मार्च 2023

एक घातक विभाजन

टीबी प्रतिबद्धताएँ बनाम
टीबी की वास्तविकताएँ

टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज की ओर से जवाबदेही रिपोर्ट:

घातक विभाजन को ख़त्म करने के लिए प्राथमिकताएँ

Stop TB Partnership Community Delegation

Stop TB Partnership Developing Countries NGO Delegation

Stop TB Partnership Developed Countries NGO Delegation

Cover photo: © Stop TB Partnership

टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज की ओर से प्रस्तुत रिपोर्ट, जिसे यहां जवाबदेही रिपोर्ट के नाम से संबोधित किया गया है। यह रिपोर्ट उन सभी लोगों को जो टीबी से पीड़ित और प्रभावित हुए हैं, उनके परिवारों और उनका साथ देने वाले नागरिक समाज को समर्पित है।

हर दिन, लगभग 4,400 लोग टीबी से मर जाते हैं जबकि इसकी रोकथाम और इलाज किया जा सकता है। इसका नतीजा यह होता है कि सालाना लगभग 16 लाख लोगों की मृत्यु टीबी के कारण हो जाती है। जैसे–जैसे कोविड–19 के कारण होने वाली मौतों की संख्या में कमी आ रही है, टीबी फिर से दुनिया के नंबर एक संक्रामक हत्यारे रोग का खिताब हासिल करने की दिशा में बढ़ चला है। अक्सर, मारे वे लोग जाते हैं जो समाज में सबसे कमजोर और हाशिए पर रहने वाले समुदायों से होते हैं। हालांकि इस दिशा में कुछ प्रगति हुई है, लेकिन टीबी को समूल खत्म करने के दावे आज भी पिछड़े हुए और दंभ से भरे हुए प्रतीत होते हैं जो अक्सर बुनियादी मानवाधिकारों के विपरीत नजर आते हैं। यह रिपोर्ट टीबी प्रभावित समुदायों और टीबी को समाप्त करने के लिए प्रतिबद्ध नागरिक समाज के साथ मिल कर टीबी के समूल उन्मूलन के लिए एक परिवर्तनकारी प्रतिबद्धता को प्रेरित करने के लिए तैयार की गई है।

टीबी से मौतें प्रतिदिन
4,400 लोग

टीबी से मृत्यु प्रतिवर्ष
16 लाख लोग

समर्पण

आभार

इस रिपोर्ट को लिखना 91 देशों के 394 संगठनों से जुड़े 1,018 सहयोगियों के योगदान के बिना संभव नहीं हो सकता था, जो टीबी प्रभावित समुदायों का प्रतिनिधित्व करते हैं। इनमें टीबी से संक्रमित और टीबी संक्रमण से सुरक्षित निकले लोग, नागरिक समाज के लोग और सहयोगी शामिल हैं, जिनके प्रति हम तहे–दिल से आभारी हैं (परिशिष्ट देखें)। उनके साझा अनुभव और दृष्टिकोण टीबी को समाप्त करने की दिशा में तेज गति से बढ़ने के प्रमाण के रूप में देखे जा सकते हैं। जब 2020 में घातक विभाजन पर पहली रिपोर्ट लिखी गई थी, तो 61 देशों के लगभग 150 लोगों ने भाग लिया था, जिसका अर्थ है कि इस 2.0 प्रयास में भागीदारी लगभग दस गुना बढ़ गई है।

क्षेत्रीय समुदाय के नेताओं के दृढ़ प्रयास, मेरिंडा सेबयांग (एशिया–प्रशांत), ओलायदे अकन्नी (एंग्लोफोन अफ्रीका), बर्ट्रेंड कम्पोएर (फ्रैंकोफोन अफ्रीका), डेलियाना गार्सिया (अमेरिका), तिमुर अब्दुल्लाव (पूर्वी यूरोप और मध्य एशिया), और रोबिन वाइट (उच्च आय वाले देशों) के प्रति हम गहरी कृतज्ञता व्यक्त करते हैं। निरंतर उत्साह के साथ उन्होंने कार्यप्रणाली विकसित करने, लोगों तक पहुँच बनाने का नेतृत्व करने और अमृता दफ्तरी (यॉर्क यूनिवर्सिटी और एसएसएचआईएफटीबी), पुष्पिता समीना और शीला नोरिएगा–मेस्टान्ज़ा (एसएसएचआईएफटीबी) के साथ मिलकर इस रिपोर्ट को लिखने में मदद की है। विकासशील और विकसति देशों के गैर सरकारी संगठनों के प्रतिनिधिमंडलों, और स्टॉप टीबी के साझेदारों के निदेशक मंडल को उनकी दृश्टि, नेतृत्व और टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज की आवाज को दूर तक पहुँचाने में उनके सहयोग के लिए उनका आभार व्यक्त किया जाता है। लुसिका दितिउ, सुवानंद साहू, विओरेल सोल्टन, ब्रायन कैसर, वेन वान जेमर्ट, काओइमहे स्मिथ, सुहैर तलब, आंद्रेई मोसनेगा, जानिका हाउजर और रिया लोबो सहित उन सभी का आभार जिन्होंने समीक्षा कर अपना सहयोग प्रदान किया।

