaquim* в Еквадорі (85).

Вивчаючи способи розширити послуги соціального захисту для людей, які постраждали від ТБ, важливо враховувати наступні аспекти.

1. У більшості країн з високим тягарем ТБ системи та програми соціального захисту переважно недостатньо фінансуються, що обмежує можливості їх подальшого розширення. Тому існує потреба в адвокації та мобілізації ресурсів для належного, справедливого та сталого фінансування соціального захисту.
2. Дизайн програм соціального захисту має глибокий вплив на охоплення ними груп населення з високим ризиком розвитку ТБ за допомогою основних змінних, зокрема:
 - цільова група населення та географічне охоплення програми;
 - належний розмір соціальних виплат (в тому числі діапазон покритих соціальних виплат та ступінь фінансового захисту);
 - залучені працівників у неофіційну економіку та їх сім'ї, які часто стикаються з труднощами у доступі до програм соціального захисту; і
 - включення належних виплат по тимчасовій непрацездатності, які не ґрунтуються на відповідальності роботодавця (при цьому роботодавець зобов'язаний продовжувати виплачувати заробітну плату своїм працівникам, поки працівник не може працювати).

Розв'язання цих проблем потребує співпраці програм боротьби з ТБ та сектору соціального захисту, щоб адаптувати наявні системи для розширення доступу до послуг соціального захисту людей, постраждалих від ТБ. Ці зміни та адаптація можуть включати:

- розширення права на отримання допомоги в конкретних районах, де частіше проживають люди, постраждалі від ТБ;
- доповнення наявної соціальної допомоги та соціальних виплат, щоб забезпечити потреби людей, хворих на туберкульоз, як правило, за рахунок фінансування міжнародних та місцевих організацій, що надають такі кошти; і
- підвищення обізнаності про повернення в багатократному розмірі коштів, вкладених в соціальний захист, поза межами лише питання туберкульозу, в тому числі позитивний вплив на рівень бідності та супутні захворювання, пов'язані з ТБ, і на такі фактори ризику, як ВІЛ, діабет та недоїдання.



3.3 Захист гарантованого доходу людей, постраждалих від ТБ

Як підкреслюється в Розділі 2, люди, постраждалі від ТБ, вразливі до зубожіння через: (i) витрати на медичне обслуговування; (ii) немедичні витрати (такі як проїзд до/з закладів охорони здоров'я, додаткові витрати на харчування); та (iii) втрату доходу. У країнах з низьким і середнім рівнем доходів втрата доходу становить в середньому 60% від загальних витрат, пов'язаних з лікуванням ТБ (58).

Втрата роботи та доходу - це одна з основних причин економічного тягаря для домогосподарств, постраждалих від ТБ (див. Інформаційний блок 3.4), це може бути спричинено:

- відсутністю та/або недостатнім виконанням вимог законодавства щодо виплат соціального захисту у разі хвороби, внаслідок чого люди, які хворіють на туберкульоз, втрачають дохід, коли вони не можуть працювати під час пошуку і зворотного зв'язу з медичною допомогою або через саме захворювання;
- ТБ не розглядається як професійне захворювання (наприклад, для медичних працівників, шахтарів тощо) і, як наслідок, відсутні належні соціальні виплати для покриття виробничих травм; і
- дискримінаційна практика стосовно людей, хворих на ТБ, на робочому місці, що призводить до припинення їх трудових відносин.

Втрата доходів і зайнятості більш вірогідна серед осіб, які працевлаштовані неофіційно, неофіційна зайнятість становить 70% від загальної зайнятості в країнах з низьким і середнім рівнем доходів (86). Неофіційна зайнятість відноситься до умов праці, які де-факто або за законом не підпадають під дію національного законодавства про працю та соціальне забезпечення, оподаткування доходів або права на соціальний захист або певні трудові пільги (87). До неофіційної зайнятості відноситься як неофіційна наймана праця, так і самозайнятість. Працівники, які працевлаштовані неофіційно, - це люди, які працюють на неофіційній роботі, незалежно від того, чи здійснюється вона на підприємствах офіційного сектору, підприємствах неофіційного сектору або в домогосподарствах (87). Значна частка бідних людей залучені у неофіційну економіку.

Люди, які хворіють на туберкульоз, які працюють в умовах неофіційної економіки, зазвичай не включені до систем охорони праці та соціального захисту і, як правило, мають обмежений доступ до соціального страхування та інших форм соціальної допомоги, які гарантують їх дохід на період, коли вони не можуть працювати. Тому дуже важливі заходи щодо поширення соціального захисту на тих, хто працює в неофіційній економіці. Крім того, надзвичайно бажаним є перехід до офіційної економіки, оскільки допомагає протидіяти поширенню ТБ на робочому місці та забезпечити доступ для людей, хворих на ТБ, до соціального захисту без дискримінації (88).

Низка політик в сфері трудового права, спрямованих на захист зайнятості та доходів домогосподарств, постраждалих від ТБ, можуть застосовуватись в таких випадках і мати потенційний вплив. Можливими відправними точками можуть бути заходи, спрямовані на:

1. попередження втрати роботи за допомогою недискримінаційних законів, трудового кодексу та інспекції з питань праці;
2. проведення заходів з профілактики туберкульозу на робочому місці; та
3. забезпечення захисту у разі втрати працездатності або втрати роботи за допомогою страхування на випадок безробіття, допомоги у зв'язку з хворобою та інвалідністю.

Інформаційний блок 3.4 Вплив ТБ на зайнятість людей, які хворіють на ТБ, в Демократичній республіці Конго та в Лаоській Народно-Демократичній Республіці

Перші національно репрезентативні дослідження витрат, які несуть пацієнти з ТБ, для Демократичної Республіки Конго та Лаоської Народно-Демократичної Республіки були проведені у 2018–2019 роках (89,90). Ці крос-секційні дослідження пацієнтів з ТБ, проведені на базі ЗОЗ, збирали інформацію про прямі медичні, прямі немедичні та непрямі витрати, людей, які живуть з туберкульозом, а також про механізми подолання проблем. Результати двох досліджень свідчать про наступний економічний вплив туберкульозу на пацієнтів:

- У Демократичній Республіці Конго зайнятість будь-якої форми серед пацієнтів з ТБ знизилася з 65% до 43% серед людей, які проходять лікування від туберкульозу; різке зниження цього показника було більш значимим серед пацієнтів з ТБ, зайнятих у неофіційній економіці, де частка зайнятості знизилася 45% до 31%. В цілому, 23% пацієнтів втратили роботу через туберкульоз, а 78% – втратили робочі дні (89).
- У Лаоській Народно-Демократичній Республіці частка пацієнтів з ТБ, які стали безробітними, зросла більш ніж удвічі в період лікування туберкульозу (з 16,8% до 35,4%), тоді як частка зайнятих в неофіційній економіці знизилася з 61,9% до 43,6%. Частка офіційно зайнятих знизилася з 10,8% до 8,8%, крім того, відзначено дуже низький рівень заявлених соціальних виплат (включаючи допомогу у зв'язку з хворобою та безробіттям (90).

3.3.1 Забезпечення недискримінаційних умов праці

Трудове законодавство та політика у сфері зайнятості спрямовані на те, щоб люди, які постраждали від такої хвороби, як туберкульоз, не зазнавали дискримінації, і щоб їх права на робочому місці були захищені.

Міжнародні стандарти праці вказують, що інфікування ТБ та лікування туберкульозу не повинні бути причиною дискримінації на робочому місці або припинення трудових відносин. Важливо, що ці стандарти потрібно ратифікувати та включити до національного трудового законодавства. Забезпечення дотримання цього законодавства вимагатиме посилення суб'єктів сфери праці, зокрема організацій "працівників та роботодавців", а також інспекцій з питань праці. Нижче наведено відповідні стандарти МОП:

- єдина Конвенція про дискримінацію (зайнятість і професію) 1958 р. (No 111) (- 91);
- Конвенція про припинення трудових відносин 1982 р. (No 158) стаття 6, згідно з якою тимчасова відсутність на роботі через хворобу або травму не є вагомою підставою для припинення трудових відносин (- 92); і
- Рекомендація з питань ВІЛ та СНІДу 2010 р. (No 200), яка містить конкретні згадування про туберкульоз та закликає припинити дискримінацію та сприяти рівності та можливостям у сфері зайнятості, зазначаючи, що працівники повинні отримувати користь від програм, спрямованих на запобігання специфічним ризикам передачі ВІЛ під час виконання службових обов'язків, та пов'язаних трансмісивних захворювань, таких як туберкульоз; і повинні мати доступ до доступних послуг з діагностики та лікування, без будь-якої дискримінації для їх зайнятості (93).

Хоча ці політики - важливий інструмент запобігання та мінімізації дискримінації на робочому місці, важливо також усвідомлювати, що соціальний захист сам по собі може призвести до стигматизації та дискримінації бенефіціарів. Стигма отримання соціальної фінансової допомоги або послуг соціального забезпечення, згідно визначення, це «негативні соціально-фізіологічні наслідки або «психологічні витрати» перебування на соціальній фінансовій допомозі» (94). Люди, які хворіють на ТБ, можуть переживати стигматизуючий або самостигматизуючий досвід, пов'язаний з туберкульозом та/або з тим, що вони отримують певну форму правового захисту чи допомоги. Дискримінація, пов'язана з обома станами, може підсилювати одна одну і перешкоджати людям, які хворіють на ТБ, звертатися по отримання допомоги, на яку вони мають право, як на робочому місці, так і поза ним. За таких обставин надання належної правової підтримки має важливе значення для реагування на будь-який дискримінаційний акт, порушення прав людини або будь-яке порушення діючої політики соціального захисту (див. Інформаційний блок 3.5).



Інформаційний блок 3.5 Надання правової підтримки людям, хворим на ТБ, в Киргизстані та Казахстані

У Киргизстані та Казахстані правову підтримку людям, хворим на ТБ, та іншим вразливим групам населення надають так звані «вуличні юристи», які пройшли наставництво у кваліфікованого та досвідченого юриста, який потім надає їм постійну підтримку та наставництво за допомогою інформації та консультацій. Крім того, в рамках цієї програми правової підтримки, навчають представників вразливих груп населення тому, як виявляти та документувати випадки порушень прав людини та надавати підтримку з поширених питань, таких як отримання/поновлення документів, що посвідчують особу, оформлення громадянства (для мігрантів), допомога у складанні позовних заяв до суду, допомога у випадках стигматизації та дискримінації з боку медичних працівників, проблеми дискримінації з боку орендодавців чи роботодавців, а також отримання грошової допомоги для людей, які постраждали від ТБ.

Джерело: Як правова допомога допомагає ліквідувати туберкульоз та ВІЛ [веб-сайт]. Киргизстан: Програма розвитку Організації Об'єднаних Націй; 2021 (<https://www.undp.org/kyrgyzstan/news/how-legal-aid-helps-end-tb-and-hiv>).

3.3.2 Створення безпечних і здорових умов праці

В умовах з високим тягарем ТБ, туберкульоз має наслідки для економічно-господарської діяльності, в тому числі зниження продуктивності, прогалини роботи, високу плинність кадрів та ризик подальшої передачі інфекції (26). Цей негативний вплив можна зменшити на робочому місці за допомогою програм, які комплексно вирішують питання профілактики, діагностики, лікування та догляду у випадку ТБ.

Туберкульоз особливо поширений у певних професійних галузях, зокрема серед медичних працівників та працівників гірничодобувної промисловості. Визнання туберкульозу професійним захворюванням - це перший крок для того, щоб люди мали право на будь-яку компенсацію або з боку роботодавця, або з боку системи соціального захисту. Наприклад, у Південній Африці туберкульоз визнається професійним захворюванням медичних працівників в умовах з найвищими показниками поширеності ТБ (95). Таке визнання дозволяє запобігти специфічним ризикам передачі інфекції під час виконання професійних обов'язків та дозволяє працівникам, хворим на ТБ, своєчасно звертатися по діагностику та відповідне лікування, а також отримувати належну компенсацію. Важливо, що, окрім правомочності згідно закону, допомога, яку гарантує статус професійного захворювання, повинна бути доступною, надаватись в належному обсязі та враховувати потреби працівників, які захворіли на ТБ під час виконання професійних обов'язків. В Інформаційному блоці 3.6 наведено приклади стратегій для підтримки створення безпечних і здорових умов роботи.

Спільні керівництва ВООЗ, МОП ТА ЮНЕЙДС з розробки і впровадження політики покращення доступу медичних працівників до послуг з профілактики, лікування, догляду та підтримки ВІЛ та ТБ(96) містять рекомендації щодо розробки конкретних політик, які мають на меті:

- забезпечити пріоритетний доступ медичних працівників та членів їх сімей до послуг з профілактики, лікування, догляду та підтримки; а також
- не допускати дискримінацію медичних працівників, які хворіють на туберкульоз, та запровадити програми розумного пристосування та компенсації, зокрема, у відповідних випадках, оплачувану відпустку, достроковий вихід на пенсію та допомогу у разі смерті від професійного захворювання.

Інформаційний блок 3.6 Приклади стратегій для підтримки створення безпечних і здорових умов роботи

Програми боротьби з ТБ можуть сприяти створенню безпечних і здорових умов праці для людей, хворих на туберкульоз, використовуючи:

- A. адвокацію визнання туберкульозу професійним захворюванням на законодавчому рівні;
- B. співпрацю із законодавцями з метою розробки або вдосконалення законів, які захищають людей, хворих на ТБ від стигми та дискримінації, а також надають правову підтримку людям, які постраждали від ТБ;
- C. взаємодію з компаніями, працівниками, інспекторами з охорони праці та службами гігієни праці, щоб належним чином проінформувати їх про цінність участі в лікуванні туберкульозу та здобуття активної підтримки відповідних керівників;
- D. забезпеченню розширення бізнесу та послуг, які вже вирішують проблему ВІЛ, на боротьбу з ТБ, і навпаки; та
- E. веденню переговорів щодо розширення добре функціонуючих програм на робочих місцях з питань ТБ та ТБ/ВІЛ на малих і середніх підприємствах та інших офіційних і неофіційних місцях праці за підтримки громадянського суспільства та відповідних партнерів.

3.3.3 Забезпечення гарантованого доходу за допомогою загального соціального захисту

Загальний соціальний захист включає в себе ефективний доступ до медичної допомоги без перешкод, визнаючи, що витрати на охорону здоров'я та стан здоров'я впливають на доходи домогосподарств (з огляду на зниження продуктивності через поганий стан здоров'я, зuboжіння через витрати на охорону здоров'я тощо). Багато країн, таких як Руанда, зробили кроки до інтеграції послуг, пов'язаних з ТБ, у національні програми соціального захисту здоров'я, з різною мірою успіху (26).

Огляд МОП окремих країн з високим тягарем ТБ показав, що лікування туберкульозу та ЛС-ТБ дуже часто було інтегровано в розробку пакетів допомоги. Рівень включення інших послуг, особливо для профілактики туберкульозу, сильно відрізнялися в різних країнах і програмах. Крім того, витрати, пов'язані з проїздом до провайдерів медичних послуг, а також витрати на допоміжні препарати, харчові добавки або спеціальні обстеження, часто не включені в пакети соціальної допомоги (26).

Гарантовані доходи у випадку хвороби в багатьох країнах були визначені як обов'язок роботодавця (згідно з яким роботодавець зобов'язаний продовжувати виплачувати заробітну плату, поки працівник не може працювати), а не як належна програма соціального захисту. Це становить стримуючий фактор для роботодавців наймати або утримувати працівників, хворих на ТБ, оскільки вони можуть бути не в змозі дозволити собі утримувати працівників, які не можуть працювати протягом тривалого періоду часу. Аналогічним чином, це означає, що самозайняті особи, які захворіли на туберкульоз, повинні нести витрати на захворювання одноосібно. Допомога по тимчасовій непрацездатності, закріплена в законодавстві і надається системою соціального захисту, є найбільш ефективною для захисту всіх працівників, хворих на ТБ.

Незважаючи на те, що деякі країни запровадили загальну допомогу у випадку хвороби, у всьому світі ефективне охоплення цими програмами залишається на низькому рівні через прогалини у дотриманні та реалізації. Лише третина населення працездатного віку в світі має гарантований дохід, захищений законом у випадку хвороби (15). Для людей, хворих на ТБ, це означає обмежений захист доходів у період, коли вони не можуть працювати через стан здоров'я або лікування, що призводить до втрати або скорочення джерела доходів та можливої втрати засобів до існування.

Програми боротьби з ТБ можуть сприяти захисту гарантованого доходу людей, хворих на ТБ, за допомогою декількох інтервенцій, які викладено в Інформаційному блоці 3.7.



Інформаційний блок 3.7 Захист гарантованого доходу людей, постраждалих від ТБ

Програми боротьби з ТБ можуть сприяти захисту гарантованого доходу людей, хворих на ТБ, за допомогою різних інтервенцій:



А.

Сприяння створенню недискримінаційного середовища соціального захисту за допомогою:

- підвищення обізнаності людей, хворих на ТБ, щодо їх прав на соціальний захист;
- інформування в позитивний спосіб про право на участь у програмах соціального захисту або пропозиція стратегій таргетування без стигматизації, щоб спростувати усталене уявлення, згідно з яким бенефіціари програм соціального захисту - це тягар для суспільства, оскільки не бажають працювати та/або недостатньо активно впливають на зміну свого соціально-економічного статусу;
- надання людям, хворим на ТБ, та їх домогосподарствам чіткої інформації про програми соціального захисту, в тому числі їх обсяг та цінність переваг (наприклад, забезпечення завершення лікування або зменшення ступеню подальшого зубожіння); і
- підвищення обізнаності про ТБ, його фактори ризику, клінічні та фінансові наслідки серед співробітників, які працюють у службах соціального захисту.

Відсутність дискримінації

В.

Збільшення як охоплення, так і швидкості реагування наявних програм і механізмів виплат соціальної допомоги (в тому числі допомоги у зв'язку з хворобою та інвалідністю) для забезпечення потреб людей, хворих на ТБ.

Безпечні умови праці



Загальний соціальний захист

С.

Адвокація переходу від неофіційної економіки до офіційної, щоб забезпечити всім працівникам, хворим на ТБ, доступ до працевлаштування та соціального захисту.



3.4 Моніторинг охоплення людей, постраждалих від ТБ, програмами соціального захисту, які враховують проблему ТБ

Моніторинг ефективності програм соціального захисту, які враховують проблему ТБ, в першу чергу зосереджений на відстеженні охоплення та швидкості реагування цих програм на забезпечення потреб людей, які постраждали від туберкульозу. Комплексної системи моніторингу та оцінки, а також стандартних індикаторів соціального захисту людей, хворих на ТБ, поки що немає. Тому в цьому розділі розглядаються аспекти, які можна відстежувати під час реалізації програм соціального захисту, які враховують проблему ТБ.

Моніторинг має зосередитися на одному або дуже обмеженому числі індикаторів, пов'язаних із досягнення результатів програм соціального захисту щодо забезпечення потреб людей, які постраждали від туберкульозу. Приклади компонентів, моніторинг яких потрібно здійснювати, включають:

- частка людей, яким діагностували ТБ, для яких провели оцінку потреб в соціальному захисті
- частка людей, яким діагностували ТБ, які були перенаправлені до системи соціального захисту; і
- частка людей, хворих на ТБ, яка отримує будь-яку форму соціального захисту.

У політичній декларації Засідання на вищому рівні Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй 2023 року (3) було узгоджено нову амбітну мету, а саме, 100% людей, хворих на ТБ, повинні мати доступ до пакету медичної та соціальної допомоги, щоб їм не доводилося терпіти фінансові труднощі через свою хворобу.

Існує три основні варіанти збору (або отримання) даних, необхідних для моніторингу програм соціального захисту, які враховують проблему ТБ, а саме.