इस प्रयास के समन्वय के लिए स्टॉप टीबी पार्टनरशिप और एफ्रो ग्लोबल एलायंस को धन्यवाद देना आवश्यक है, विशेष रूप से स्टॉप टीबी पार्टनरशिप से जेम्स मलार, और एफ्रो ग्लोबल एलायंस से ऑस्टिन ओबीफुना और राचेल ओटू–अम्पोंसा का जिन्होंने इस काम को गति प्रदान करने में समर्पित समर्थन और प्रोत्साहन दिया।

इस रिपोर्ट के लिए अनुशंसित उद्धरण हैः
टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज की जवाबदेही रिपोर्टः घातक विभाजन को ख़त्म करने की प्राथमिकताएँ। विकासशील देश एनजीओ प्रतिनिधिमंडल, विकसित देश एनजीओ प्रतिनिधिमंडल, और स्टॉप टीबी पार्टनरशिप का सामुदायिक प्रतिनिधिमंडल। 24 मार्च 2023।

अनुक्रम

सार संक्षेप 7

कार्रवाई के लिए आँह्वान 10

परिचय 17

समुदाय रिपोर्ट का कारण 18

क्रियाविधि 19

टीबी उन्मूलन के लक्ष्य 21

विभाजन को मिटाना 22

टीबी को समाप्त करने के लिए वैश्विक कार्य योजना 2023–2030 24

कार्रवाई के क्षेत्र

कार्रवाई के क्षेत्र 1: टीबी से प्रभावित सभी लोगों तक पहुँच कर टीबी की रोकथाम, निदान, उपचार और देखभाल में कमियों को दूर करना 26

कार्रवाई के क्षेत्र 2: टीबी के उपचार को 2025 तक लैंगिक आधार पर, अधिकार के आधार पर, पूर्वाग्रहों से मुक्त और न्यायसंगत बनाने के लिए टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज के साथ केंद्र में लाना 33

कार्रवाई के क्षेत्र 3: टीबी को मिटाने के लिए अनिवार्य नए उपकरणों के विकास, उन्हें उपयोग में लाने और उनकी पहुँच बढ़ाने में तेजी लाना 41

कार्रवाई के क्षेत्र 4: टीबी को मिटाने के लिए आवश्यक धन का निवेश करना 46

कार्रवाई के क्षेत्र 5: महामारी की रोकथाम, तैयारी और प्रतिकिया (पीपीपीआर), रोगाणुरोधी प्रतिरोध (एएमआर), और सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज (यूएचसी) की प्राथमिकता में टीबी को शामिल करना 52

कार्रवाई के क्षेत्र 6: विभिन्न क्षेत्रों में कार्रवाई, निर्णायक नेतृत्व और जवाबदेही के लिए प्रतिबद्धता 57