- 1. Прив'яжіть дані, що зберігаються в національній базі даних по ТБ, з національними базами даних стосовно програм соціального захисту.** Якщо існують цифрові бази даних для людей, яким діагностували ТБ, та людей, які беруть участь у програмах соціального захисту, і якщо ці системи використовують унікальні ідентифікатори, які є спільними як для сектору охорони здоров'я, так і для соціального сектору, тоді дієвим варіантом може бути прив'язати записи між двома масивами даних (97). Перевага цього варіанту полягає в тому, що він не вимагає додаткового збору даних. Проте, цей варіант вимагає тісної співпраці між національними органами, відповідальними за охорону здоров'я та соціальний захист. Аналіз даних з таких баз даних може дати змогу робити розбивку даних за іншими відповідними факторами, в тому числі за віком, статтю, місцем проживання, професією та соціально-економічним статусом, і, таким чином, може дати можливість проводити моніторинг рівності в доступі до соціального захисту серед людей, яким діагностували ТБ. Така можливість прив'язування даних, що зберігаються в різних національних базах даних, також вказується останніх рекомендаціях ВООЗ з епіднагляду за ТБ ([Керівництво ВООЗ з епіднагляду за туберкульозом], [Всесвітня організація охорони здоров'я], друкується, [2023]).
- 2. Регулярно збирайте дані в рамках інших тематично пов'язаних досліджень.** Однією з трьох цілей Стратегії ВООЗ з ліквідації туберкульозу (1) є забезпечити, щоб жодна людина, хвора на ТБ, або їх домогосподарства не зіткнулися з катастрофічними загальними витратами, понесеними внаслідок захворювання на ТБ. Рекомендований підхід до вимірювання витрат та оцінки того, чи вони є катастрофічними, - це проведення національно репрезентативних опитувань, хворих на ТБ, зареєстрованих у НТП [70]. Ці опитування передбачають проведення глибоких інтерв'ю, під час яких можна поставити запитання, пов'язані з соціальним захистом.
- 3. Збирайте дані як частину системи рутинного епіднагляду за ТБ.** Такий варіант можливий лише в країнах, де діє цифрова система епіднагляду на основі випадків. Також важливо враховувати, чи такий збір даних буде ефективним використанням часу працівників та інших ресурсів. Регулярні опитування або прив'язки між базами даних (як було вказано вище) більш ефективні та менш інтенсивні методи збору даних.



4

Реалізація програм соціального захисту, спрямованих на подолання ТБ



Авторські права на фото: ВПП/Francis Thawani

ВООЗ рекомендує надавати соціальний захист, спрямований на подолання ТБ, людям, яким діагностували ТБ, для того, щоб підтримувати їх протягом усього курсу лікування (29). Ця рекомендація ґрунтується на встановлених доказах щодо переваг матеріальної допомоги, в тому числі харчування, продовольчі кошики, харчові добавки, ваучери на харчування, транспортні субсидії (такі як відшкодування плати за проїзд, жетони, ваучери або проїзні квитки), фінансову допомогу на проживання, житлові пільги або фінансові бонуси для людей, хворих на ТБ (98). Цей перелік не є вичерпним, і його можна доповнювати іншими формами матеріального забезпечення, які сприяють покращенню умов життя людей, хворих на ТБ, та їх домогосподарств, якщо їх не надається належна допомога з боку національної системи соціального захисту. Проте, в цьому розділі буде йтися, головним чином, про реалізацію спеціальних програм соціального захисту, спрямованих на подолання ТБ, у формі соціально-економічної та аліментарної підтримки.

Нові дані також свідчать про те, що деякі програми зменшення соціальної ізоляції через стигму, пов'язану з ТБ, можна реалізувати та досягти результатів в умовах з високим тягарем ТБ (99). Програми по зменшенню стигми потенційно можуть покращити результати для людей, які постраждали від ТБ, але наразі існують лише обмежені дані щодо відповідних пакетів інтервенцій та їх впливу.

Важливо зазначити, що навіть коли програми боротьби з ТБ хочуть реалізувати спеціальні програми соціального захисту, спрямовані на ТБ (TB-specific programmes) особливо у випадках, коли програми, що враховують проблему ТБ (TB-sensitive programmes) або недоступні або не охоплюють всі необхідні категорії людей, все одно потрібно провести оцінку того, чи можливо проводити такі програми у спосіб, який використовує інфраструктуру надання послуг, наявної в національній системі соціального захисту.

4.1 Соціально-економічна підтримка

ВООЗ рекомендує впроваджувати спеціальні програми соціального захисту, спрямовані на ТБ, щоб підтримати прихильність до лікування ТБ та зменшити вплив захворювання та його лікування на якість життя людей, хворих на туберкульоз (29). Ці програми також рекомендуються для зниження ризику того, що люди, хворі на ТБ та їх домогосподарства понесуть катастрофічні загальні витрати, а також для пом'якшення наслідків зuboжіння, спричиненого ТБ (29).

Цей розділ присвячений реалізації спеціальних програм соціального захисту, спрямованих на ТБ (TB-specific programmes) у формі соціально-економічної підтримки, такої як грошова допомога або ваучери. В інформаційному блоці 4.1 перелічені етапи реалізації програм соціального захисту, спрямованих на ТБ, у вигляді соціально-економічної підтримки. Розробка та реалізація цих програм мають бути людиноцентричними та ґрунтуватися на оцінці потреб, уподобань та цінностей бенефіціарів (100). Консультування людей, які постраждали від ТБ, медичних працівників та людей, відповідальних за розробку політик, може сформувати інтервенцію, яка відповідатиме потребам громади, та допоможе оцінити прийнятність такої інтервенції, завдяки досягненню максимального впливу.



Інформаційний блок 4.1 Основні зауваження щодо реалізації спеціальних програм соціального захисту, спрямованих на ТБ, на основі соціально-економічної підтримки

Під час реалізації спеціальних програм соціального захисту, спрямованих на ТБ, які базуються на соціально-економічній підтримці, слід враховувати наступні ключові аспекти.

- 1** Визначте найкраще місце та стратегію надання соціальних виплат та послуг – послуги соціального захисту та протидії туберкульозу можуть надаватися в одному закладі залежно від конкретних соціальних виплат та послуг, які надаються, а також від місцевих адміністративних умов та порядку організації роботи, дотримуючись так званого підходу «єдиного вікна». Впровадження цифрових інструментів, таких як переказ грошової допомоги через мобільні телефони, може допомогти зменшити подальше фінансове навантаження на людей, які постраждали від ТБ, одночасно розширюючи охоплення соціальним захистом. Незалежно від стратегії, важливо, щоб доставка грошових переказів була надійною та прогнозованою для бенефіціарів, яким призначена така допомога.
- 2** Визначте належний розмір і тип грошової допомоги, а також цільові групи населення – Рівень грошової допомоги може ґрунтуватися на опитуваннях про витрати людей, хворих на ТБ, а також на національних даних про витрати домогосподарств, національну нижню межу прожиткового рівня (так звану межу бідності) та заробітну плату; рівень грошової допомоги можна адаптувати таким чином щоб покрити вразливі питання, які були виявлені під час оцінки потреб у соціальному захисті.
- 3** Оцініть, чи є доцільною будь-яка додаткова підтримка в рамках моделі «готівка плюс» Модель «готівка плюс» – це підхід до надання соціальної допомоги, в якому грошові виплати поєднуються з іншою формою соціальної підтримки (наприклад, негрошовою допомогою або послугами), у тих випадках, коли фінансова підтримка рівня доходів вважається недостатньою для зменшення вразливих місць домогосподарств, у тому числі вразливих місць, пов'язаних зі здоров'ям (101-103). Цей «плюс» компонент або «інтенсифікатор» може бути доповненням до грошової допомоги, і він відноситься до конкретних витрат, понесених у конкретних умовах, або для певної категорії людей, хворих на ТБ, (наприклад, людей, хворих на ТБ з множинною лікарською стійкістю (МЛС-ТБ) або людей, які постраждали від ТБ та інших супутніх захворювань), або це може бути видача продовольчого кошика для покращення харчування та/або надання психосоціальної підтримки для подальшого покращення показників утримання пацієнтів в лікуванні ТБ.

4.2 Аліментарна підтримка

Зв'язок між соціальним захистом, нестачею продовольства, харчуванням і туберкульозом добре встановлений (104-106). Більшість випадків захворювання на ТБ по всьому світі можна пояснити недоїданням (106-107). Люди, хворі на ТБ, які недоїдають, також мають підвищений ризик отримати гірші результати лікування ТБ, вищий рівень смертності та меншої швидкості одужання (104, 108, 109). ВООЗ вважає лікування недоїдання/недостатнього харчування за допомогою аліментарної підтримки ключовою інтервенцією під час лікування людей, хворих на ТБ, і рекомендує включити аліментарну підтримку в стандартний план лікування та догляду за ТБ [98].

Продовольча безпека – це багатовимірне явище, що складається з чотирьох різних вимірів: фізична наявність продовольчих продуктів, економічна та фізична доступність продовольчих продуктів, споживання продовольчих продуктів (здатність продовольчих продуктів забезпечувати достатній рівень енергії та кількість поживних речовин) та стабільність цих вимірів у часі. Як тимчасова, так і хронічна нестача продовольчих продуктів може бути як причиною, так і наслідком туберкульозу (110). Нестача продовольства також тісно пов'язана з діабетом, ключовим фактором поширення епідемії туберкульозу в деяких місцях, а часто і супутнім захворюванням ТБ (111). Нестача продовольства також пов'язана з поганим психічним станом і вживанням психоактивних речовин, які є відомими факторами ризику поганих результатів лікування ТБ (112-113).

Програми, спрямовані на боротьбу з недостатнім харчуванням, можуть або включати пряму аліментарну підтримку, таку як надання додаткового харчування або продовольчих кошиків, або можуть надаватись у формі ваучерів чи інших грошових виплат, призначених для придбання їжі (98). Поеднання грошової та продовольчої допомоги може забезпечити більш гнучке надання і хастосування допомоги. Згідно досліджень, пряме надання аліментарної підтримки покращує результати лікування ТБ та прихильність до лікування ТБ, а також зменшує кількість пацієнтів, втрачених для подальшого спостереження, в деяких місцях з низьким та середнім рівнем доходів (114-117).

Керівні настанови ВООЗ з питань аліментарної підтримки для людей, хворих на туберкульоз та Рамкова програма ВООЗ по спільним діям щодо ТБ та супутніх захворювань містять подальші та більш детальні рекомендації стосовно шляхів вирішення проблеми недоїдання у людей, хворих на ТБ, у співпраці з іншими установами соціального захисту (79, 118). В Інформаційному блоці 4.2 надано перелік деяких ключових зауважень щодо розробки та реалізації спеціальних програм соціального захисту, спрямованих на подолання ТБ, які передбачають надання аліментарної підтримки.

Інформаційний блок 4.2 Зауваження щодо впровадження спеціальних програм соціального захисту, спрямованих на подолання ТБ, які передбачають надання аліментарної підтримки

Нижче наведено ключові зауваження щодо розробки та впровадження спеціальних програм соціального захисту, спрямованих на подолання ТБ, які передбачають надання аліментарної підтримки.

1. Визначте поширеність і ступінь тяжкості недоїдання у хворих на туберкульоз – Оцінку індивідуальних потреб у їжі та харчуванні найкраще проводити на рівні первинної медико-санітарної допомоги. Згідно з наявними рекомендаціями ВООЗ та ВПП щодо аліментарної підтримки (7, 119), основні змінні, які можна використовувати для моніторингу рівня харчування людей, хворих на ТБ, наведені нижче:

- ІМТ (індекс маси тіла) у дорослих старше 18 років;
- z-показник ІМТ за віком та ІМТ за статтю для дітей та підлітків віком 5–19 років; і
- z-показник «вага на довжину» або «вага на зріст» для дітей віком до 5 років, при цьому окружність середньої частини плеча використовується для виявлення випадків, які потребують невідкладної аліментарної допомоги.

Ці змінні можна реєструвати записані в момент постановки діагнозу і щомісяця до завершення лікування. Дані про рівень харчування мають важливе значення для визначення пріоритетності бенефіціарів та пакетів для аліментарної підтримки (120). Наприклад, можна використовувати різні механізми надання та різні комбінації прямої продовольчої підтримки та грошової допомоги. Враховуючи те, що вразливість до ТБ часто збігається з недоїданням, можна досягти позитивних результатів, використовуючи синергії від співпраці з урядом та організаціями продовольчої підтримки (такими як ВПП (Всесвітня Продовольча Програма) або місцеві неурядові організації), оскільки це дозволяє створювати двосторонні програми скринінгу, за допомогою яких організації з продовольчої підтримки можуть перенаправляти своїх клієнтів на скринінгове обстеження на туберкульоз,

і водночас, програми боротьби з ТБ можуть перенаправляти людей, хворих на ТБ, до організацій з продовольчої підтримки для скринінгу їх рівня харчування. Такий підхід може дати змогу провести кількісну оцінку того, наскільки група населення, яка має право на продовольчу підтримку, збігається з групою населення, що складається з людей, хворих на ТБ, і, таким чином, також може надати важливу інформацію для рішення щодо реалізації спільних програм.

2. *Використовуйте партисипативні методи, щоб зрозуміти потреби в харчуванні та поточну ситуацію та структуру сільськогосподарського сектора.* Програми, які займаються проблемами продовольчої безпеки та недоїдання можуть бути більш ефективними, якщо поєднати грошові виплати або ваучери аліментарною підтримкою на місцях. Консультації з ключовими зацікавленими сторонами з різних секторів, у тому числі з постраждалими громадами та громадянським суспільством, можуть стати джерелом важливої інформації про потреби та бар'єри в доступі до продовольчих продуктів (121). Спеціалізовані установи можуть допомогти провести економічний аналіз ринку, щоб визначити тенденції цін, доступності та сезонності, для отримання даних, необхідних для прийняття рішень щодо аліментарної підтримки людей, які постраждали від туберкульозу. Встановлення партнерських відносин з багатосторонніми організаціями та місцевими неурядовими організаціями також може допомогти у вивченні економічних та сезонних факторів, які можуть вплинути на харчові потреби людей, постраждалих від ТБ.
3. *Оцініть належний розмір і тип допомоги* – належний розмір і тип допомоги можна з'ясувати з різних джерел, в тому числі національні дослідження витрат пацієнтів з ТБ, національні дані про витрати домогосподарств і ніжньої межі прожиткового мінімуму, а також за допомогою інструменту ВПП «Омега-цінність» (122). ВПП розробила цей інструмент для того, щоб люди, задіяні в розробці політик, мали змогу порівнювати пряме надання продовольчих товарів, ваучери на харчування та грошові виплати, щоб досягти максимальної ефективності і найкращих результатів програми, впливу на бенефіціарів та економії коштів (122). У надання грошових виплат на додачу до продовольчих продуктів також можна включити витрати на такі товари, як мило для рук і паливо для приготування їжі, які необхідні для підтримання біобезпеки харчових продуктів, що є критично важливим детермінантом харчування. Індекси цін на продовольчі товари, які складають ВПП та Продовольча та сільськогосподарська організація ООН (ФАО), можна використовувати для визначення кількості основних продуктів харчування, які необхідно забезпечити. Експерти з харчування можуть допомогти визначити відповідність харчової суміші, необхідної для забезпечення потреб харчування людей, хворих на ТБ..
4. *Обирайте такі способи надання аліментарної підтримки, які відповідають потребам на місцевому рівні, та належні комунікаційні матеріали*
 – Продовольча підтримка може надаватись в період, коли люди, хворі на ТБ, починають лікування, за допомогою залучених медичних працівників громади та/або надання електронних ваучерів, які домогосподарства, постраждалі від ТБ, можуть використовувати для придбання продуктів харчування на місцевих ринках. Надання аліментарної підтримки в закладі лікування ТБ може бути більш людиноцентричним та зручним для бенефіціарів. Дані свідчать про те, що програма продовольчої підтримки в Східному Тиморі не вплинула на результати лікування, оскільки їжу доставляли в лікарню в другій половині дня, і для отримання цієї допомоги бенефіціари мали відмовитися від виконання своїх робочих зобов'язань (123).
 Люди, які постраждали від ТБ, мають бути проінформовані про критерії включення, види допомоги та варіанти її надання, а також про те, як отримати максимальну користь від цієї допомоги, щоб забезпечити максимальний вплив на харчування.
5. *Посилюйте варіанти здійснення закупівель через співпрацю з місцевими підприємствами* – Співпрацю з постачальниками доступних і доступних продуктів харчування потрібно здійснювати на всіх рівнях системи охорони здоров'я, на яких надається аліментарна підтримка (наприклад, в туберкульозних лікарнях). Крім того, рекомендується укладати угоди про закупівлі з приватним сектором (в тому числі, з власниками ринку) та налагодити контакти з дрібними фермерами, щоб посилити синергетичний розвиток та забезпечити стійкі поставки продовольчих товарів у всі сезони.

4.3 Інтервенції по зменшенню стигми, пов'язаної з ТБ

Стигма та пов'язані з нею дискримінація і соціальна ізоляція - головні чинники незахищеності людей, постраждалих від туберкульозу. Вони можуть значно збільшити витрати, які несуть люди, хворі на ТБ, наприклад, коли їх виселяють з дому або коли вони втрачають роботу.

Хоча наслідки стигми, пов'язаної з ТБ, достатньо широко висвітлюються, бракує якісних доказів для розробки рекомендацій щодо інтервенцій, спрямованих на зменшення стигми, пов'язаної з ТБ (99). Деякі з найкращих практичних методів та інструментів, представлені в цьому розділі, ґрунтуються на досвіді кількох країн, як показують наведені нижче приклади.

Приклади інтервенцій, які можуть допомогти знизити самостигматизацію

TB PhotoVoice (<https://tbphotovoice.org>) (124) – TB PhotoVoice це одночасно і інтервенція, і партисипативний метод дослідження. Він дає можливість людям, які постраждали від ТБ, висловити та передати свій досвід через фотографію. Фотографія - це швидкий, простий і відносно недорогий інструмент для дослідження та документування проявів і впливу стигми по відношенню до ТБ (соціальної, емоційної чи економічної) на людину, його сім'ю та суспільство в цілому. Отримані матеріали допомагають проводити адвокацію, підвищувати обізнаність основних аудиторій, таких як посадовці, представники громадянського суспільства та медичні працівники, а також надавати підтримку іншим людям, хворим на туберкульоз, за принципом "рівний-рівному", наприклад, через медіа-кампанії, виставки, культурні заходи, а також роботу в школах та жіночих групах.

Погляд зсередини: Подолання самостигматизації та сорому, пов'язаних з ТБ (125) – Цей навчальний посібник розробили організація Beyond Stigma та Фондом боротьби з туберкульозом KNCV, щоб допомогти людям виявляти, розуміти та долати самостигматизацію та очікувану стигму, пов'язану з ТБ. Він призначений для використання національними програмами, неурядовими організаціями та групами підтримки хворих на туберкульоз і потребує адаптації та тестування в місцевих умовах.

Приклад інтервенції для зниження стигми, пов'язаної з ТБ, серед медичних працівників

Підхід союзників (126) – Підхід союзників, також розроблений Фондом боротьби з туберкульозом KNCV, - це пакет інтервенцій, спрямованих на медичних працівників та заклади охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу, з орієнтацією на подолання стигми щодо ТБ на емоційному, когнітивному та практичному рівнях. Він спрямований на подолання самостигматизації медичних працівників, які надають послуги з лікування ТБ, а також на стигматизуючу поведінку медичних працівників та політику закладів охорони здоров'я, яка може сприяти стигматизації. Підхід "Союзники" має на меті сприяти створенню динамічного та взаємопідтримувального партнерства між людьми, хворими на туберкульоз, та медичними працівниками, які надають їм допомогу.

Приклади інтервенцій для зменшення стигми, пов'язаної з ТБ, на рівні громад

Право дихати (127) – цей навчальний посібник був створений для подолання стигми, пов'язаної з ТБ, на рівні спільнот. Він надає навчання для підвищення обізнаності громад та їх сталою залучення до заходів з протидії ТБ, які ґрунтуються на дотриманні прав людини. Навчальний посібник під назвою "Право дихати: Тренінг з прав людини для людей, які перехворіли на туберкульоз, та постраждалих громад" має на меті посилити спроможність людей, які постраждали від ТБ, домагатися від урядів та інших відповідальних осіб дотримання їх прав під час реалізації національних стратегій боротьби з ТБ.