परिशिष्ट: कार्यप्रणाली 65

संदर्भ 76

संक्षेपाक्षर

एडीपीपी	Ajuda de Desenvolvimento de Povo para Povo
एआई	कृत्रिम मेधा
एड्स	Acquired Immunodeficiency Syndrome
एएमआईएमओ	मोज़ाम्बीक खदानकर्मियों का संघ
एएमआर	रोगाणुरोधी प्रतिरोध
बीसीएफ	ब्रिज कंसल्टेशन फाउंडेशन
बोनेला	नैतिकता, कानून और एचआईवी/एड्स पर बोत्सवाना का नेटवर्क
बीपाल/बीपाम	Bedaquiline, Pretomanid, Linezolid/ Bedaquiline, Pretomanid, Linezolid Moxifloxacin
ब्रिक्स	ब्राज़ील, चीन, भारत, रूस, दक्षिण अफ्रीका
सीएडी	Club des Amis Damien
सीएडी	कम्प्यूटर आधारित निदान
सीबीओ/ सीएसओ	समुदाय आधारित संगठन/ नागरिक समाज संगठन
सीसीएम	देश की संयोजन व्यवस्था
सीईपीआई	महामारी की तैयारी के लिए नवाचारों का गठबंधन
सीईएसआई	वैश्विक निधि की सामुदायिक सहभागिता की रणनीतिक पहल
सीएफसीएस	नगरिक समाज के लिए चुनौती सुविधा
सीएचडब्ल्यू	सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता
सीएलएम	समुदाय आधारित निगरानी
कोविड–19	कोरोना वायरस बीमारी 2019
सीआर	सामुदायिक रिले
सीआरजी	सामुदायिक अधिकार और जेंडर
सीएसओ	नागरिक समाज संगठन
सीएसटीएफ	नागरिक समाज कार्य बल
डीएटी	डिजिटल पालन तकनीक
डीएलबी	Delft Light Backpack
डीओटी	प्रत्यक्ष अवलोकन थेरेपी
डीआरएएफ–टीबी	Francophone Africa Response Dynamics on Tuberculosis
डीआरसी	कांगो लोकतांत्रिक गणतंत्र
डीआरटीबी	दवा प्रतिरोधी टीबी
डीएस–टीबी	दवाओं के प्रति संवेदनशील टीबी
ईईसीए	पूर्वी यूरोप और मध्य एशिया
ईजीपीएएफ	एलिज़ाबेथ ग्लेसर बाल एड्स फाउंडेशन
एफडीसी	निश्चित खुराक संयोजन
एफएमआर	चिकित्स अनुसंधान के लिए फाउंडेशन
जीएवीआई	गावी वैक्सीन अलायंस
जीसीटीए	टीबी के पक्षकारों का वैश्विक संगठन
ग्लोवेक्स	टीके की वैश्विक पहुँच के लिए पहल
जीटीसी	वैश्विक टीबी कॉकस
एचबीसी	उच्च दबाव वाले देश
एचसीवी	हैपेटाइटस सी वायरस
एचआईसी	उच्च आय वाले देश
एचआईवी	मानव प्रतिरक्षा न्यूनता विषाणु
आईएलओ	अंतरराष्ट्रीय श्रम संगठन
आईएमसीआई	नवजात शिशुओं और बच्चों में बीमारियों का समन्वित प्रबंधन
आईओएम	विस्थापन के लिए अंतरराष्ट्रीय संगठन
केएचएएनए	Khmer HIV/AIDS NGO Alliance
केएचपीटी	कर्नाटक स्वास्थ्य प्रोत्साहन ट्रस्ट
केएनसीवी	तपेदिक फाउंडेशन
केवीपी	प्रमुख संवेदनशील आबादी
एलएएमपी	Loop-Mediated Isothermal Amplification
एलएमआईसी	कम और मध्यम आय वाले देश
एमएएफ	विभिन्न क्षेत्र जवाबेदेही संरचना
एमपीपी	दवा पेटेंट पूल
एमएसटीबीए	महाराष्ट्र राज्य तपेदिक विरोधी संघ