Розуміння та подолання стигми щодо ТБ: інструментарій для практичних дій (128) – Ця інтервенція - ще один інструмент для безпосереднього подолання стигми на рівні громади. Його розробили тренери і для тренерів, і він може допомогти тренерам планувати та організовувати інтерактивні навчальні заняття з лідерами громад або організованими групами для підвищення обізнаності та сприяння практичним діям, спрямованим на подолання стигми та дискримінації, пов'язаних з ВІЛ і туберкульозом. Він містить низку інтерактивних ігор, вправ та фотоінструментів для подолання стигми, пов'язаної з ТБ, які підходять для різних ситуацій та умов.

Крім того, продукти TB PhotoVoice, створені людьми, хворими на ТБ, які розповідають про свій досвід, як згадувалося вище, можуть підтримати інтервенції, спрямовані на підвищення обізнаності про стигму в громаді. Наразі не існує рекомендацій ВООЗ щодо інтервенцій, спрямованих на подолання стигми, пов'язаної з ТБ, і описані вище інтервенції, впроваджені в рамках операційного дослідження, допоможуть зібрати доказову базу для майбутніх керівництв ВООЗ.



У разі реалізації таких інтервенцій рекомендується оцінити можливість їх впровадження та ефективність в рамках операційного дослідження з метою отримання інформації для формування національної та глобальної політики. За необхідності, інтервенції можна адаптувати, щоб вони краще відповідали місцевим умовам і забезпечували місцеві потреби. При реалізації заходів, спрямованих на подолання стигми, пов'язаної з ТБ, в рамках операційного дослідження, завжди потрібно дотримуватися відповідних місцевих процедур проведення досліджень, у тому числі отримання дозволу нвід комітету з питань етики, щоб отримати достовірні докази впливу інтервенції для подальшого розширення масштабів її реалізації.

В Інформаційному блоці 4.3 наведено чек-лист ключових етапів, яких необхідно дотримуватися під час планування та реалізації інтервенцій, спрямованих на подолання стигми, пов'язаної з ТБ.

Інформаційний блок 4.3 Етапи розробки та оцінки інтервенцій, спрямованих на подолання стигми, пов'язаної з ТБ



Створіть мультидисциплінарну групу та залучіть до неї зацікавлені сторони:

визначити та залучити відповідні зацікавлені сторони, в тому числі представників громадянського суспільства та постраждалих громад;

- створити мультидисциплінарну робочу групу з питань стигми, пов'язаної з ТБ, до складу якої увійдуть представники постраждалих громад та інші ключові зацікавлені сторони; та
- провести навчання та зміцнити компетенції з оцінки стигми, пов'язаної з ТБ..



Виконайте ситуаційний аналіз наявної стигми, пов'язаної з ТБ:

адаптувати та використовувати інструменти для вимірювання стигми для початкової оцінки, наприклад, розроблені Партнерством "Зупинимо туберкульоз" та Фондом боротьби з туберкульозом KNCV (129,130);

- оцінити тягар стигми, пов'язаної з ТБ, та її вплив на доступ до лікування ТБ та до послуг соціального захисту;
- визначити, наскільки чинне законодавство захищає людей від стигми, пов'язаної з ТБ; та
- на основі цієї оцінки скласти перелік відповідних інтервенцій, які відповідають місцевим умовам.

Сплануйте та мобілізуйте ресурси для інтервенцій, спрямованих на зниження стигми, пов'язаної з ТБ:



поширити результати базових оцінок, інформуючи зацікавлені сторони про стигму, пов'язану з ТБ;

розробити дорожню карту та фінансово обґрунтований план дій, включно з ресурсами для проведення операційних досліджень, щоб зменшити стигму, пов'язану з ТБ, за безпосередньої участі громад, яких торкнулася проблема ТБ;

- розробити систему для вимірювання ходу виконання дорожньої карти; та
- визначити та мобілізувати ресурси для виконання дорожньої карти.

Проведіть моніторинг та оцінку ходу реалізації інтервенцій зі зниження стигми, пов'язаної з ТБ:



організовувати періодичні зустрічі зацікавлених сторін для аналізу ходу реалізації обраних інтервенцій щодо подолання стигми, пов'язаної з ТБ, з метою виявлення та вирішення проблем; та

- оцінити досягнутий прогрес за ключовими індикаторами для кожної інтервенції, щоб зібрати докази її ефективності, можливості реалізації та прийнятності.

Підготуйте рукописи для рецензованої літератури:



поширити методологічні та операційні висновки, а також дані про вплив, отримані в результаті інтервенцій.

4.4 Моніторинг ходу реалізації програм соціального захисту, спрямованих на подолання ТБ

Моніторинг та оцінка програм соціального захисту, спрямованих на боротьбу з ТБ, необхідні для їх адаптації та вдосконалення задля оптимізації впливу. Що стосується програм соціального захисту, які враховують проблему ТБ, то наразі не існує комплексної системи моніторингу та оцінки, а також стандартних індикаторів для таких програм соціального захисту, людей, які постраждали від ТБ. Тому цей розділ присвячений окремим аспектам, які можна відслідковувати під час реалізації програм соціального захисту, спрямованих на боротьбу з ТБ, зокрема:

- охоплення допомогою в рамках інтервенції, спрямованої на боротьбу з ТБ, яке можна розбити за відповідними соціально-демографічними показниками (вік, стать, раса, інвалідність, географічне розташування та соціально-економічне становище) для моніторингу охоплення та справедливості; відповідно до останньої політичної декларації Засідання на вищому рівні Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй у 2023 році (3), країни можуть встановити проміжну ціль - 100% охоплення людей, які мають право на отримання запропонованої допомоги в рамках програми соціального захисту;
- розмір отриманої грошової допомоги або продовольчої підтримки та тривалість участі в програмі;
- частка грошової допомоги, витрачена на продукти харчування, проїзд, додатковий догляд за хворими на ТБ та інші товари;
- частка домогосподарств, постраждалих від ТБ, які відносяться до категорії бідних до та після реалізації інтервенції.¹
- частка домогосподарств, постраждалих від ТБ, які відносяться до категорії незабезпечених продовольчими ресурсами (вимірюється за допомогою затвердженого індикатора нестачі продовольства, наприклад, консолідованого ВПП) (132) до та після реалізації програми;
- частка домогосподарств, постраждалих від ТБ, які вже отримують будь-яку іншу форму соціального захисту (на додаток до програми, спрямованої на боротьбу з ТБ) та/або отримують будь-яку форму додаткового продовольчого забезпечення або аліментарної підтримки на початку лікування ТБ;
- частка людей з ТБ, які завершили лікування та вилікувались від ТБ, з розподілом за статусом бенефіціара (бенефіціари програми порівняно з не бенефіціарами);
- частка людей, хворих на ТБ, які померли, з розбивкою за статусом бенефіціара (бенефіціари програми порівняно з не бенефіціарами); та
- частка домогосподарств, постраждалих від ТБ, які понесли катастрофічні загальні витрати, з розбивкою за статусом бенефіціара (бенефіціари програми порівняно з не бенефіціарами).

1 Ступінь зміни рівня бідності до і після захворювання на ТБ зазвичай оцінюють за допомогою кількісних або якісних методів. Кількісні методи, що використовуються в національних дослідженнях витрат, які несуть пацієнти з ТБ, оцінюють рівень бідності домогосподарств до та після захворювання на ТБ, порівнюючи щоденний дохід респондента з міжнародним прожитковим мінімумом (80). Крім того, збідніння згідно самосприйняття (якісний метод) також регулярно досліджується в опитуваннях, які містять питання про соціальний вплив випадку захворювання на ТБ (78, 131).



5.

Створення та підтримка
мультисекторальної співпраці
між службами ТБ та
соціального захисту



Авторські права на фото: МОП / Go J

Програми боротьби з туберкульозом відіграють вирішальну роль у сприянні залученню людей, які постраждали від туберкульозу, до наявних програм соціального захисту, а також у реалізації програм соціального захисту, спрямованих на боротьбу з туберкульозом. Інтеграція програм боротьби з ТБ та програм соціального захисту - це частина мультисекторального реагування на епідемію туберкульозу, в рамках якого різні сектори та зацікавлені сторони вживають заходів, спрямованих на комплексне подолання детермінант туберкульозу. Система мультисекторальної подзвітності з питань ТБ ВООЗ (MAF-TV-WHO) (8) забезпечує механізм, за допомогою якого можна координувати, відслідковувати та оцінювати це мультисекторальне реагування. MAF-TV узгоджується з підходом НіАР (Здоров'я у всіх політиках), згідно з яким, здоров'я - це не лише відповідальність програм сектору охорони здоров'я, але й значною мірою залежить від політик, які впливають на діяльність поза межами сектору охорони здоров'я.

У літературі на тему підходу НіАР (Здоров'я у всіх політиках) зібрано інформацію про практики співпраці, які мають позитивний досвід і сприяють покращенню здоров'я та рівності у сфері охорони здоров'я в результаті впливу на соціальні детермінанти здоров'я (133). Деякі з практик співпраці, які є важливими для підтримки міжсекторальної роботи, включені в MAF-TV (8). Крім того, НіАР забезпечує загальну систему оцінки для розуміння важливих процесів і функцій, необхідних для підтримки співпраці між секторами, які мають різні цілі, повноваження та ієрархію (134).

Цей розділ присвячений аналізу Системи мультисекторальної підзвітності з метою подолання ТБ MAF-TV (8) та рамкової структури підходу НіАР, і тому, яким чином вони можуть послужити створенню ефективної мультисекторальної співпраці. Крім того, в розділі надано опис операційних характеристик, притаманних успішній мультисекторальній співпраці, побудованій на основі підходу НіАР (Здоров'я у всіх політиках).

5.1 Мультисекторальна співпраця для забезпечення заходів, спрямованих на соціальні детермінанти ТБ: проблеми і можливості

Згідно визначення, мультисекторальна співпраця - це "визнані відносини між частиною або частинами сектору охорони здоров'я та частиною або частинами іншого сектору, які сформовані для здійснення заходів з певної проблеми з метою досягнення результатів у сфері охорони здоров'я (або проміжних результатів у сфері охорони здоров'я) у більш ефективний, дієвий або сталий спосіб, ніж це можливо досягти, якщо сектор охорони здоров'я діятиме самотужки" (135).

Існують вагомі підстави для більш тісної інтеграції служб протидії туберкульозу та служб соціального захисту. Проте на шляху до повного налагодження та закріплення ефективної співпраці між міністерствами може стояти багато перешкод. Наприклад, може бути важко досягти спільного розуміння проблем, визначити спільні цілі та узгодити критерії успіху. Співпраця може тривати роками, щоб досягти значущих соціальних змін, необхідних для забезпечення потреб людей хворих на туберкульоз, а для цього може знадобитися постійне та достатнє фінансування і заохочення. Урядові, соціальні та медичні працівники потребують підтримки, стабільності та підзвітності у взаємодії між своїми установами, які, зважаючи на свої відповідні повноваження, не завжди можуть надавати пріоритет потребам людей, які хворіють на туберкульоз.

Незважаючи на ці проблеми, існують можливості та приклади успішної міжсекторальної співпраці між сектором боротьби з туберкульозом та сектором соціального захисту. Бразильська програма Bolsa de Familia (грошові виплати для допомоги сім'ям), яка зараз називається Auxílio Brasil, - це програма соціального захисту на певних умовах, до якої залучені пацієнти, які проходять лікування від туберкульозу, та члени їх домогосподарств. У даному випадку муніципальна влада відіграє важливу роль у забезпеченні людей, які хворіють на туберкульоз, їжею (зокрема, сніданками) у закладах, де вони проходять лікування від ТБ. Аналогічно, в Колумбії виявлення різних установ та організацій соціального захисту, які можна використовувати для розширення можливостей програми боротьби з ТБ в кварталі Рафаель Урібе в Боготі, було завданням органів місцевого самоврядування (136). Ці особливості реалізації програм на місцевому рівні означають, що в рамках співпраці між сектором боротьби з ТБ та сектором соціального захисту важливу роль відіграють органи місцевої влади, чії профільні міністерства часто не є профільними міністерствами з питань соціального захисту та охорони здоров'я. Ще одним важливим аспектом розвитку та підтримки міжсекторальної співпраці для розширення охоплення людей хворих на ТБ послугами соціального захисту є акцент на інтеграцію медичних та соціальних послуг, як засвідчив досвід Колумбії (136). Необхідні ефективні механізми перенаправлення з різних соціальних служб до служб охорони здоров'я і навпаки. Знову ж таки, це означає



що механізми міжсекторальної співпраці повинні передбачати участь представників основних рівнів надання послуг як у секторі соціального забезпечення, так і в секторі охорони здоров'я, а також приділяти увагу методам роботи та забезпеченню ресурсами, які сприяють такій співпраці..

5.2. Система мультисекторальної підзвітності для прискорення темпів подолання ТБ

Мета WHO MAF-TB (8) (Системи мультисекторальної підзвітності для подолання ТБ ВООЗ) полягає у підтримці ефективної співпраці в секторі охорони здоров'я та за його межами, а також у підтримці підзвітності урядів і всіх зацікавлених сторін на глобальному, регіональному та національному рівнях з метою прискорення темпів подолання епідемії туберкульозу відповідно до Стратегії ""Подолання туберкульозу"" (1) та Порядку денного у сфері сталого розвитку на період до 2030 року (6). Система мультисекторальної підзвітності створює концептуальну та операційну основу для сприяння міжсекторальним заходам, взаємній підзвітності та оцінці ходу виконання цілей Стратегії з подолання епідемії туберкульозу. Це практичний інструмент, за допомогою якого країни можуть налагоджувати і відслідковувати міжсекторальну співпрацю, який складається з чотирьох компонентів: зобов'язання, заходи, моніторинг і звітність, а також аналіз (137).

MAF-TB була створена у відповідь на усвідомлення того, що подолання туберкульозу вимагає координації зусиль різних секторів, здатних впливати на соціальні та структурні детермінанти епідемії. Взаємодія з сектором соціального захисту та програмами соціального захисту людей, які постраждали від ТБ, відноситься до компоненту "заходи" MAF-TB (8).

Фактично, реалізація програм соціального захисту людей, які постраждали від ТБ, - це один з найкращих прикладів мультисекторального реагування на епідемію ТБ. Таким чином, соціальний захист може бути однією з найбільш очевидних сфер, за допомогою якої країни можуть відслідковувати хід виконання та успішність мультисекторальної співпраці з метою подолання ТБ.

Для сприяння впровадженню MAF-TB (8) на рівні країн ВООЗ розробила чек-лист MAF-TB та надала підтримку в проведенні базових оцінок (137). Результати цих оцінок слугують основою для подальших кроків з адаптації та впровадження MAF-TB на національному рівні. Результати відповідних базових оцінок, проведених у 2021 році на вибірці з 45 країн (138,139), свідчать про те, що всі країни мають прогрес в реалізації, моніторингу та оцінці мультисекторальної співпраці. Щоб надалі підтримувати країни у впровадженні MAF-TB, ВООЗ розробила два документи - операційне керівництво та збірник найкращих практик з адаптації та впровадження MAF-TB (139,140). Операційне керівництво містить практичні поради щодо ключових підходів та інтервенцій, необхідних для впровадження MAF-TB на національному та місцевому рівнях, з конкретними прикладами країн, найкращими практиками та дослідженнями конкретних випадків для кожного запропонованого підходу та інтервенції (140). Збірка найкращих практик містить 25 досліджень конкретних прикладів з усіх шести регіонів ВООЗ. Вона містить важливу та цінну інформацію про те, як регіони та країни просуваються у впровадженні MAF-TB, а також про те, чого вони навчилися в ході цього процесу (139).

З 2020 року щорічно збираються дані на загальносвітовому рівні для відстеження процесу адаптації та впровадження MAF-TB у країнах із всіх регіонів ВООЗ (11). Важливо продовжувати збір даних і, зокрема, більш конкретних прикладів моделей співпраці між сектором боротьби з ТБ та іншими секторами, щоб консолідувати отриманий досвід і максимально узагальнити його для використання в інших умовах.

5.3 Створення ефективної мультисекторальної співпраці: підхід «Здоров'я у всіх політиках» (HiAP)

Мультисекторальні та міжсекторальні підходи, такі як "Здоров'я у всіх політиках" (HiAP) (див. Інформаційний блок 5.1), все частіше визнаються ефективними та науково обґрунтованими стратегіями співпраці та управління, спрямованими на вирішення проблем, пов'язаних із соціальними детермінантами здоров'я, задля досягнення рівного та справедливого доступу до послуг у сфері охорони здоров'я (141,142).

Інформаційний блок 5.1 Визначення підходу «Здоров'я у всіх політиках» (HiAP)

HiAP (Здоров'я у всіх політиках) - це підхід до державної політики в різних секторах, який системно враховує наслідки рішень для здоров'я, прагне до синергії та уникає шкідливого впливу на здоров'я задля покращення здоров'я населення та забезпечення справедливості і рівності у сфері охорони здоров'я.

HiAP ґрунтується на правах та обов'язках, пов'язаних зі здоров'ям, і допомагає посилити підзвітність політиків щодо впливу на здоров'я на всіх рівнях формування політик. Він акцентує увагу на наслідках державної політики для систем охорони здоров'я, детермінант здоров'я та добробуту. Цей підхід також забезпечує сталий розвиток.

Загальновизнаним є той факт, що уряди мають широкий ряд пріоритетів, і що здоров'я, рівність та справедливість не можуть автоматично отримати пріоритет порівняно з іншими політичними задачами. Проте, потрібно враховувати питання охорони здоров'я в процесі формування політики. Необхідно докласти зусиль, щоб використати можливості для отримання спільної вигоди в різних секторах і для суспільства в цілому. Також необхідно створити ефективні запобіжні механізми, які б захищали політику від викривлення через комерційні та корисливі інтереси і вплив (134).

Джерело: Здоров'я у всіх політиках. Хельсінська декларація. Рамкова система для дій на рівні країн. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я; 2014 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506908>).

Соціальні детермінанти здоров'я - це умови, в яких люди народжуються, зростають, працюють, живуть і старіють, а також ширший ряд сил і систем, які визначають умови повсякденного життя (143). Соціальні детермінанти здоров'я мають важливий вплив на нерівність у сфері охорони здоров'я - несправедливу різницю в стані здоров'я, якої можна було б уникнути, що спостерігається всередині країни та між країнами. У країнах з будь-яким рівнем доходу здоров'я і хвороби мають соціальний градієнт: чим нижче соціально-економічне становище, тим гірше здоров'я (144). Як було зазначено в Розділі 1, для ТБ, як правило, притаманна глибока нерівність, коли групи з низьким соціально-економічним становищем та маргіналізовані верстви населення несуть найтяжчий тягар ТБ.

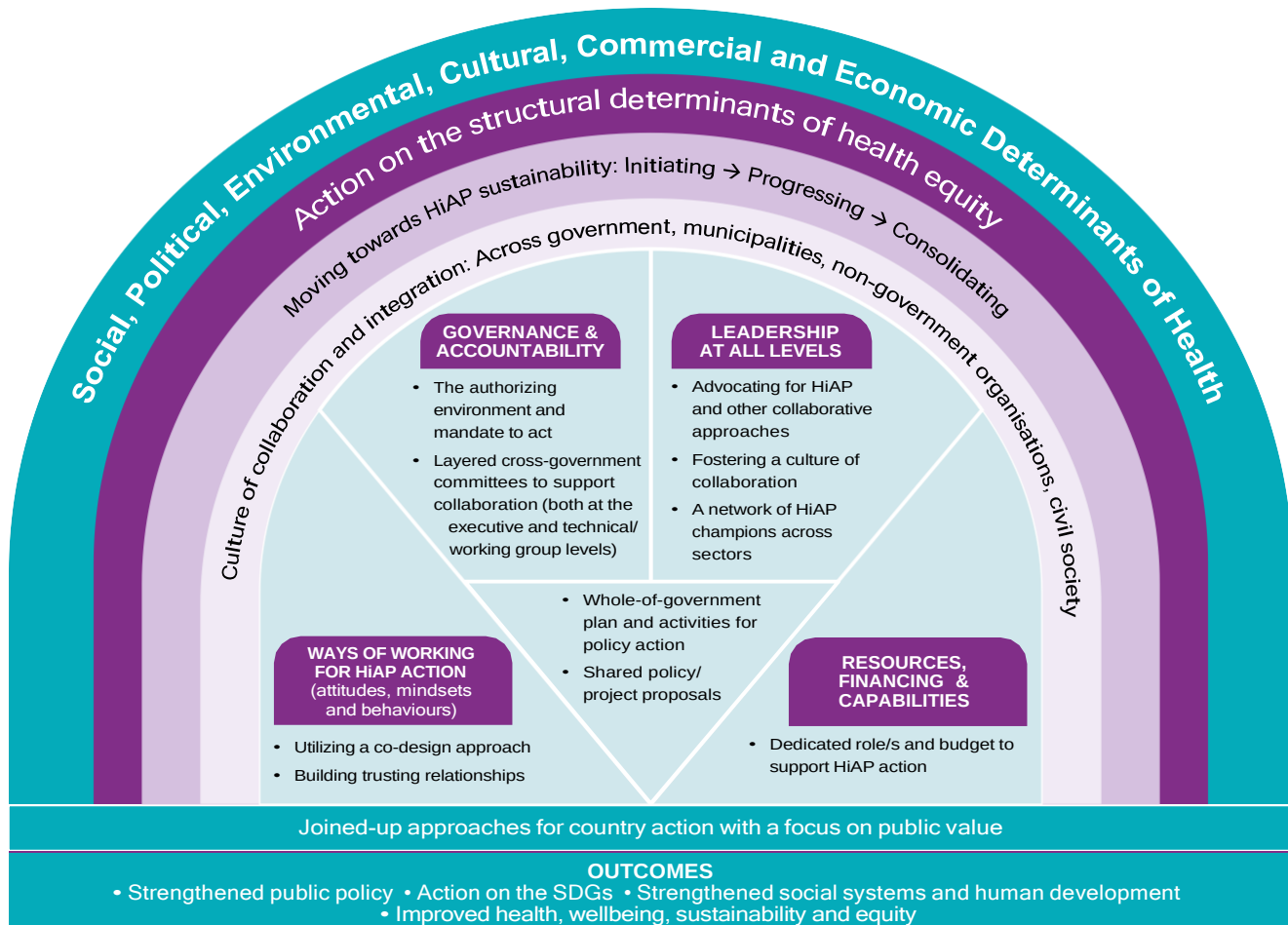
Соціальний захист - одна з ключових сфер політики, спрямована на покращення соціальних детермінант здоров'я, а також на подолання соціальної нерівності та дотримання прав людини, що захищає від ТБ та інших захворювань. Хоча вже існують приклади мультисекторальної співпраці у сфері боротьби з туберкульозом, особливо необхідними можуть стати нові та інноваційні механізми мультисекторальної співпраці для подолання нових і потенційно більш небезпечних різновидів інфекційних патогенів, таких як МЛС-ТБ. Ці резистентні штами, зокрема, можуть загрожувати глобальній охороні здоров'я та фінансовій безпеці і потребують скоординованих зусиль з боку різних секторів, щоб спрогнозувати та мінімізувати їхній руйнівний вплив.

На Рис. 5.1 в узагальненому вигляді представлені важливі риси, які складають основу ефективної мультисекторальної співпраці в рамках єдиної моделі HiAP. Ці характеристики є універсальними для різних типів мультисекторальної роботи. Модель HiAP пропонує дорожню карту і чек-лист для організації мультисекторальної роботи у секторах охорони здоров'я та соціального захисту, даючи уявлення про те, в яких сферах може знадобитися посилення співпраці для покращення її результативності. Слід зазначити, що підхід HiAP вимагає роботи між різними секторами, а також між ієрархічними рівнями в рамках секторів, які притаманні урядовій, політичній, адміністративній та судовій системам. У різних секторах і на різних рівнях модель HiAP упорядковує знання

5. Establishing and sustaining multisectoral collaborations between the TB and social protection sectors

про ефективну мультисекторальну співпрацю за трьома основними компонентами: "основи", які відображають цінності та принципи; "арки" (глобальні стратегічні цілі), які описують контекст детермінант здоров'я; і "стовпи" (ключові компоненти), які репрезентують основні характеристики організаційного та інституційного середовища ([Sustainable multisectoral collaboration to address the social determinants of health, equity and well-being. Практичне керівництво, засноване на підході політики "Здоров'я у всіх політиках"], [Всесвітня організація охорони здоров'я], неопубліковане, [2023]).

Рис. 5.1 Модель HiAP для ефективної та сталої мультисекторальної співпраці



Джерело: Спільна праця заради справедливості та здоров'я населення: стійка міжсекторальна співпраця на основі підходу "Здоров'я у всіх політиках". Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я; 2023. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Стр. 21 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240067530>.

Рис 5.1 Модель HiAP для ефективної та сталої мультисекторальної співпраці

Англійський оригінал	Український переклад
Social, Political, Environmental, Cultural, Commercial and Economic Determinants of Health	Соціальні, політичні, екологічні, культурні, комерційні та економічні детермінанти здоров'я
Action on the structural determinants of health equity	Заходи, спрямовані на структурні детермінанти рівності та справедливості в сфері охорони здоров'я
Moving towards HiAP sustainability: Initiating – Progressing – Consolidating	Прогрес у досягненні сталості HiAP: Ініціація – Прогрес – Консолідація
Culture of collaboration and integration: Across government, municipalities, non-government organizations, civil society	Культура співпраці та інтеграція: Між урядовими установами, органами місцевого самоврядування, неурядовими організаціями, громадянським суспільством
GOVERNANCE & ACCOUNTABILITY - The authorizing environment and mandate to act - Layered cross-government committees to support collaboration (both at the executive and technical/working group levels)	УПРАВЛІННЯ ТА ПІДЗВІТНІСТЬ - сприятливе середовище і повноваження для дій - багаторівневі міжурядові комітети для підтримки співпраці (як на виконавчому рівні, так і на рівні технічних/робочих груп)
LEADERSHIP AT ALL LEVELS - Advocating for HiAP and other collaborative approaches - Fostering a culture of collaboration	ЛІДЕРСТВО НА ВСІХ РІВНЯХ - адвокація підходу HiAP та інших підходів для співпраці - сприяння культурі співпраці

Guidance on social protection for people affected by

A network of HiAP champions across sectors	мережа амбасадорів HiAP , які представляють різні сектори
- Whole-of-government plan and activities for policy action - Shared policy/ project proposals	- загальноурядовий план впровадження низки конкретних заходів - спільна політика/ проектні заявки
WAYS OF WORKING FOR HiAP ACTION (attitudes, mindsets and behaviours) - Utilizing a co-design approach - Building trusting relationships	МЕТОДИ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ЗАДЛЯ РЕАЛІЗАЦІЇ HiAP (погляди, позиції та поведінка) - застосування підходу спільної розробки - побудова відносин, які базуються на довірі
RESOURCES, FINANCING & CAPABILITIES Dedicated role/s and budget to support HiAP action	РЕСУРСИ, ФІНАНСУВАННЯ І СПРОМОЖНОСТІ спеціальні функції та обов'язки в рамках HiAP, та бюджет, виділений на підтримку реалізації HiAP
Joined-up approaches for country action with a focus on public value	Комплексні підходи до діяльності на рівні країни, з увагою на цінність для суспільства в цілому
A system that values collaborative action on the determinants of health and wellbeing, health equity and sustainability	Система, яка цінує спільні дії, спрямовані на детермінанти здоров'я та добробуту, рівності та справедливості в сфері охорони здоров'я, а також сталості
OUTCOMES - Strengthened public policy - Action on the SDGs - Strengthened social systems and human development - Improved health, wellbeing, sustainability and equity	РЕЗУЛЬТАТИ - посилена державна політика - діяльність по досягненню ЦСР - посилення соціальних систем та розвиток людського потенціалу - покращені здоров'я, благополуччя, сталість та рівність/справедливість

5.3.1 Цінності та принципи: основи

Основи моделі HiAP поєднують цінності та принципи, які визначають спільні дії в різних секторах. Ці цінності та принципи спрямовані на суспільну цінність співпраці, яка сприяє зміцненню здоров'я, рівності, справедливості та сталості у сфері охорони здоров'я, і добре узгоджуються з деякими аналогічними принципами, викладеними в Керівництві з національного стратегічного планування боротьби з ТБ (69). Спираючись на цю узгодженість, у Таблиці 5.1 наведено приклади, які ілюструють конкретне застосування цих принципів і цінностей у налагодженні міцної та успішної співпраці між сектором боротьби з туберкульозом та сектором соціального захисту. Хоча ці приклади корисні для здійснення конкретних дій, слід визнати, що успіх мультисекторальної взаємодії значною мірою залежить від способу мислення зацікавлених сторін: обидві сторони повинні дотримуватися цих принципів і визнавати цінність і необхідність запропонованої мультисекторальної співпраці.



Таблиця 5.1 Основні принципи успішної мультисекторальної співпраці: конкретні приклади для сектору боротьби з ТБ та сектору соціального захисту

Загальні принципи	Сфери застосування мультисекторальної співпраці для секторів боротьби з ТБ та соціального захисту
Побудова довіри і відносин	• Забезпечення керівництва та контролю на найвищому державному рівні етапів планування та реалізації соціального захисту: обидва етапи ма'ю контролюватися найвищий державний орган, який за ієрархією стоїть вище за програму боротьби з ТБ. Такий рівень керівництва надає адміністративні повноваження залучати ключових осіб, які приймають рішення в інших структурних підрозділах міністерства охорони здоров'я та інших урядових міністерствах і відомствах, а також зацікавлених сторін поза межами сектору охорони здоров'я • Залучення всіх ключових зацікавлених сторін на всіх етапах планування, реалізації та оцінки програм соціального захисту людей, які постраждали від ТБ: це залучення всіх ключових зацікавлених сторін на всіх етапах планування, реалізації та оцінки програм соціального захисту людей, які постраждали від ТБ: це залучення повинно дати зацікавленим сторонам можливість впливати на хід процесу планування та, за можливості, бути залученими до мультидисциплінарної та мультисекторальної команди (див. Розділ 2).
Повага та уважне ставлення до потреб партнерів	Розуміння повноважень і позицій партнерів та зацікавлених сторін для налагодження шанобливої та сталої співпраці: часто існують сфери, в яких програми боротьби з ТБ можуть ефективно взаємодіяти та сприяти досягненню завдань, покладених на сектор соціального захисту, створюючи симбіотичні взаємовигідні відносини. Для цього необхідно надати базову інформацію та дані, щоб показати роль сектору соціального захисту в реагуванні на ТБ, а також продемонструвати, яким чином підхід, який враховує проблему ТБ, може бути корисний для досягнення цілей програм соціального захисту. Наприклад, програми боротьби з ТБ можуть використовувати повноваження органів соціального захисту, які мають на меті подолати бідність, надаючи докази того, що ТБ призводить до зuboжіння населення. Крім того, оскільки ТБ - важливий показник несправедливості у сфері охорони здоров'я, зниження рівня захворюваності на ТБ та покращення результатів лікування від ТБ є важливими сигналами про здатність наявних систем соціального захисту бути прогресивними та орієнтованими на рівність та справедливост.
Гнучкість та адаптивність	• Розбудова мультисекторальної співпраці з використанням наявних платформ для співпраці: взаємодія із зацікавленими сторонами зі сфери соціального захисту повинна здійснюватися таким чином, щоб не створювати для них адміністративного чи фінансового переважання. Успішна співпраця, як правило, адаптується та гнучко реагує на наявні ресурси та можливості, а не створює нові напрямки роботи та необхідності інвестицій. Чудовим прикладом цього є швидка мобілізація ресурсів у сфері охорони здоров'я та соціального захисту у відповідь на пандемію COVID-19. Програми з ТБ можуть наслідувати цей приклад, провівши комплексне визначення ресурсів з метою вивчення ресурсів, які є в наявності, пропонуючи більш стратегічно-орієнтовані та ефективні механізми спільного фінансування, а також виступати за підвищення фінансування для підтримки реального мультисекторального реагування на ТБ.
Прозора і відкрита комунікація	• Участь у діалозі із зацікавленими сторонами на рівних – потрібно цінувати їх знання та позиції: зацікавленим сторонам потрібно надати можливість проводити внутрішні консультації та допомагати визначати власну залученість до процесів планування та реалізації програм соціального захисту людей, хворих на ТБ. • Забезпечити, щоб комунікації були зрозумілі всім зацікавленим сторонам: цього можна досягти, уникаючи складних формулювань або технічних термінів під час взаємодії із зацікавленими сторонами.
Розвиток висококваліфікованих кадрів НіАР	• Розробка навчальних матеріалів та спільних навчальних програм із залученням програм боротьби з ТБ та співробітників служб соціального захисту: цей крок важливий для розвитку спільного бачення та спільного розуміння сфер один одного, а також для зміцнення взаємного почуття відповідальності.

5.3.2 Контекст детермінант здоров'я: «арки» (глобальні стратегічні фактори)

Арки описують широкі контекстуальні фактори, які визначають і впливають на здоров'я та добробут. Перша арка, яка охоплює соціальні, політичні, екологічні, культурні, комерційні та економічні детермінанти здоров'я, відображає потужний, всеосяжний вплив детермінант на здоров'я та добробут, а також на соціальну рівність і справедливість.

Друга арка, яка охоплює заходи, спрямовані на структурні детермінанти рівності та справедливості в сфері охорони здоров'я, підкреслює важливість урахування структурних факторів соціальної справедливості та рівності, які створюються різними системами. До структурних рушійних чинників відносять розподіл влади, грошей і ресурсів, а також роль, яку ці чинники відіграють на всіх рівнях суспільства, в тому числі на рівні урядів, інституцій та громад, у зміні соціальної рівності та справедливості та тягаря хвороб.

Третя арка – прогрес в напрямку сталості підходу НіАР – визнає, що потрібен час, щоб впровадити мультисекторальну співпрацю, щоб вона залишалася стабільною попри мінливі політичні та бюрократичні цикли. По мірі того, як зростає впевненість у цінності мультисекторальної співпраці, уряди та служби ставатимуть більш мотивовані більше інвестувати в посилення мультисекторальної роботи як частини повсякденної роботи.

Четверта і остання арка – культура співпраці та інтеграція – це назва, який використовується для опису чотирьох ключових компонентів (так званих "стовпів") моделі НіАР, які описані нижче.

5.3.3 Основні характеристики організаційного та інституційного середовища: «стовпи» (ключові компоненти)

Чотири "стовпи", що лежать в основі підходу НіАР: (i) управління та підзвітність, (ii) лідерство на всіх рівнях, (iii) способи роботи (методи роботи) та (iv) ресурси, фінансування та спроможність. Усі чотири стовпи значною мірою залежать від залучення зацікавлених людей як із сектору охорони здоров'я, так і з сектору соціального захисту до реалізації та моніторингу політик соціального захисту, які мають відношення до громадського здоров'я. Амбітні цілі чотирьох "стовпів" полягають у тому, щоб підтримувати організаційну та соціальну культуру, яка уможливорює плідну мультисекторальну співпрацю, щоб зробити політики та послуги у сфері охорони здоров'я та соціального захисту комплексними та такими, що відповідають потребам населення. 11 ключових напрямків діяльності, пов'язаних з кожним "стовпом" (ключовим компонентом), надають більш детальний опис цих амбітних цілей, вони проілюстровані в конкретних прикладах нижче.

Сприятливе середовище і повноваження для дій

Необхідні повноваження на впровадження підходу НіАР, надані керівництвом найвищого урядового рівня, оскільки міжсекторальна співпраця діє поза звичайною ієрархією управління. Це відповідає одному з найважливіших заходів у рамках Системи міжсекторальної підзвітності з питань ТБ МАФ-ТВ (8), який потребує створення мультисекторального механізму координації та аналізу за участю багатьох зацікавлених сторін на найвищому можливому рівні керівництва. Дозвіл на використання інструментів управління для мультисекторальної співпраці може бути у вигляді міждержавних або президентських указів чи директив, відповідних законодавчих актів або стратегій розвитку.

Приклад: Повноваження на мультисекторальну роботу, спрямовану на боротьбу з туберкульозом серед працівників гірничодобувної промисловості надійшов до урядів Південної Африки з надурядових регіональних зборів (145). Тим не менш, без перетворення їх в повноваження на рівні країн та без створення структур такої взаємодії, ця можливість не принесла обіцяних покращень у сфері боротьби з ТБ за допомогою вдосконалених програм соціального захисту (145,146).

Багаторівневі міжурядові комітети для підтримки співпраці

Мультисекторальні структури управління забезпечують постійне керівництво і нагляд за виконанням на найвищому рівні. Горизонтальне управління (між секторами, наприклад, за допомогою меморандуми про взаєморозуміння) сприяє виконанню роботи на операційному рівні розробки політик та проектів. Багаторівневі механізми допомагають узгоджено розробляти політики, починаючи від національного і до місцевого рівня, щоб врахувати реалії, які існують на місцевому рівні. Деякі урядові міністерства з меншою галузевою спрямованістю, такі як, наприклад, міністерства соціального розвитку, можуть бути корисними фасилітаторами мультисекторальних структур.

Приклад: Роль Міністерства соціального розвитку в програмах раннього розвитку дітей в Чилі показала, як структури співпраці можуть сприяти наданню мультисекторальних послуг на місцях (147).

Загальноурядовий план впровадження низки конкретних заходів

Загальноурядовий план із чітким спільним баченням і завданнями - це ключовий інструмент підтримки співпраці, який може стимулювати інвестиції в розширення послуг і охоплення. Співпраця між системою охорони здоров'я та системою соціального захисту може відбуватися в рамках наявних урядових планів або на основі ширших планів розвитку охорони здоров'я та добробуту, які потім залучають до співпраці набагато більше секторів. Добре продумані плани зазвичай містять цілі та зобов'язання для вимірювання досягнутого результату.

Приклад: Мережа охорони здоров'я Сан-Хуан-де-Луріганчо в Лімі, Перу, слугує прикладом того, як було проведено спільну оцінку численних активностей і зобов'язань, взятих на себе державними і приватними установами та організаціями, які сформували Верховний комітет мережі по боротьбі з туберкульозом. Наявність прозорого плану та оцінки покращила підзвітність і сприяла створенню переконливої аргументації для продовження роботи (148).

Підтримка співпраці в рамках спільних політик, проектів та проектних заявок

Необхідно розробляти спільну політику або проектні пропозиції, що окреслюють спільні можливості та обов'язки для кращого охоплення соціальним захистом людей, які постраждали від ТБ. Важливо досягти спільного розуміння проблеми туберкульозу на ранньому етапі співпраці, а також ролі, яку може відігравати система соціального захисту у вирішенні цієї проблеми. Це дозволяє зацікавленим сторонам з різних секторів проаналізувати свої позиції, цінності та досвід таким чином, щоб спільні пропозиції щодо послуг, проектів або політики повністю перебували у сфері відповідальності окремих секторів. Лідерство на всіх рівнях має важливе значення для цих дискусій, щоб сприяти досягненню узгоджених, послідовних і спільних цілей. Основною частиною цього процесу буде забезпечити схвалення пропозицій як на найвищому урядовому рівні, так і в кожному відомстві чи міністерстві. Необхідно регулярно надавати актуальну інформацію про хід виконання та досягнутий прогрес.

Приклад: Ініціатива з переорієнтації програм охорони здоров'я, розроблена в Чилі спільно з ВООЗ (INNOV8), готує керівників програм охорони здоров'я до аналізу міждисциплінарних даних, у тому числі про те, як соціальна нерівність зменшує і обмежує доступ до медичних послуг, а також про те, як можна по-іншому розробляти програми. Інвестиції в розуміння соціальних детермінант ТБ, а також медичних і фінансових проблем, з якими стикаються люди, які хворіють на ТБ, повинні бути пріоритетом. Це необхідно для вироблення спільного бачення проблеми, що в кінцевому підсумку має вирішальне значення для обґрунтування спільно розроблених рішень (149).

Обстоювання підходу HiAP та інших підходів, які передбачають співпрацю

Одним з перших елементів лідерства HiAP (Здоров'я у всіх політиках) на всіх рівнях виступає адвокація. Це вимагає від посадовців, які приймають рішення, політиків і спеціалістів-практиків виступати на підтримку нових активностей у рамках HiAP та сприяти продовженню співробітництва. Лідери на всіх рівнях повинні здійснювати постійну адвокацію. Для ефективної адвокації в рамках HiAP потрібні люди з навичками дипломатії та ведення переговорів, здатні орієнтуватися в політичних та програмних вимогах інших установ. Ці прибічники, як правило, політичні гравці, які вміють користуватися "вікнами можливостей". Характерними рисами ефективних захисників ідеї HiAP є вміння донести та сформулювати бачення переваг від співпраці, а також переконати інших підтримати та реалізувати цю ідею.

Приклад: Рекомендація Національної ради з питань охорони здоров'я Бразилії (найвищого форуму з адвокації у сфері охорони здоров'я) у 2011 році закликала до загальносуспільного підходу на підтримку співпраці з метою забезпечення соціального захисту людей, хворих на ТБ, як це було зроблено в рамках успішної бразильської програми "Bolsa Familia". Рада рекомендувала "...Міністерству охорони здоров'я разом з іншими органами федерального уряду, за участі та підтримки громадських рухів, Національного конгресу та установ з інших секторів, створити і підтримувати соціальні пільги та допомогу для людей, хворих на ТБ, з метою підвищити прихильність до лікування і знизити рівень захворюваності на ТБ" (150).



Сприяння розвитку культури співпраці та залучення громадянського суспільства та постраждалих людей

Лідери забезпечують умови, необхідні для того, щоб допомогти іншим співпрацювати. Розвиток культури співпраці вимагає створення для людей стимулів до співпраці, таких як особистісний ріст і кар'єрний розвиток, а також дотримання принципів НіАР (див. Таблицю 5.1). Сприяння співпраці, яка підтримує залученість громадянського суспільства та соціально незахищених верств населення, є суттєвим внеском у зміни, що ґрунтуються на чіткому розумінні потреб громади. Залучення науковців та лікарів-клініцистів може забезпечити вчасний доступ до доказової бази та урахування поглядів людей, які працюють у різних сферах лікування та профілактики ТБ.

Приклад: Перуанська оцінка мережі соціальної та громадської співпраці, яка мала на меті покращити протидію ТБ в країні, показала, як наявність спільних завдань, пов'язаних з ТБ, у учасників з різних секторів допомогла об'єднати різних учасників для пошуку колективних рішень у несприятливих ситуаціях та створити соціальні інновації (151).

Мережа амбасадорів НіАР

Амбасадор НіАР - це людина, яка проявляє інтерес і виступає за прийняття, реалізацію та успіх ідеї, політики, програми чи проекту НіАР, і, як правило, готова працювати над інноваціями в організації, а не залишатися в рамках існуючих порядків. Мережі забезпечують напівформальні або неформальні механізми для вирішення проблем і дають новаторам натхнення та імпульс для руху вперед. У міжсекторальній роботі з сектором соціального захисту амбасадори НіАР з сектору соціального захисту - одні з найважливіших лідерів змін. Вони визнають потенційну суспільну цінність розширення соціального захисту для покращення результатів у сфері охорони здоров'я. Мережі можуть об'єднувати групи суб'єктів, які зазвичай формально не взаємодіють у рамках традиційних організаційних платформ.

Приклад: Уельс створив посаду Уповноваженого з питань майбутніх поколінь, щоб сприяти досягненню мультисекторальних цілей добробуту, викладених у Законі "Про добробут майбутніх поколінь" (152). Інший приклад: Фінляндія створила широку дослідницьку мережу для забезпечення інформаційного супроводу заходів у рамках підходу НіАР на різних рівнях влади (153).

Розвиток спільних партнерств, побудованих на довірі

Оскільки підхід НіАР (Здоров'я у всіх політиках) ґрунтується на концепціях взаємності та взаємовигідності, характер відносин і партнерств, від довгострокових партнерств до мереж і неформальних обмінів, має вирішальне значення. Відкриті, довірливі стосунки та комунікація утримують партнерство разом; без довіри та відкритої комунікації співпраця не буде життєздатною.

Приклад: Кампанія "Більш справедлива і здорова Шотландія" сприяла впровадженню спільного підходу до вирішення проблеми несправедливості і нерівності у сфері охорони здоров'я, в рамках якого працівники системи охорони здоров'я безпосередньо взаємодіють з різними рівнями уряду, відомствами і секторами, щоб впливати на політику і практичну діяльність (154).

Застосування підходу "спільної розробки" та розуміння пріоритетів інших секторів

Щоб працювати в різних секторах, співробітники з питань політики повинні знати інтереси та пріоритети свого відомства і орієнтуватися в них, а також розуміти мотивацію та інтереси інших відомств. Нерідко це створює напруженість в уряді, призводить до виникнення конфліктів щодо цінностей і розбіжностей інтересів. Спільна розробка політик, проектів і активностей може сприяти взаєморозумінню і довірі для обговорення і вирішення проблем, які виникають, а також забезпечити чіткий напрямок політики.

Приклад: Було виявлено, що програми відновлення міст мають потенційний вплив на мережу соціальних зв'язків і соціальну організацію в громадах, що, в свою чергу, впливає на поведінку людей, яка стосується звернення по медичну допомогу, а також на їх ставлення до ризиків, пов'язаних з ТБ, наприклад, щодо стигматизації (9,155).

Спеціальні функції та обов'язки в рамках НіАР, та бюджет, виділений на НіАР

Визначені функції та обов'язки мають важливе значення для діяльності та підходів НіАР. Важливо виділяти достатні, відповідні ресурси. Співпраця вимагає часу, і для спільної роботи необхідні певні фінансові ресурси (наприклад, для проведення спільних семінарів або спільних тренінгів). Ці кошти можуть включати асигнування від міністерства охорони здоров'я, а також від усіх інших відповідних міністерств для проведення семінарів, збору доказових даних, розробки комунікаційних матеріалів і звітів, а також для створення навчальних програм НіАР.

Приклад: У Швеції випробували послуги професійної реабілітації (спрямовані на допомогу людям з хронічними проблемами зі здоров'ям повернутися до роботи або залишитися на ній) в рамках спільного фінансування. Апробований підхід до спільного фінансування полягав у тому, що сектори, відповідальні за соціальне забезпечення, соціальний захист та охорону здоров'я, добровільно об'єднували до 5% своїх секторальних бюджетів через створення фінансових об'єднань для управління цими об'єднаними бюджетами. Якісні оцінки, утім, засвідчили позитивний вплив на скоординованість надання медичної допомоги, а персонал медичних центрів повідомив про кращу співпрацю (156).

Спроможність здійснювати вплив на детермінанти здоров'я

Лідери виявляють та створюють можливості для підтримки інших в їх зоні впливу, щоб набутися впевненості та навичок, потрібних для спільної праці, за допомогою наставницьких програм підготовки, а також інших методів робудови потенціалу та розвитку спроможностей.

Приклад: В колумбійській ТБ-Мережі багато уваги приділяється розвитку співробітників, з акцентом на передачі знань між спеціалістами з різних установ та територій (157).

Список літератури

1. The end TB strategy. Geneva; 2015 (WHO/HTM/TB/2015.19; <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HTM-TB-2015.19>, accessed 31 August 2023).
2. Moscow Declaration to End TB. First WHO Global Ministerial Conference. Ending TB in the sustainable development era: a multisectoral response. Moscow: World Health Organization, Ministry of Health of the Russian Federation; 16 November 2017 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1374353/retrieve>, accessed 30 August 2023).
3. Resolution A/RES/78/5. Political declaration of the UN General Assembly High-Level Meeting on the fight against tuberculosis. Resolution adopted by the General Assembly on 5 October 2023. New York: United Nations; 2023 (<https://daccess-ods.un.org/access.nsf/Get?OpenAgent&DS=A/RES/78/5&Lang=E>, accessed 6 March 2024).
4. C102 - Social Security (Minimum Standards) Convention, 1952 (No. 102). Convention concerning minimum standards of social security. Geneva: International Labour Organization; 1952 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312247, accessed 5 September 2023).
5. R202 - Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202). Recommendation concerning National Floors of Social Protection. Geneva: International Labour Organization; 2012 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:3065524, accessed 5 September 2023).
6. Resolution 70/1. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. New York: United Nations; 2015 (A/RES/70/1; https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf, accessed 5 September 2023).
7. Implementing the end TB strategy: the essentials, 2022 update. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1486092/retrieve>, accessed 30 August 2023).
8. Multisectoral accountability framework to accelerate progress to end tuberculosis by 2030. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1276221/retrieve>, accessed 30 August 2023).
9. Hargreaves JR, Boccia D, Evans CA, Adato M, Petticrew M, Porter JD. The social determinants of tuberculosis: from evidence to action. *Am J Public Health*. 2011;101:654-62. doi: 10.2105/AJPH.2010.199505.
10. Költringer FA, Annerstedt KS, Boccia D, Carter DJ, Rudgard WE. The social determinants of national tuberculosis incidence rates in 116 countries: a longitudinal ecological study between 2005-2015. *BMC Public Health*. 2023;23:337. doi: 10.1186/s12889-023-15213-w.
11. Global tuberculosis report 2022. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1474924/retrieve>, accessed 30 August 2023).
12. Siroka A, Ponce NA, Lonnroth K. Association between spending on social protection and tuberculosis burden: a global analysis. *Lancet Infect Dis*. 2016;16:473-9. doi: 10.1016/S1473-3099(15)00401-6.
13. Colgrove J. The McKeown thesis: a historical controversy and its enduring influence. *Am J Public Health*. 2002;92:725-9. doi: 10.2105/ajph.92.5.725.
14. Words matter: suggested language and usage for tuberculosis communications. Geneva: Stop TB Partnership; 2022 (<https://www.stoptb.org/file/10703/download>, accessed 30 August 2023).
15. World social protection report 2020–22: social protection at the crossroads in pursuit of a better future. Geneva: International Labour Organization; 2021 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_817572.pdf, accessed 31 August 2023).
16. The Universal Declaration of Human Rights (Resolution 217A (III)), 10 December 1948. New York: United Nations General Assembly; 1948 (<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>, accessed 5 September 2023).
17. Building social protection systems: international standards and human rights instruments. Geneva: International Labour Organization; 2021 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_651219.pdf, accessed 31 August 2023).
18. About the right to social security and human rights. OHCHR and the right to social security [website]. Office of the High Commissioner for Human Rights; 2023 (<https://www.ohchr.org/en/social-security/about-right-social-security-and-human-rights>, accessed 5 September 2023).
19. Resolution concerning the second recurrent discussion on social protection (social security). Geneva, Switzerland: International Labour Organization; 2021 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_806099.pdf, accessed 31 August 2023).

20. Ortiz I, Chowdhury A, Muzaffar T, Urban S. Fiscal space for social protection: a handbook for assessing financing options. Geneva: International Labour Organization; 2019 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_727261.pdf, accessed 31 August 2023).
21. Social security inquiry: manual. International Labour Office; 2016 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/documents/instructionalmaterial/wcms_568711.pdf, accessed 31 August 2023).
22. Public Employment Programmes (PEPs): creating decent jobs through national investments. Geneva: International Labour Organization; 2020 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/documents/publication/wcms_759118.pdf, accessed 31 August 2023).
23. Boccia D, Pedrazzoli D, Wingfield T, Jaramillo E, Lonnroth K, Lewis J et al. Towards cash transfer interventions for tuberculosis prevention, care and control: key operational challenges and research priorities. *BMC Infect Dis*. 2016;16:307. doi: 10.1186/s12879-016-1529-8.
24. Lutge E, Lewin S, Volmink J, Friedman I, Lombard C. Economic support to improve tuberculosis treatment outcomes in South Africa: a pragmatic cluster-randomized controlled trial. *Trials*. 2013;14:154. doi: 10.1186/1745-6215-14-154.
25. Oliosi JGN, Reis-Santos B, Locatelli RL, Sales CMM, da Silva Filho WG, da Silva KC et al. Effect of the Bolsa Familia Programme on the outcome of tuberculosis treatment: a prospective cohort study. *Lancet Glob Health*. 2019;7:e219-e26. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30478-9.
26. Making universal social protection a reality for people living with, at the risk of, and affected by HIV or tuberculosis. Geneva: International Labour Organization; 2021 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_830750.pdf, accessed 31 August 2023).
27. Bono Joaquín Gallegos Lara beneficia a cerca de 23 mil cuidadores de personas con discapacidad severa [Joaquín Gallegos Lara voucher benefits close to 23 thousand caregivers of people with severe disabilities] [website]. Gobierno de la República del Ecuador [Government of Ecuador]; 2012 (<https://www.presidencia.gob.ec/bono-joaquin-gallegos-lara-beneficia-a-cerca-de-23-mil-cuidadores-de-personas-con-discapacidad-severa/>, accessed 6 September 2023).
28. Carter DJ, Glaziou P, Lonnroth K, Siroka A, Floyd K, Weil D et al. The impact of social protection and poverty elimination on global tuberculosis incidence: a statistical modelling analysis of Sustainable Development Goal 1. *Lancet Glob Health*. 2018;6:e514-e22. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30195-5.
29. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 4: treatment - drug-resistant tuberculosis treatment. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1280998/retrieve>, accessed 31 August 2023).
30. Aragao FBA, Arcencio RA, Fuentealba-Torres M, Carneiro TSG, Souza LLL, Alves YM et al. Impact of social protection programs on adults diagnosed with tuberculosis: systematic review. *Rev Bras Enferm*. 2021;74:e20190906. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0906.
31. Richterman A, Steer-Massaro J, Jarolimova J, Luong Nguyen LB, Werdenberg J, Ivers LC. Cash interventions to improve clinical outcomes for pulmonary tuberculosis: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. 2018;96:471-83. doi: 10.2471/BLT.18.208959.
32. Andrade KVF, Nery JS, Souza RA, Pereira SM. Effects of social protection on tuberculosis treatment outcomes in low or middle-income and in high-burden countries: systematic review and meta-analysis. *Cad Saude Publica*. 2018;34:e00153116. doi: 10.1590/0102-311X00153116.
33. Ciobanu A, Domente L, Soltan V, Bivol S, Severin L, Plesca V et al. Do incentives improve tuberculosis treatment outcomes in the Republic of Moldova? *Public Health Action*. 2014;4:S59-63. doi: 10.5588/pha.14.0047.
34. Ukwaja KN, Alobu I, Gidado M, Onazi O, Oshi DC. Economic support intervention improves tuberculosis treatment outcomes in rural Nigeria. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2017;21:564-70. doi: 10.5588/ijtld.16.0741.
35. Ngamvithayapong-Yanai J, Luangjina S, Nedsuwan S, Kantipong P, Wongyai J, Ishikawa N. Engaging women volunteers of high socioeconomic status in supporting socioeconomically disadvantaged tuberculosis patients in Chiang Rai, Thailand. *Western Pac Surveill Response J*. 2013;4:34-8. doi: 10.5365/WPSAR.2012.3.4.013.
36. Sripad A, Castedo J, Danford N, Zaha R, Freile C. Effects of Ecuador's national monetary incentive program on adherence to treatment for drug-resistant tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2014;18:44-8. doi: 10.5588/ijtld.13.0253.
37. Yao H, Wei X, Liu J, Zhao J, Hu D, Walley JD. Evaluating the effects of providing financial incentives to tuberculosis patients and health providers in China. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2008;12:1166-72.
38. Baluku JB, Nakazibwe B, Twinomugisha B, Najjuuko R, Isabella N, Nassozi S et al. One dollar incentive improves tuberculosis treatment outcomes in programmatic settings in rural Uganda. *Sci Rep*. 2021;11:19346. doi: 10.1038/s41598-021-98770-7.
39. Torrens AW, Rasella D, Boccia D, Maciel EL, Nery JS, Olson ZD et al. Effectiveness of a conditional cash transfer programme on TB cure rate: a retrospective cohort study in Brazil. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2016;110:199-206. doi: 10.1093/trstmh/trw011.

40. J Carter D, Daniel R, Torrens AW, N Sanchez M, Maciel ELN, Bartholomay P et al. The impact of a cash transfer programme on tuberculosis treatment success rate: a quasi-experimental study in Brazil. *BMJ Global Health*. 2019;4:e001029. doi: 10.1136/bmjgh-2018-001029.
41. Nery JS, Rodrigues LC, Rasella D, Aquino R, Barreira D, Torrens AW et al. Effect of Brazil's conditional cash transfer programme on tuberculosis incidence. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2017;21:790-6. doi: 10.5588/ijtld.16.0599.
42. Klein K, Bernachea MP, Irribarren S, Gibbons L, Chirico C, Rubinstein F. Evaluation of a social protection policy on tuberculosis treatment outcomes: A prospective cohort study. *PLoS Med*. 2019;16:e1002788. doi: 10.1371/journal.pmed.1002788.
43. Rocha C, Montoya R, Zevallos K, Curatola A, Ynga W, Franco J et al. The innovative socio-economic interventions against tuberculosis (ISIAT) project: an operational assessment. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2011;15 Suppl 2:50-7. doi: 10.5588/ijtld.10.0447.
44. Wingfield T, Tovar MA, Huff D, Boccia D, Montoya R, Ramos E et al. A randomized controlled study of socioeconomic support to enhance tuberculosis prevention and treatment, Peru. *Bull World Health Organ*. 2017;95:270-80. doi: 10.2471/BLT.16.170167.
45. Durovni B, Saraceni V, Puppini MS, Tassinari W, Cruz OG, Cavalcante S et al. The impact of the Brazilian Family Health Strategy and the conditional cash transfer on tuberculosis treatment outcomes in Rio de Janeiro: an individual-level analysis of secondary data. *J Public Health (Oxf)*. 2018;40:e359-e66. doi: 10.1093/pubmed/idx132.
46. Reis-Santos B, Oliosi JGN, Maciel ELN. Effect of the Bolsa Familia Programme on tuberculosis treatment outcomes - Authors' reply. *Lancet Glob Health*. 2019;7:e566. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30153-6.
47. Cantalice Filho JP. Food baskets given to tuberculosis patients at a primary health care clinic in the city of Duque de Caxias, Brazil: effect on treatment outcomes. *J Bras Pneumol*. 2009;35:992-7. doi: 10.1590/s1806-37132009001000008.
48. Garden B, Samarina A, Stavchanskaya I, Alsterlund R, Ovregaard A, Taganova O et al. Food incentives improve adherence to tuberculosis drug treatment among homeless patients in Russia. *Scand J Caring Sci*. 2013;27:117-22. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01009.x.
49. Wingfield T, Boccia D, Tovar MA, Huff D, Montoya R, Lewis JJ et al. Designing and implementing a socioeconomic intervention to enhance TB control: operational evidence from the CRESIPT project in Peru. *BMC Public Health*. 2015;15:810. doi: 10.1186/s12889-015-2128-0.
50. Sudarsanam TD, John J, Kang G, Mahendri V, Gerrior J, Franciosa M et al. Pilot randomized trial of nutritional supplementation in patients with tuberculosis and HIV-tuberculosis coinfection receiving directly observed short-course chemotherapy for tuberculosis. *Trop Med Int Health*. 2011;16:699-706. doi: 10.1111/j.1365-3156.2011.02761.x.
51. Lu H, Yan F, Wang W, Wu L, Ma W, Chen J et al. Do transportation subsidies and living allowances improve tuberculosis control outcomes among internal migrants in urban Shanghai, China? *Western Pac Surveill Response J*. 2013;4:19-24. doi: 10.5365/WPSAR.2013.4.1.003.
52. Zhao Q, Wang L, Tao T, Xu B. Impacts of the "transport subsidy initiative on poor TB patients" in Rural China: a patient-cohort based longitudinal study in rural China. *PLoS One*. 2013;8:e82503. doi: 10.1371/journal.pone.0082503.
53. Khanal S, Elsey H, King R, Baral SC, Bhatta BR, Newell JN. Development of a patient-centred, psychosocial support intervention for multi-drug-resistant tuberculosis (MDR-TB) care in Nepal. *PLoS One*. 2017;12:e0167559. doi: 10.1371/journal.pone.0167559.
54. Baral SC, Aryal Y, Bhattarai R, King R, Newell JN. The importance of providing counselling and financial support to patients receiving treatment for multi-drug resistant TB: mixed method qualitative and pilot intervention studies. *BMC Public Health*. 2014;14:46. doi: 10.1186/1471-2458-14-46.
55. Ghazy RM, El Saeh HM, Abdulaziz S, Hammouda EA, Elzorkany AM, Khidr H et al. A systematic review and meta-analysis of the catastrophic costs incurred by tuberculosis patients. *Sci Rep*. 2022;12:558. doi: 10.1038/s41598-021-04345-x.
56. Fuady A, Houweling TAJ, Mansyur M, Burhan E, Richardus JH. Catastrophic costs due to tuberculosis worsen treatment outcomes: a prospective cohort study in Indonesia. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2020;114:666-73. doi: 10.1093/trstmh/traa038.
57. Mauch V, Bonsu F, Gyapong M, Awini E, Suarez P, Marcelino B et al. Free tuberculosis diagnosis and treatment are not enough: patient cost evidence from three continents. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2013;17:381-7. doi: 10.5588/ijtld.12.0368.
58. Tanimura T, Jaramillo E, Weil D, Raviglione M, Lonnroth K. Financial burden for tuberculosis patients in low- and middle-income countries: a systematic review. *Eur Respir J*. 2014;43:1763-75. doi: 10.1183/09031936.00193413.
59. Wingfield T, Boccia D, Tovar M, Gavino A, Zevallos K, Montoya R et al. Defining catastrophic costs and comparing their importance for adverse tuberculosis outcome with multi-drug resistance: a prospective cohort study, Peru. *PLoS Med*. 2014;11:e1001675. doi: 10.1371/journal.pmed.1001675.
60. Wingfield T, Tovar MA, Huff D, Boccia D, Montoya R, Ramos E et al. The economic effects of supporting tuberculosis-affected households in Peru. *Eur Respir J*. 2016;48:1396-410. doi: 10.1183/13993003.00066-2016.

61. Fuady A, Houweling TAJ, Mansyur M, Burhan E, Richardus JH. Effect of financial support on reducing the incidence of catastrophic costs among tuberculosis-affected households in Indonesia: eight simulated scenarios. *Infect Dis Poverty*. 2019;8:10. doi: 10.1186/s40249-019-0519-7.
62. Rudgard WE, Evans CA, Sweeney S, Wingfield T, Lonnroth K, Barreira D et al. Comparison of two cash transfer strategies to prevent catastrophic costs for poor tuberculosis-affected households in low- and middle-income countries: An economic modelling study. *PLoS Med*. 2017;14:e1002418. doi: 10.1371/journal.pmed.1002418.
63. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 5: management of tuberculosis in children and adolescents. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352522>, accessed 31 August 2023).
64. Atkins S, Heimo L, Carter DJ, Ribas Closa M, Vanleeuw L, Chenciner L et al. The socioeconomic impact of tuberculosis on children and adolescents: a scoping review and conceptual framework. *BMC Public Health*. 2022;22:2153. doi: 10.1186/s12889-022-14579-7.
65. HIV and social protection assessment tool: generating evidence for policy and action on HIV and social protection. Geneva: UNAIDS; 2017 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/HIV-social-protection-assessment-tool_en.pdf, accessed 31 August 2023).
66. Social protection assessment-based national dialogue: a global guide. Joint United Nations response to implement social protection floors and achieve the Sustainable Development Goals. Geneva: International Labour Organization; 2015 (<https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=53462>, accessed 31 August 2023).
67. UNDG social protection coordination toolkit: coordinating the design and implementation of nationally defined social protection floors. Geneva: International Labour Organization, United Nations Development Group; 2016 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/documents/publication/wcms_568699.pdf, accessed 31 August 2023).
68. Inter-Agency Social Protection Assessment tools [website]. Geneva: International Labour Organization; 2023 (<https://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowWiki.action?wiki.wikid=2361#tabs-1>, accessed 31 August 2023).
69. Guidance for national strategic planning for tuberculosis. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1458000/retrieve>, accessed 31 August 2023).
70. Tuberculosis patient cost surveys: a handbook. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1092601/retrieve>, accessed 31 August 2023).
71. Mont D, Cote A. Inclusive social protection for empowering persons with disabilities: considering the disability related extra costs in social protection. Advanced unedited draft for consultation. Geneva: International Labour Organization, UNICEF, International Disability Alliance, UN Partnership for the Rights of Persons with Disabilities; 2020 (<https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=56925>, accessed 31 August 2023).
72. ILO social security standards: learn, ratify and apply. Geneva: International Labour Organization; 2020 (<https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=55196>, accessed 31 August 2023).
73. World Social Protection Data Dashboards: universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals [website]. Geneva: International Labour Organization; 2023 (<https://www.social-protection.org/gimi/WSPDB.action?id=32>, accessed 6 September 2023).
74. Social Protection Monitor: announced measures throughout the world [website]. Geneva: International Labour Organization; 2023 (<https://www.social-protection.org/gimi/ShowWiki.action?id=3426>, accessed 6 September 2023).
75. Social Protection Response to the COVID-19 Crisis [website]. Geneva: International Labour Organization; 2021 (<https://www.social-protection.org/gimi/WSPDB.action?id=62>, accessed 6 September 2023).
76. ILO Social Protection Outlook [website]. Geneva: International Labour Organization; 2022 (<https://www.social-protection.org/gimi/ShowNewsletter.action>, accessed 6 September 2023).
77. Social Security Programs Throughout the World. Country profiles: latest country profile publications [website]. Geneva: International Social Security Association; 2019 (<https://www1.issa.int/ssptw>, accessed 6 September 2023).
78. Boccia D, Hargreaves J, Howe LD, De Stavola BL, Fielding K, Ayles H et al. The measurement of household socio-economic position in tuberculosis prevalence surveys: a sensitivity analysis. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2013;17:39-45. doi: 10.5588/ijtld.11.0387.
79. Framework for collaborative action on tuberculosis and comorbidities. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1461662/retrieve>, accessed 31 August 2023).
80. National surveys of costs faced by tuberculosis patients and their households 2015–2021. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1492554/retrieve>, accessed 31 August 2023).
81. Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Serv Res*. 2017;17:88. doi: 10.1186/s12913-017-2031-8.

82. South African Government: disability grant [website]. Government of South Africa; 2023 (<https://www.gov.za/services/social-benefits/disability-grant>, accessed 6 September 2023).
83. Vanleeuw L, Zembe-Mkabile W, Atkins S. "I'm suffering for food": Food insecurity and access to social protection for TB patients and their households in Cape Town, South Africa. *PLoS One*. 2022;17:e0266356. doi: 10.1371/journal.pone.0266356.
84. Foster N, Vassall A, Cleary S, Cunnama L, Churchyard G, Sinanovic E. The economic burden of TB diagnosis and treatment in South Africa. *Soc Sci Med*. 2015;130:42-50. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.01.046.
85. Bono Joaquín Gallegos Lara beneficia a cerca de 23 mil cuidadores de personas con discapacidad severa [Joaquín Gallegos Lara voucher benefits close to 23 thousand caregivers of people with severe disabilities]. Gobierno de la República del Ecuador [Government of Ecuador]; 2012 (<https://www.presidencia.gob.ec/bono-joaquin-gallegos-lara-beneficia-a-cerca-de-23-mil-cuidadores-de-personas-con-discapacidad-severa/>, accessed 6 September 2023).
86. Women and men in the informal economy: a statistical picture (third edition). Geneva: International Labour Organization; 2018 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_626831.pdf, accessed 31 August 2023).
87. Extending social health protection: accelerating progress towards universal health coverage in Asia and the Pacific. Geneva: International Labour Organization; 2021 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/documents/publication/wcms_831137.pdf, accessed 31 August 2023).
88. Extending social security coverage to workers in the informal economy: lessons from international experience. Geneva: International Labour Organization; 2021 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_749431.pdf, accessed 31 August 2023).
89. Kaswa M, Minga G, Nkiere N, Mingiedi B, Eloko G, Nguhiu P et al. The economic burden of TB-affected households in Congo. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2021;25:923-32. doi: 10.5588/ijtld.21.0182.
90. Chittamany P, Yamanaka T, Suthepmany S, Sorsavanh T, Siphanthong P, Sebert J et al. First national tuberculosis patient cost survey in Lao People's Democratic Republic: Assessment of the financial burden faced by TB-affected households and the comparisons by drug-resistance and HIV status. *PLoS One*. 2020;15:e0241862. doi: 10.1371/journal.pone.0241862.
91. C111 - Discrimination (Employment and Occupation) Convention, 1958 (No. 111). Geneva: International Labour Organization; 1958 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_Ilo_Code:C111, accessed 6 September 2023).
92. C158 - Termination of Employment Convention, 1982 (No. 158). Geneva: International Labour Organization; 1982 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C158, accessed 6 September 2023).
93. R200 - HIV and AIDS Recommendation, 2010 (No. 200). Geneva: International Labour Organization; 2010 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:12100::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:2551501, accessed 6 September 2023).
94. Bolton R, Whelan J, Dukelow F. What can welfare stigma do? *Social Policy and Society*. 2022;21:632-45. doi: 10.1017/S1474746422000185.
95. Van der Water N, Yassi A, Ehrlich R. Workers' compensation claims for occupational tuberculosis in South African health workers: outcomes and workers' experiences. *S Afr Med J*. 2020;110:389-95. doi: 10.7196/SAMJ.2020.v110i5.14247.
96. The joint WHO-ILO-UNAIDS policy guidelines on improving health workers' access to HIV and TB prevention, treatment, care and support services: a guidance note. Geneva: International Labour Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization; 2011 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_149714.pdf, accessed 31 August 2023).
97. Barreto ML, Ichihara MY, Pescarini JM, Ali MS, Borges GL, Fiaccone RL et al. Cohort profile: the 100 million Brazilian cohort. *Int J Epidemiol*. 2022;51:e27-e38. doi: 10.1093/ije/dyab213.
98. WHO operational handbook on tuberculosis. Module 4: treatment - tuberculosis care and support. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1446735/retrieve>, accessed 31 August 2023).
99. Foster I, Galloway M, Human W, Hanlie MA, Nosivuyile Vanqa M, Wademan DT et al. Analysing interventions designed to reduce tuberculosis-related stigma: A scoping review. *PloS Global Health*. 2022;2:e0000989. doi: 10.1371/journal.pgph.0000989.
100. Rai B, Dixit K, Aryal TP, Mishra G, Siqueira-Filha NT, Paudel PR et al. Developing feasible, locally appropriate socioeconomic support for TB-affected households in Nepal. *Trop Med Infect Dis*. 2020;5. doi: 10.3390/tropicalmed5020098.
101. Cluver LD, Orkin FM, Boyes ME, Sherr L. Cash plus care: social protection cumulatively mitigates HIV-risk behaviour among adolescents in South Africa. *AIDS*. 2014;28 Suppl 3:S389-97. doi: 10.1097/QAD.0000000000000340.

102. Pettifor A, Wamoyi J, Balvanz P, Gichane MW, Maman S. Cash plus: exploring the mechanisms through which a cash transfer plus financial education programme in Tanzania reduced HIV risk for adolescent girls and young women. *J Int AIDS Soc.* 2019;22 Suppl 4:e25316. doi: 10.1002/jia2.25316.
103. Roelen K, Devereux S, Abdulai A, Martorano B, Palermo T, Ragno LP. How to make 'cash plus' work: linking cash transfers to services and sectors, Innocenti Working Paper no. 2017-10. Florence: UNICEF Office of Research; 2017 (<https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/IDS%20WP%20Rev%20Jan%202018.pdf>, accessed 31 August 2023).
104. Sinha P, Lonnroth K, Bhargava A, Heyse SK, Sarkar S, Salgame P et al. Food for thought: addressing undernutrition and tuberculosis. *Lancet Infect Dis.* 2021;21:e318-e25. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30792-1.
105. Darnton-Hill I, Mandal PP, de Silva A, Bhatia V, Sharma M. Opportunities to prevent and manage undernutrition to amplify efforts to end TB. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2022;26:6-11. doi: 10.5588/ijtld.21.0488.
106. Lonnroth K, Jaramillo E, Williams BG, Dye C, Raviglione M. Drivers of tuberculosis epidemics: the role of risk factors and social determinants. *Soc Sci Med.* 2009;68:2240-6. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.03.041.
107. Aibana O, Acharya X, Huang CC, Becerra MC, Galea JT, Chiang SS et al. Nutritional status and tuberculosis risk in adult and pediatric household contacts. *PLoS One.* 2016;11:e0166333. doi: 10.1371/journal.pone.0166333.
108. Zachariah R, Spielmann MP, Harries AD, Salaniponi FM. Moderate to severe malnutrition in patients with tuberculosis is a risk factor associated with early death. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2002;96:291-4. doi: 10.1016/S0035-9203(02)90103-3.
109. Bhargava A, Chatterjee M, Jain Y, Chatterjee B, Kataria A, Bhargava M et al. Nutritional status of adult patients with pulmonary tuberculosis in rural central India and its association with mortality. *PLoS One.* 2013;8:e77979. doi: 10.1371/journal.pone.0077979.
110. Ayiraveetil R, Sarkar S, Chinnakali P, Jeyashree K, Vijayageetha M, Thekkur P et al. Household food insecurity among patients with pulmonary tuberculosis and its associated factors in South India: a cross-sectional analysis. *BMJ Open.* 2020;10:e033798. doi: 10.1136/bmjopen-2019-033798.
111. Hill-Briggs F, Adler NE, Berkowitz SA, Chin MH, Gary-Webb TL, Navas-Acien A et al. Social determinants of health and diabetes: a scientific review. *Diabetes Care.* 2020;44:258-79. doi: 10.2337/dci20-0053.
112. Myers CA, Beyl RA, Martin CK, Broyles ST, Katzmarzyk PT. Psychological mechanisms associated with food security status and BMI in adults: a mixed methods study. *Public Health Nutr.* 2020;23:2501-11. doi: 10.1017/S1368980020000889.
113. Rehm J, Gmel GE, Sr., Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. *Addiction.* 2017;112:968-1001. doi: 10.1111/add.13757.
114. Benzekri NA, Sambou J, Diaw B, Sall el HI, Sall F, Niang A et al. High prevalence of severe food insecurity and malnutrition among HIV-infected adults in Senegal, West Africa. *PLoS One.* 2015;10:e0141819. doi: 10.1371/journal.pone.0141819.
115. Samuel B, Volkmann T, Cornelius S, Mukhopadhyay S, Mejo Jose, Mitra K et al. Relationship between nutritional support and tuberculosis treatment outcomes in West Bengal, India. *J Tuberc Res.* 2016;4:213-9. doi: 10.4236/jtr.2016.44023.
116. Bock NN, Sales RM, Rogers T, DeVoe B. A spoonful of sugar...: improving adherence to tuberculosis treatment using financial incentives. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2001;5:96-8.
117. Mansour O, Masini EO, Kim BJ, Kamene M, Githiomi MM, Hanson CL. Impact of a national nutritional support programme on loss to follow-up after tuberculosis diagnosis in Kenya. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2018;22:649-54. doi: 10.5588/ijtld.17.0537.
118. Guideline: nutritional care and support for patients with tuberculosis. Geneva: World Health Organization; 2013 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/443197/retrieve>, accessed 31 August 2023).
119. Semba RD, Darnton-Hill I, de Pee S. Addressing tuberculosis in the context of malnutrition and HIV coinfection. *Food Nutr Bull.* 2010;31:S345-64. doi: 10.1177/15648265100314S404.
120. McQuaid CF, Sinha P, Bhargava M, Weerasuriya C, Houben R, Bhargava A. Tuberculosis and nutrition: what gets measured gets managed. *Lancet Respir Med.* 2023. doi: 10.1016/S2213-2600(23)00009-7.
121. Baum F, MacDougall C, Smith D. Participatory action research. *J Epidemiol Community Health.* 2006;60:854-7. doi: 10.1136/jech.2004.028662.
122. Ryckembusch D, Frega R, Silva M, Gentilini U, Grede N, Brown L et al. Enhancing Nutrition: A New Tool for Ex-Ante Comparison of Commodity-based Vouchers and Food Transfers. *World Development.* 2013;Vol. 49:55-67. doi: 10.1016/j.worlddev.2013.01.021.
123. Martins N, Morris P, Kelly PM. Food incentives to improve completion of tuberculosis treatment: randomised controlled trial in Dili, Timor-Leste. *BMJ.* 2009;339:b4248. doi: 10.1136/bmj.b4248.
124. TB Photovoice [website]. Snohomish, Washington 2023 (<https://tbphotovoice.org/>, accessed 6 September 2023).

125. Ferris France N, Hodgson I, Ramakant B, Macdonald SH, Mitchell EMH. From the inside out: dealing with TB-related self-stigma and shame. A pilot toolkit for people with TB to deal with self-stigma and shame. KNCV; 2018 (<https://www.kncvtbc.org/uploaded/2018/10/From-the-Inside-out-stigma-compressed.pdf>, accessed 31 August 2023).
126. Leimane L, Mitchell EMH, van de Berg S, Mirtskhulava V. Tuberculosis stigma reduction for health care institutions: the allies approach intervention package. The KNCV stigma reduction tool box. KNCV; 2018 (https://www.kncvtbc.org/uploaded/2018/10/Allies_Approach_V4.pdf, accessed 31 August 2023).
127. Quesada A. The right to breathe: human rights training for TB survivors and affected communities. Manual for facilitators. Bangkok, Thailand: Activists Coalition on Tuberculosis Asia-Pacific; 2019 (<https://apcaso.org/wp-content/uploads/2020/02/The-Right-To-Breathe-FINAL.pdf>, accessed 31 August 2023).
128. Kidd R, Clay S, Belemu S, Bond V, Chonta M, Chiiya C. Understanding and challenging TB stigma. Toolkit for action. STAMPP, CREATE and International HIV/AIDS Alliance; 2009 (https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08b3ced915d622c000bb7/TB_and_Stigma_May09.pdf, accessed 31 August 2023).
129. TB stigma assessment tool [website]. Geneva: Stop TB Partnership; 2020 (<https://www.stoptb.org/tb-stigma/tb-stigma-assessment-tool>, accessed 31 August 2023).
130. Mitchell EMH, van den Hof S. TB stigma measurement guidance. The Hague: KNCV; 2018 (https://www.challengetb.org/publications/tools/ua/TB_Stigma_Measurement_Guidance.pdf, accessed 31 August 2023).
131. Yates TA, Ayles H, Leacy FP, Schaap A, Boccia D, Beyers N et al. Socio-economic gradients in prevalent tuberculosis in Zambia and the Western Cape of South Africa. *Trop Med Int Health*. 2018;23:375-90. doi: 10.1111/tmi.13038.
132. Technical guidance for WFP: consolidated approach for reporting indicators of food security (CARI). Third edition. Rome: World Food Programme; 2021 (<https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000134704/download/?ga=2.213725969.441296502.1693491698-1187277635.1693491698>, accessed 31 August 2023).
133. Herriot M, Valentine NB. Health in all policies as part of the primary health care agenda on multisectoral action. In: Technical series on primary health care. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326463>, accessed 31 August 2023).
134. Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/515645/retrieve>, accessed 31 August 2023).
135. Bell B, Hilson M. Report of a conference on intersectoral action for health: a cornerstone for health-for-all in the twenty-first century. In: Proceedings. Intersectoral Action for Health, Halifax, Canada, 20–23 April 1997: World Health Organization; 1997: (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63657/WHO_PPE_PAC_97.6.pdf?sequence=1&isAllowed=y, accessed 31 August 2023).
136. Control de la tuberculosis en grandes ciudades de Latinoamérica y el Caribe. Lecciones aprendidas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; 2014 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/33988>, accessed 30 August 2023).
137. WHO Multisectoral Accountability Framework for TB (MAF-TB) baseline assessment checklist for country use in pursuing a national MAF-TB. Geneva: World Health Organization; 2020 ([https://www.who.int/publications/m/item/who-multisectoral-accountability-framework-for-tb-\(maf-tb\)-baseline-assessment-checklist-for-country-use-in-pursuing-a-national-maf-tb](https://www.who.int/publications/m/item/who-multisectoral-accountability-framework-for-tb-(maf-tb)-baseline-assessment-checklist-for-country-use-in-pursuing-a-national-maf-tb), accessed 31 August 2023).
138. Global tuberculosis report 2021. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1379788/retrieve>, accessed 31 August 2023).
139. Adaptation and implementation of WHO's multisectoral accountability framework to end TB (MAF-TB): best practices. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1490114/retrieve>, accessed 31 August 2023).
140. Adaptation and implementation of WHO's multisectoral accountability framework to end TB (MAF-TB): operational guidance. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
141. Herriot M, Valentine NB. Health in All Policies as part of the primary health care agenda on multisectoral action. In: WHO Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, no 11. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326463>, accessed 31 August 2023).
142. Adelaide Statement II on Health in All Policies. In: Proceedings. The International Conference on Health in All Policies, Adelaide, Australia: World Health Organization, Government of South Australia; (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1273060/retrieve>, accessed 31 August 2023).
143. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf, accessed 31 August 2023).
144. Social determinants of health [website]. Geneva: World Health Organization; 2023 (https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1, accessed 6 September 2023).

145. The Southern Africa TB in the Mining Sector Initiative [website]. Washington DC: World Bank; 2023 (<https://www.worldbank.org/en/programs/the-southern-africa-tb-in-the-mining-sector-initiative>, accessed 1 September 2023).
146. Hartel LA, Yazbeck AS, Osewe PL. Responding to health system failure on tuberculosis in Southern Africa. *Health Systems & Reform*. 2018;4:93-100. doi: 10.1080/23288604.2018.1441621.
147. Milman HM, Castillo CA, Sansotta AT, Delpiano PV, Murray J. Scaling up an early childhood development programme through a national multisectoral approach to social protection: lessons from Chile Crece Contigo. *BMJ*. 2018;363:k4513. doi: 10.1136/bmj.k4513.
148. Peña E, Gonzales S, Minaya E, Tawara N, Linarez O, Gil C. Evaluación del trabajo intersectorial en el manejo de la Tuberculosis en el distrito de SJL / Balance, desafío de ocho años [Evaluation of intersectoral work in the management of tuberculosis in the sjl district / Balance, eight year challenge]. *Revista Ciencia y Arte de Enfermería*. 2018;3:60-7. doi: 10.24314/rcae.2018.v3n1.12.
149. Solar O, Frenz P. Lessons from Chile's use of system-level theory of change to implement a policy redesign process to address health inequities. *New Directions for Evaluation*. 2017;2017:101-13. doi: 10.1002/ev.20246.
150. Recomendação Nº 003, de 17 de março de 2011 [Recommendation #003, of 17 March 2011] Ducentésima Décima Nona Reunião Ordinária [Nineteenth Ordinary Meeting]: (<https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2011/Reco003.doc>, accessed 20 September 2023).
151. Rincón-Torres CE, Rubio V, Castro C, García I, Cruz OA, Trujillo-Trujillo J et al. Red Nacional de Gestión de Conocimiento, Investigación e Innovación en tuberculosis en Colombia [National Network for Knowledge Management, Research and Innovation in tuberculosis in Colombia]. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:e23. doi: 10.26633/rpsp.2021.23.
152. Wales and the Sustainable Development Goals 2019. Supplementary report to the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland Voluntary National Review of progress towards the Sustainable Development Goals 2030. Wales, U.K.: Llywodraeth Cymru [Government of Wales]; 2019 (https://www.gov.wales/sites/default/files/publications/2019-07/supplementary-report-to-the-uk-review-of-progress-towards-the-sustainable-development-goals-2030_0.pdf, accessed 20 September 2023).
153. Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: case studies from around the world. Adelaide, Australia: Government of South Australia, World Health Organization; 2017 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/inaugural-who-partners-forum/progressing-sdg-case-studies-20178560b677-aeef-4dea-a6cc-459258712d41.pdf?sfvrsn=d0096b17_1&download=true, accessed 1 September 2023).
154. Hendry A, Thompson M, Knight P, McCallum E, Taylor A, Rainey H et al. Health and social care reform in Scotland - what next? *Int J Integr Care*. 2021;21:7. doi: 10.5334/ijic.5633.
155. Cramm JM, Finkenflügel HJ, Møller V, Nieboer AP. TB treatment initiation and adherence in a South African community influenced more by perceptions than by knowledge of tuberculosis. *BMC Public Health*. 2010;10:72. doi: 10.1186/1471-2458-10-72.
156. Financing across sectors for sustainable development. Guidance note. New York: United Nations Development Programme; 2019 (https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/Guidance%20Note_Financing%20across%20sectors%20for%20sustainable%20development.pdf, accessed 1 September 2023).
157. Jaramillo CAA, Granados SAA, Alvarez Higueta S. Design of the intersectoral and interinstitutional strategy for the prevention of TB. *Administración & Desarrollo*. 2020;50:53-70.



Додаток 1 Перелік політик, керівництв та настанов ООН у сфері соціального захисту, які стосуються питань здоров'я

У цьому додатку міститься комплексний, але несистематизований огляд деяких з найбільш відомих політик, керівництв і настанов з питань соціального захисту та охорони здоров'я, розроблених органами ООН, які тісно співпрацюють з ВООЗ, а саме: МОП, ВПП, ФАО, ЮНІСЕФ, Управлінням Верховного комісара ООН у справах біженців (УВКБ) та МОМ.

Додаток доповнює інформацію, надану в цих настановах, і містить список необхідної літератури для співробітників НТП та медичних працівників, які бажать поглибити свої знання про вплив та реалізацію програм соціального захисту для вирішення основних проблем у сфері охорони здоров'я. Хоча багато з перелічених тут джерел не обов'язково стосуються туберкульозу, опосередковані висновки можна перенести і на проблему туберкульозу.

Основні матеріали були згруповані за наступними тематичними напрямками:

1. Соціальний захист здоров'я на робочому місці
2. Соціальний захист та харчування
3. Соціальний захист за ключовими показниками здоров'я, в тому числі туберкульоз, ВІЛ/СНІД, малярія, психічне здоров'я, здоров'я дітей та матерів і COVID-19
4. Соціальний захист та здоров'я мігрантів

1. Соціальний захист здоров'я і оздоровчі заходи на робочому місці

➔ Здоров'я та благополуччя на робочому місці: керівництво для інтегрованого підходу до тестування здоров'я в рамках VCT@WORK.

Женева: Міжнародна організація праці; 2020. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_762676.pdf

➔ Допомога по тимчасовій непрацездатності під час лікарняного та карантину: заходи реагування країн та політичні аспекти в умовах COVID-19. Женева: Міжнародна організація праці; 2020. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_744510.pdf

➔ Соціальний захист здоров'я [веб-сайт]. Женева: Міжнародна організація праці; 2023. <https://www.ilo.org/secsoc/areas-of-work/policy-development-and-applied-research/social-health-protection/lang--en/index.htm>

- Працюємо разом з бізнесом: керівництво з профілактики, діагностики, лікування та догляду за хворими на ТБ та ТБ/ВІЛ на робочому місці. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я, Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), Міжнародна організація праці; 2012.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44833>
- Спільні настанови ВООЗ/МОП щодо покращення доступу медичних працівників до послуг з профілактики, лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ-інфекцією та ТБ. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я, Міжнародна організація праці; 2010.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44467>
https://www.ilo.org/sector/Resources/codes-of-practice-and-guidelines/WCMS_160898/lang--en/index.htm
- Спільні настанови ВООЗ-МОП-ЮНЕЙДС щодо покращення доступу медичних працівників до послуг з профілактики, лікування, догляду та підтримки при ВІЛ-інфекції та ТБ: методичні вказівки. Женева: Міжнародна організація праці; 2011.
https://www.ilo.org/global/topics/hiv-aids/publications/WCMS_149714/lang--en/index.htm
- Maher D, Boldrini F, Pathania V, Alli B, Gabriel P, et al. Керівні настанови для заходів з протидії туберкульозу на робочому місці: роль заходів з протидії ТБ на робочому місці в боротьбі з ТБ у громаді. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я, Міжнародна організація праці; 2003.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42704>
- Рекомендація щодо ВІЛ/СНІДу та сфери праці, 2010 (№ 200). Міжнародна конференція праці, 99-а сесія. Женева: Міжнародна організація праці; 2010. https://www.ilo.org/global/topics/hiv-aids/WCMS_142706/lang--en/index.htm

2. Соціальний захист та харчування

- Створення структурних елементів для систем соціального захисту, що враховують питання харчування, в Азії: забезпечення інформації для розробки, стимулювання реалізації. Бангкок: Всесвітня продовольча програма; 2017.
<https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000022602/download/>
- Стратегія Всесвітньої продовольчої програми щодо підтримки соціального захисту. Рим: Всесвітня продовольча програма; 2021.
<https://www.wfp.org/publications/world-food-programme-strategy-support-social-protection-2021>
- Харчування та соціальний захист. Рим: Продовольча та сільськогосподарська організація ООН; 2015.
www.fao.org/3/a-i4819e.pdf
- Посилення галузевої політики для покращення результатів у сфері продовольчої безпеки та харчування: соціальний захист. Методичні рекомендації 4. Рим: Продовольча та сільськогосподарська організація ООН, Директорат міжнародного співробітництва та розвитку Європейської комісії з метою підвищення продовольчої безпеки та безпеки харчування, сталого сільського господарства та стійкості; 2017.
<https://www.fao.org/policy-support/tools-and-publications/resources-details/en/c/885771/>



3. Соціальний захист для досягнення ключових результатів у сфері охорони здоров'я, зокрема ТБ, ВІЛ/СНІДу, малярії, психічного здоров'я, охорони здоров'я дітей та матерів і COVID-19

- Остання актуальна інформація про заходи ВПП в рамках реагування на ВІЛ/СНІД. В кн: Матеріали. Щорічна сесія Виконавчої ради Всесвітньої продовольчої програми, Рим, 10-14 червня 2019 року; WFP/EB.A/2019/5-F. https://executiveboard.wfp.org/document_download/WFP-0000104659
- Не залишаємо нікого осторонь: як підхід ВПП до соціального захисту, що враховує проблематику ВІЛ, допоможе досягти нульового рівня голоду в країнах Східної та Південної Африки. Аналітична записка. Рим: Всесвітня продовольча програма та UKRI GCRF Центр прискорення досягнення успіхів для підлітків в Африці (Accelerate) Hub; 2019. https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000108479/download/?_ga=2.163479033.411467165.1668700711-1700313855.1668700711
- Надання грошових виплат незахищеним людям, які живуть з ВІЛ, та ключовим групам населення: висновки, зроблені в рамках ініціативи Всесвітньої продовольчої програми та ЮНЕЙДС щодо мінімізації наслідків COVID-19 у Західній та Центральній Африці. Женева: Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), Всесвітня продовольча програма; 2022. https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000144277/download/?_ga=2.57700975.411467165.1668700711-1700313855.1668700711
- Як зробити соціальний захист інклюзивним для людей, які живуть з ВІЛ, та ключових груп населення: чек-лист. Женева: Програма розвитку ООН, Міжнародна організація праці; 2022. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/-gender/documents/publication/wcms_852400.pdf
- Глобальний діалог та онлайн-консультації з питань соціального захисту людей, які живуть з ВІЛ, та ключових груп населення, які мають найбільший ризик інфікування ВІЛ [веб-сайт]. Женева: Програма розвитку Організації Об'єднаних Націй, Міжнародна організація праці; 2021. <https://www.sparkblue.org/PLHIV2021>
- ВІЛ та соціальний захист: методичні рекомендації. Женева: Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС); 2014. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_HIVandsocialprotection_en.pdf
- Втілення в життя принципу загального соціального захисту для людей, які живуть з ВІЛ або ТБ, перебувають у групі ризику або постраждали від ВІЛ чи ТБ. Женева: Міжнародна організація праці; 2021. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/-gender/documents/publication/wcms_830750.pdf
- Роль соціального захисту в ліквідації дитячої праці: огляд доказових даних та політичні наслідки. Женева та Флоренція: Міжнародна організація праці та Бюро досліджень ЮНІСЕФ – Innocenti; 2022. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---ipcc/documents/publication/wcms_845168.pdf
- Бути готовими та діяти першими: серія досліджень конкретних прикладів щодо ролі ЮНІСЕФ у забезпеченні ефективних заходів соціального захисту у відповідь на COVID-19. Нью-Йорк: ЮНІСЕФ; 2021. <https://www.unicef.org/documents/being-prepared-and-acting-first>

- На шляху забезпечення загального соціального захисту дітей: Досягнення ЦСР 1.3. МОП- ЮНІСЕФ Спільний звіт про соціальний захист дітей. Женева і Нью-Йорк: Міжнародна організація праці, ЮНІСЕФ; 2019.
<https://www.unicef.org/reports/towards-universal-social-protection-children-achieving-sdg-13>
- Рамкова програма ЮНІСЕФ для загального соціального захисту. Рамкова програма для соціального захисту, який враховує проблеми дітей. Нью-Йорк: ЮНІСЕФ; 2019.
<https://www.unicef.org/reports/global-social-protection-programme-framework-2019>

4. Соціальний захист і здоров'я мігрантів

- Забезпечення соціального захисту трудових мігрантів та їх сімей: проблеми та можливості для побудови кращого майбутнього. В кн: Матеріали. 344-та сесія Керівного органу Міжнародної організації праці, Женева, березень 2022 року; GB.344/POL/1.
https://www.ilo.org/gb/GBSessions/GB344/pol/WCMS_837401/lang--en/index.htm
- Посібник із соціального захисту здоров'я біженців: підходи, отриманий досвід і практичні інструменти для оцінки варіантів охоплення. Женева: Міжнародна організація праці, Управління Верховного комісара ООН у справах біженців; 2020.
https://www.ilo.org/global/programmes-and-projects/prospects/themes/social-protection/WCMS_760307/lang--en/index.htm
- УВКБ ООН Картування мереж соціального захисту для біженців - можливості та виклики [веб-сайт]. Женева: Управління Верховного комісара ООН у справах біженців; 2018.
<https://www.unhcr.org/5ad5b4084.pdf>



Додаток 2. Глосарій

Програма грошових виплат: схема або програма, яка не передбачає сплати внесків і надає грошові виплати окремим особам або домогосподарствам, зазвичай фінансується за рахунок податків, інших державних надходжень або зовнішніх грантів чи позик. Програми грошових виплат² можуть передбачати або не передбачати перевірку доходів.

Програми грошових виплат, які надають грошові кошти сім'ям за умови виконання ними певних поведінкових вимог, називаються програмами грошових виплат за певних умов. Це може означати, наприклад, що бенефіціари повинні забезпечити регулярне відвідування дітьми школи, або що вони користуються базовими профілактичними послугами з харчування та охорони здоров'я.

Накопичувальні програми соціального захисту (які передбачають сплату внесків): програми, в яких внески, зроблені особами, яким надається соціальний захист (фактичними або потенційними бенефіціарами), безпосередньо визначають право на отримання виплат (набуті права). Найпоширенішим прикладом накопичувальних програм соціального захисту є програми обов'язкового соціального страхування, які зазвичай охоплюють найманих (офіційно) працівників, а в деяких країнах - самозайнятих осіб, а в багатьох випадках також їх сім'ї та категорії населення, звільнені від сплати внесків з певних причин (наприклад, через догляд за дітьми).

Стратегії подолання і адаптації (копінг-стратегії): стратегії або механізми, які зменшують вплив ризику після того, як він стався. Основними формами стратегій подолання і адаптації є витрати індивідуальних заощаджень/взяття кредитів або позик, міграція, продаж робочої сили (в тому числі й дитячої праці), продаж активів, скорочення споживання продуктів харчування або залежність від державної чи приватної допомоги. Уряди відіграють важливу роль у наданні допомоги людям для подолання наслідків, наприклад, коли окремі домогосподарства не заощадили достатньо, щоб впоратися з періодичними або катастрофічними ризиками, оскільки вони все життя були бідними і не мали можливості накопичити активи. Уряди також повинні створювати інші типи механізмів управління ризиками для більш ефективного подолання ризиків (1).

Коваріантні ризики: ризики або комбінація ризиків, які впливають на велику кількість людей одночасно (наприклад, землетрус або сильна повінь) (1).

Зайняті особи: всі особи старші певного віку, які протягом певного розрахункового періоду належали до таких категорій: (i) мали оплачувану роботу, (ii) працювали; або (iii) мали роботу, але тимчасово не працювали (1).

Схема гарантування зайнятості: державна програма зайнятості, яка забезпечує гарантовану кількість робочих днів на рік для бідних домогосподарств, як правило, з виплатою заробітної плати на відносно низькому рівні (як правило, на рівні мінімальної заробітної плати, якщо вона правильно визначена).

Неофіційна економіка: охоплює як роботу в неофіційному секторі, так і неофіційну роботу в офіційному секторі.

Термін "**неофіційний сектор**" позначає господарські одиниці, що займаються виробництвом товарів або послуг, основною метою яких є забезпечення зайнятості та доходів для зацікавлених осіб. Такі господарські одиниці - це незареєстровані підприємства, які не є окремими суб'єктами господарювання незалежно від їх власників (2). Як правило, вони працюють на низькому рівні організації, в невеликих масштабах і з незначним або відсутнім поділом праці та капіталу як факторів виробництва. Тому багато мікро- та малих підприємств (ММП), в тому числі тих, що працюють у сільській економіці, належать до неофіційного сектору. У деяких країнах такі ММП не підпадають або лише частково підпадають під дію законодавства про працю та соціальний захист. Крім того, вони часто стикаються з практичними труднощами у дотриманні податкового, трудового законодавства та законодавства про соціальний захист через свої обмежені адміністративні та фінансові можливості. У багатьох випадках ні роботодавці, ні працівники ММП не включені до систем соціального захисту.

² Строго кажучи, цей термін охоплює всі соціальні виплати, що надаються у грошовій формі, в тому числі повністю або частково накопичувальні, але зазвичай його розуміють як такий, що позначає лише виплати, які не передбачають сплату внесків.

Термін **"неофіційна зайнятість"** визначається з точки зору трудових відносин і захисту, пов'язаних з роботою працівника (3). Він стосується трудових відносин, які де-факто або де-юре не підпадають під дію національного трудового законодавства, оподаткування доходів або права на соціальний захист чи певні інші трудові пільги (такі як попереднє повідомлення про звільнення, вихідна допомога, оплачувана щорічна відпустка або лікарняний). Працівники з неофіційною зайнятістю - це ті, хто працює на неофіційних робочих місцях, незалежно від того, чи працюють вони на підприємствах офіційного сектору, чи на підприємствах неофіційного сектору, чи в домогосподарствах. Це поняття може охоплювати різні реалії, коли йдеться про статус зайнятості (наприклад, працівники, які обіймають неофіційні робочі місця, роботодавці та самозайняті працівники, зайняті на власних підприємствах неофіційного сектору, члени неофіційних виробничих кооперативів, члени сім'ї, які працюють на підприємствах офіційного або неофіційного сектору, а також самозайняті працівники, які займаються виробництвом товарів для власного кінцевого використання в домогосподарствах) (4). Хоча не всі, хто працює в неофіційному секторі економіки, є бідними, значна частина бідних працює в неофіційній економіці (2).

Туберкульоз із множинною лікарською стійкістю (МЛС-ТБ): туберкульоз, який не піддається лікуванню як мінімум ізоніазидом та рифампіцином, двома найпотужнішими протитуберкульозними препаратами.

Національна програма боротьби з туберкульозом (НТП): організація, відповідальна за боротьбу з туберкульозом у країні. Як правило, НТП відноситься до місцевого міністерства охорони здоров'я і забезпечує технічне та управлінське керівництво для досягнення глобальних цілей, визначених Стратегією ВООЗ з ліквідації туберкульозу (5).

Ненакопичувальні програми соціального захисту: програми, які не вимагають прямих внесків від бенефіціарів або їх роботодавців як умови отримання права на відповідні виплати. Цей термін охоплює широкий спектр програм, наприклад:

- **загальні** безоплатні послуги для всіх жителів країни (наприклад, національна система охорони здоров'я);
- **категорійні** програми для певних широких груп населення (наприклад, загальні пенсії для всіх людей похилого віку, старших за певний вік, або загальні виплати на дітей для всіх дітей, молодших за певний вік);
- програми з **перевіркою рівня забезпеченості**, в яких право на отримання допомоги мають лише особи з доходом нижче певного рівня (наприклад, сімейні допомоги, призначені лише для малозабезпечених сімей); та
- програми з **перевіркою поточного отримання допомоги**, право на які мають лише особи, які не отримують допомоги за іншою програмою (наприклад, соціальні пенсії для осіб похилого віку, які не отримують пенсію за програмою соціального страхування, оскільки не змогли виконати вимоги щодо мінімального страхового стажу протягом свого трудового життя).

Відсоток хворих на ТБ та їх домогосподарств, які несуть катастрофічні сукупні витрати у зв'язку з ТБ: індикатор, який дає змогу дослідити сукупні витрати пацієнтів, які отримують лікування від ТБ, що перевищують 20% від річного доходу або витрат домогосподарства до моменту захворювання на ТБ. Цей показник дозволяє визначити, чи перевищує сума прямих медичних витрат, прямих немедичних витрат і непрямих витрат (наприклад, втрата доходу) певний поріг (>20%) порівняно з економічними ресурсами домогосподарства, призначеними для оплати основних життєвих потреб (6).

Державна програма зайнятості: державна програма, що надає можливості працевлаштування певним категоріям осіб, які не можуть знайти іншу роботу. Державні програми зайнятості передбачають схеми гарантування зайнятості, а також програми "гроші за роботу" та "їжа за роботу".

Соціальна допомога: програма, яка надає допомогу вразливим та незахищеним групам населення, особливо домогосподарствам, що живуть у бідності. Більшість програм соціальної допомоги ґрунтуються на перевірці рівня доходу. Деякі з них спрямовані на вразливі категорії населення, а інші - на домогосподарства з низьким рівнем доходу. Вони можуть мати різні форми, наприклад, соціальні пенсії, що не передбачають сплати внесків, звільнення від сплати внесків та пільги на охорону здоров'я, освіту або комунальні послуги. Грошові виплати за певних умов, наприклад, - це програми, які надають грошові кошти сім'ям, якщо вони виконують певні поведінкові вимоги. Від бенефіціарів можуть вимагати, щоб їхні діти регулярно відвідували школу або



користувалися базовими профілактичними послугами з харчування та охорони здоров'я. Майже в усіх країнах, незалежно від рівня доходу, існує принаймні одна форма програми соціальної допомоги.

Соціальні детермінанти здоров'я (СДЗ): соціальні детермінанти здоров'я (СДЗ) - це немедичні фактори, які впливають на результати в сфері здоров'я. Це умови, в яких люди народжуються, ростуть, працюють, живуть і старіють, а також більш широкий спектр сил і систем, що формують умови повсякденного життя. До таких сил і систем належать економічна політика і економічні системи, програми розвитку, соціальні норми, соціальна політика і політичні системи. Нижче наведено приклади соціальних детермінант здоров'я, які можуть впливати на справедливість та рівність у сфері охорони здоров'я як позитивно, так і негативно:

- Доходи та соціальний захист
- Освіта
- Безробіття та відсутність гарантованої зайнятості
- Умови трудового життя
- Нестача продовольства
- Житло, елементарні зручності та навколишнє середовище
- Розвиток дітей в ранньому віці
- Соціальна інтеграція та відсутність дискримінації
- Структурні конфлікти
- Доступ до фінансово доступних медичних послуг належної якості.

Соціальний захист здоров'я: низка державних або організованих і дозволених державою приватних заходів, спрямованих на запобігання соціальному неблагополуччю та економічним втратам, спричиненим зниженням продуктивності, припиненням або зменшенням заробітку чи витрат на необхідне лікування, які можуть виникнути внаслідок погіршення стану здоров'я (7).

Соціальне страхування: накопичувальна програма соціального захисту, яка гарантує захист через страховий механізм, заснований на: (1) сплаті внесків до настання страхової події; (2) розподілі або "об'єднанні" ризиків; та (3) понятті гарантії. Внески, сплачені застрахованими особами (або за них), об'єднуються, і отриманий фонд використовується для покриття витрат, понесених виключно тими особами, які постраждали внаслідок настання страхової події. На відміну від комерційного страхування, об'єднання ризиків у соціальному страхуванні ґрунтується на принципі солідарності, а внески, як правило, пов'язані з платоспроможністю людей (тобто пропорційні до заробітку), на відміну від премій, які відображають індивідуальні ризики. Наприклад, соціальне медичне страхування - це, як правило, програми медичного страхування з державним управлінням і принаймні деякими страховими внесками від та/або від імені застрахованих осіб або деяких категорій застрахованих осіб.

Соціальний захист: соціальний захист, який також називають соціальним забезпеченням, є правом людини і визначається як сукупність політик і програм, спрямованих на зменшення та запобігання бідності, вразливості та соціальній ізоляції протягом усього життя. Соціальний захист охоплює дев'ять основних сфер: допомога на дітей та сім'ї, захист материнства, допомога по безробіттю, допомога у зв'язку з виробничою травмою, допомога у зв'язку з хворобою, охорона здоров'я (медична допомога), допомога по старості, допомога у зв'язку з інвалідністю та допомога у зв'язку з втратою годувальника. Системи соціального захисту охоплюють усі ці сфери за допомогою поєднання накопичувальних схем (соціальне страхування) та виплат, що фінансуються за рахунок податків (в тому числі соціальна допомога), які не є накопичувальними. Термін "соціальний захист" сьогодні також використовується для позначення права людини на "соціальне забезпечення", і ці два терміни часто вживаються як взаємозамінні. Слід зазначити, що іноді термін "соціальний захист" використовується в більш широкому значенні, ніж "соціальне забезпечення", і включає захист, який надається між членами сім'ї або членами місцевої громади; в інших випадках він також використовується в більш вузькому значенні, під яким розуміють лише заходи, спрямовані на найбідніших, найуразливіших або маргіналізованих членів суспільства. МОП і в цілому інституції ООН використовують обидва терміни у спілкуванні зі своїми учасниками та під час надання їм відповідних консультацій.

Мінімальний рівень соціального захисту: Рекомендація МОП № 202 (8) зазначає, що країни-члени повинні встановлювати і підтримувати національні мінімальні рівні соціального захисту як визначений на рівні країни набір базових гарантій соціального забезпечення, які гарантують захист, спрямований на запобігання або зменшення бідності, незахищеності та соціальної ізоляції (8). Ці гарантії повинні забезпечити, як мінімум, щоб протягом усього життя всі, хто цього потребує, мали доступ до принаймні базової медичної допомоги та базового гарантованого доходу. У сукупності вони забезпечують ефективний доступ до основних товарів і послуг, визначених як необхідні на рівні держави. Більш конкретно, національні мінімальні рівні соціального захисту повинні включати щонайменше наступні чотири гарантії соціального забезпечення, визначені на рівні країни:

- A.** доступ до основних послуг охорони здоров'я, в тому числі охорони материнства та дитинства;
- B.** гарантованого базового доходу для дітей;
- C.** гарантованого базового доходу для осіб працездатного віку, які не мають можливості отримувати достатній дохід, зокрема, у випадку хвороби, безробіття, вагітності та пологів, інвалідності; та
- D.** гарантованого базового доходу для осіб похилого віку (8).

Такі гарантії повинні надаватися всім жителям країни і всім дітям, як це визначено в національному законодавстві та нормативно-правових актах, а також відповідно до існуючих міжнародних зобов'язань.

У Рекомендації № 202 також зазначено, що основні гарантії соціального забезпечення мають бути встановлені законом (8)

Національні закони та нормативно-правові акти повинні визначати перелік, кваліфікаційні умови та рівні допомоги, що забезпечує ці гарантії, а також передбачати ефективні та доступні процедури подання скарг та апеляцій. Мінімальні рівні соціального захисту багато в чому відповідають існуючому поняттю "основних зобов'язань", щоб забезпечити реалізацію, принаймні, мінімально необхідного рівня прав, закріплених у договорах з прав людини (8,9). Рекомендація № 202 (8) зазначає, що національні системи соціального захисту повинні поступово підвищувати рівень захисту відповідно до Конвенції № 102 (10) та інших нормативних документів МОП.

Програма соціального захисту: чітка система правил для надання соціальних виплат бенефіціарам, які мають на них право. Такі правила визначають географічну та особову сферу застосування програми (цільову групу), умови отримання права на допомогу, тип допомоги, розмір допомоги (грошові виплати), періодичність та інші характеристики допомоги, а також фінансування (внески, загальне оподаткування, інші джерела), управління та адміністрування програми. Програми соціального захисту часто називають "схемами соціального захисту". Програму/систему соціального захисту може здійснювати одна або декілька установ соціального захисту, які управляють наданням допомоги та її фінансуванням.

Система соціального захисту: Вся сукупність програм і схем соціального захисту, наявних в країні. Всі схеми та установи соціального захисту в країні взаємопов'язані та доповнюють одна одну з огляду на їх завдання, функції та фінансування, а отже, формують національну систему соціального захисту. Задля ефективності і дієвості необхідно забезпечити тісну координацію в межах системи, а також, щоб фінансування схем, які належать до системи соціального захисту, планувалося в інтегрований спосіб..

Соціальне забезпечення: Фундаментальне право на соціальне забезпечення закріплене у Загальній декларації прав людини (1948) (11), у Міжнародному пакті про економічні, соціальні та культурні права (1966) (12) та в інших основних документах ООН у сфері прав людини. Країни мають юридичне зобов'язання захищати і підтримувати права людини, в тому числі право на соціальний захист або соціальне забезпечення, і забезпечувати, щоб люди могли реалізовувати свої права без дискримінації. Загальна відповідальність держави включає забезпечення належного надання допомоги відповідно до чітких і прозорих критеріїв відповідності та прав на її отримання, а також належне управління установами та послугами. Якщо виплати та послуги не надаються безпосередньо державними установами, ефективно застосування законодавчої бази особливо важливе для надання виплат та послуг (13). Поняття "соціальне забезпечення" охоплює всі заходи, що надають допомогу в грошовій або негрошовій формі для забезпечення захисту, зокрема, від таких ризиків, як:



- відсутність доходу, пов'язаного з роботою (або недостатній дохід), внаслідок хвороби, інвалідності, материнства, виробничої травми, безробіття, старості або смерті члена сім'ї
- відсутність (фінансового) доступу до медичних послуг;
- недостатньою підтримкою сім'ї, особливо для дітей та дорослих утриманців; та
- загальна бідність та соціальна ізоляція.

Таким чином, соціальне забезпечення має два основні (функціональні) виміри, а саме: "гарантований дохід" та "доступність медичної допомоги".³ Доступ до соціального забезпечення є, по суті, обов'язком держави і, як правило, забезпечується державними установами, що фінансуються за рахунок внесків, податків або і того, і іншого. Проте надання соціального забезпечення може бути і часто доручається приватним суб'єктам. Дві основні риси відрізняють соціальне забезпечення від інших соціальних механізмів. По-перше, виплати надаються бенефіціарам без будь-яких одночасних зустрічних зобов'язань (таким чином, вони не представляють собою, наприклад, винагороду за роботу чи інші надані послуги). По-друге, воно не ґрунтується на індивідуальній угоді між захищеною особою та надавачем послуг (як, наприклад, договір страхування життя); угода поширюється на ширшу групу людей, а отже, має колективний характер.

Соціальна передача благ (доходів, товарів або послуг): Усі виплати у сфері соціального захисту включають передачу коштів у грошовій або негрошовій формі, тобто вони являють собою передачу доходу, товарів або послуг (наприклад, медичні послуги). Така допомога може надаватися від активного населення до людей похилого віку, від здорових до хворих або від заможних до бідних, тощо. Одержувачі таких виплат можуть мати право на їх отримання за певною програмою, оскільки вони зробили внески до такої програми (накопичувальні програми), або тому, що вони є жителями країни ("загальні програми для всіх жителів"), або тому, що вони відповідають певним віковим критеріям (категорійні програми), або тому, що вони відповідають певним умовам щодо рівня забезпеченості (програми соціальної допомоги), або тому, що вони відповідають кільком з цих умов одночасно. Крім того, в деяких програмах (програми гарантування зайнятості, державні програми зайнятості) є вимога, щоб бенефіціари виконували певні завдання або дотримувалися певної поведінки (програми грошових виплат за певних умов). У будь-якій країні, як правило, співіснують кілька програм різних типів, які можуть надавати допомогу за схожих обставин різним групам населення.

Туберкульоз (ТБ): уберкульоз викликають бактерії (мікобактерії туберкульозу), і найчастіше він вражає легені. Туберкульоз поширюється повітряно-крапельним шляхом, коли хворі на туберкульоз легень кашляють, чхають або спльовують. Людині достатньо вдихнути лише кілька мікробів, щоб заразитися. Щороку на туберкульоз захворюють 10 мільйонів людей. Незважаючи на те, що туберкульоз можна попередити та вилікувати, щороку від нього помирає 1,5 мільйона людей, тобто туберкульоз посідає перше місце у світі серед інфекційних хвороб, які вбивають. Туберкульоз - основна причина смерті людей, які живуть з ВІЛ, а також один з основних чинників стійкості до протимікробних препаратів. Більшість людей, які хворіють на ТБ, живуть у країнах з низьким та середнім рівнем доходу, але туберкульоз присутній у всьому світі. Близько половини всіх людей, хворих на ТБ, проживають у восьми країнах: Бангладеш, Китай, Індія, Індонезія, Нігерія, Китай, Пакистан, Філіппіни та Південна Африка. За оцінками, близько чверті населення світу інфіковані бактеріями туберкульозу, але у більшості людей не розвинеться захворювання на туберкульоз, а деякі з них вилікуються від інфекції. Особи, які інфіковані, але (ще) не хворіють на туберкульоз, не можуть передавати його. Люди, інфіковані бактеріями туберкульозу, мають 5-10% ризик захворіти на ТБ протягом життя. Люди з ослабленою імунною системою, такі як люди, що живуть з ВІЛ, недоїдають або хворіють на діабет, а також люди, які вживають тютюн, мають вищий ризик захворіти на ТБ.

Соціальний захист спрямований на подолання ТБ (TB-specific): програми, спрямовані на людей з ТБ та їх домогосподарства з конкретною метою покращити профілактику, лікування та підтримку при ТБ.

³ Ці два основні виміри також визначені в Рекомендаціях МОП щодо гарантованого доходу 1944 р. (N 67) та Рекомендації щодо медичної допомоги 1944 р. (N 69), відповідно, як «невід'ємні елементи соціального забезпечення». Ці Рекомендації передбачають, що, по-перше, «схеми забезпечення доходів повинні полегшувати нужду і запобігати злиденності за допомогою відновлення, до розумного рівня, доходу, втраченого через непрацездатність (в тому числі старість) або через неможливість знайти оплачувану роботу, або через смерть годувальника» (Рекомендація N 67 «Керівні принципи», п. 1); по-друге, що «служба медичної допомоги повинна забезпечувати потребу людини в лікуванні та догляді, який здійснюють спеціалісти медичних та суміжних професій» і «служба медичної допомоги повинна охоплювати всіх членів громади» (Рекомендація N 69, пункти 1 і 8). Рекомендація N 202 також вказує ці два елементи серед базових гарантій соціального захисту, які мають бути в національних мінімальних нормах соціального захисту.

Соціальний захист, який враховує проблему ТБ (TB-sensitive): програми, які не обмежуються домогосподарствами та окремими людьми, які постраждали від ТБ, але потенційно можуть вплинути на епідемію ТБ, охоплюючи людей, хворих на ТБ, уразливих до ТБ та/або тих, хто постраждав від наслідків захворювання на ТБ.

Загальне охоплення послугами охорони здоров'я: доступ для всіх до необхідних медичних послуг (у тому числі до профілактики, лікування, реабілітації та паліативної допомоги) без фінансових труднощів.

Стратегія ВООЗ з ліквідації ТБ (End TB Strategy): бачення, сформульоване в Стратегії з ліквідації туберкульозу (5), - це "світ, вільний від туберкульозу", що також формулюється як "нульові показники смертності, захворюваності та страждання від ТБ". Всі країни можуть використовувати це бачення у своїх національних стратегіях та планах. Стратегія ВООЗ з ліквідації туберкульозу визначила наступні глобальні цілі:

- зниження захворюваності на туберкульоз на 80% до 2030 року, порівняно з 2015-2020 роками - на 20%;
- скорочення кількості смертей від ТБ на 90% до 2030 року, порівняно з 2015-2020 роками - на 35%; та
- до 2020 року жодне домогосподарство, постраждале від ТБ, не зазнає катастрофічних витрат.

Основними елементами, які сприяють досягненню цих цілей, є оптимальне використання наявних інтервенцій, досягнення загального охоплення населення основними інтервенціями з профілактики, лікування та догляду, а також діяльність, спрямована на подолання соціальних детермінант та наслідків ТБ, у тому числі погіршення здоров'я та інвалідизації внаслідок ТБ. Три індикатори високого рівня Стратегії "Ліквідації туберкульозу" - зниження смертності від ТБ, зниження рівня захворюваності на ТБ та ліквідація катастрофічних витрат - є актуальними для всіх країн. Однак цілі та проміжні результати для цих індикаторів можна адаптувати в кожній окремій країні з урахуванням таких факторів, як різні стартові умови, основні чинники розвитку епідемій на місцевому рівні, національна політика та стратегія, які стосуються загального охоплення послугами охорони здоров'я та соціального захисту, а також заплановані програми. Країни повинні встановлювати свої власні національні цілі, керуючись глобальним рівнем амбіцій, але з урахуванням ситуації на національному рівні (14).

Додаток 2 список літератури

1. Social protection assessment-based national dialogue: a global guide. Joint United Nations response to implement social protection floors and achieve the Sustainable Development Goals. Geneva: International Labour Office; 2015 (<https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=53462>, accessed 31 August 2023).
2. Resolution concerning statistics of employment in the informal sector, adopted by the Fifteenth International Conference of Labour Statisticians. In: Proceedings. Fifteenth International Conference of Labour Statisticians, Geneva: International Labour Organization; (http://ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/normativeinstrument/wcms_087484.pdf, accessed 7 September 2023).
3. Guidelines concerning a statistical definition of informal employment. Geneva: International Labour Organization; 2008 (https://ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/normativeinstrument/wcms_087622.pdf, accessed 7 September 2023).
4. General Report. In: Proceedings. Seventeenth International Conference of Labour Statisticians, Geneva: International Labour Organization; (https://ilo.primo.exlibrisgroup.com/discovery/fulldisplay/alma993953873402676/41ILO_INST:41ILO_V2, accessed 7 September 2023).
5. The end TB strategy. Geneva; 2015 (WHO/HTM/TB/2015.19; <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HTM-TB-2015.19>, accessed 31 August 2023).
6. National surveys of costs faced by tuberculosis patients and their households 2015–2021. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1492554/retrieve>, accessed 31 August 2023).
7. Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles. Geneva: International Labour Organization; 2020 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_740724.pdf, accessed 7 September 2023).
8. R202 - Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202). Recommendation concerning National Floors of Social Protection. Geneva: International Labour Organization; 2012 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEX_PUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:3065524, accessed 5 September 2023).
9. Report on social protection floors and economic and social rights. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 2015 (<https://www.ohchr.org/sites/default/files/ReportSocialProtectionFloors.pdf>, accessed 21 September 2023).
10. C102 - Social Security (Minimum Standards) Convention, 1952 (No. 102). Convention concerning minimum standards of social security. Geneva: International Labour Organization; 1952 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312247, accessed 5 September 2023).
11. The Universal Declaration of Human Rights (Resolution 217A (III)), 10 December 1948. New York: United Nations General Assembly; 1948 (<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>, accessed 5 September 2023).
12. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. New York: United Nations General Assembly; 1966 (<https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>, accessed 7 September 2023).
13. General comment no. 19, The right to social security (art. 9). Geneva: United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2008 (<https://digitallibrary.un.org/record/618890>, accessed 21 September 2023).
14. Implementing the end TB strategy: the essentials, 2022 update. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1486092/retrieve>, accessed 30 August 2023).

For further information, please contact: Global
TB Programme
World Health Organization
20, Avenue Appia CH-1211 Geneva 27
Switzerland
Web site: www.who.int/tb

Universal Social Protection Department
International Labour Organization
Route des Morillons 4 – CH1211 Geneva 22
Switzerland
Website: www.social-protection.org