एमएसएफ	Médecins Sans Frontières
एमटीबी	Mycobacterium Tuberculosis
एनसीडी	गैर संचारी रोग
एनजीओ	गैर सरकारी संगठन
एनआईटीएचए	उत्तरी अंतर–जनजातीय अधिकरण
एनएफएम4	नया वित्तपोषण मॉडल 4
एनएसपी	राष्ट्रीय सामरिक योजना
एनटीपी	राष्ट्रीय तपेदिक कार्यक्रम
ओजीआरए	केन्या में फाउंडेशन
पीडीएल	अपनी स्वतंत्रता से वंचित लोग
पीईईआर	अनुसंधान में अधिक संलग्नता वाली साझेदारी
पीएचएफ	फिलमोरा होप फाउंडेशन
पीएलएचआईवी	एचआईवी संक्रमित लोग
पीओसी	देखभाल का केन्द्र
पीपीई	व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरण
पीपीपीआर	महामारी से बचाव, तैयारी और यूएसएड की प्रतिक्रिया
पीटीएलडी	टीबी के बाद फेंफड़ों के रोग
आरएंडडी	अनुसंधान और विकास
आरईएसीएच	सामुदायिक स्वास्थ्य और प्रोत्साहन के लिए शिक्षा और संसाधन समूह
एसएडीसी	दक्षिण अफिका विकास समुदाय
एसडीजी	संयुक्त राष्ट्र के टिकाऊ विकास के लक्ष्य
स्मार्ट4टीबी	टीबी उन्मूलन के समर्थन, समन्वय और अनुसंधान में तेजी लाना
एसओ	सामाजिक वेधशालाएँ
समा	दक्षिण अफ्रीका खनिक संघ
एसटीपी	स्टॉप टीबी पार्टनरशिप
टीएजी	उपचार कार्य समूह
टीबी	तपेदिक (टीबी)
टीआईएमएस	दक्षिण अफ्रीका के खदान क्षेत्र में टीबी
टीपीटी	तपेदिक रोकथाम के लिए उपचार
यू–आशा	मान्यता प्राप्त शहरी सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता
यूके	यूनाइटेड किंगडम
यूकेएपीटीबी	टीबी की रोकथाम के लिए यूके का अकादमिक और पेशेवर लोग
यूएन	संयुक्त राष्ट्र
यूनिसेफ	संयुक्त राष्ट्र बाल कोश
यूएनएचएलएम	संयुक्त राष्ट्र उच्च स्तरीय बैठक
यूएचसी	वैश्विक स्वास्थ्य कवरेज
यूएस	युनाइटेड स्टेट्स
यूएसएड	United States Agency for International Development
एलओएन	स्थानीय संगठनों का नेटवर्क
वीडोट	वीडियो आधारित प्रत्यक्ष अवलोकन थेरेपी
डब्ल्यूएफपी	विश्व खाद्य कार्यक्रम
डब्ल्यूएचओ	विश्व स्वास्थ्य संगठन
डब्ल्यूवोके	Wellness on Wheels Keke
डब्ल्यूआरडी	विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा अनुशंसित त्वरित निदान

सार-संक्षेप

हम तपेदिक (टीबी) के उपचार के लिए समूल परिवर्तनकारी बदलाव की दिशा में जागरूकता लाने और सामाजिक न्याय की माँग के लिए कार्यवाई के आह्वान को जारी करते हैं टीबी एक ऐसी बीमारी है जिसकी रोकथाम और इलाज संभव है, फिर भी प्रतिदिन 4,400 लोगों को इसके कारण अपनी जान गंवानी पड़ती है, जिनमें 700 बच्चे भी शामिल हैं।

हम यह सुनिश्चित करना चाहते हैं कि वे जो इससे सबसे अधिक प्रभावित हैं, अर्थात् टीबी प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज, अपनी वास्तविकताओं और प्राथमिकताओं के बारे में बात करें ताकि हमें सुना और समझा जा सके और हमारे जीवन को सहेजा जा सके।

END TB

हमें इस बात पर ज़ोर देना ज़रूरी लगता है कि हालाँकि टीबी किसी को भी संक्रमित कर सकता है, लेकिन प्रत्येक व्यक्ति इससे समान रूप से प्रभावित नहीं होता है। स्वास्थ्य और असमानताओं के सामाजिक निर्धारक जो किसी व्यक्ति के प्रत्यक्ष नियंत्रण से परे हैं, हममें से कुछ को टीबी के प्रति अधिक संवेदनशील बनाते हैं और/या जिनकी टीबी सेवाओं तक पहुँचने में बाधाओं का सामना करने की अधिक आशंका रहती है। हममें से वे लोग जो टीबी से प्रभावित प्रमुख और कमजोर या हाशिए की आबादी **(केवीपी)** का हिस्सा हैं, हम ऐसे न्यायसंगत और समावेशी उपचार और प्रतिक्रिया के पात्र हैं जो हमारी भिन्न ज़रूरतों को पहचान कर उन्हें पूरा करे।

हम टीबी पर 2018 की संयुक्त राष्ट्र उच्च स्तरीय बैठक **(यूएनएचएलएम)** और उसके लक्ष्य और प्रतिबद्धताओं को याद करते हैं। उसके दो साल बाद एक घातक विभाजनः टीबी प्रतिबद्धताएँ बनाम टीबी वास्तविकताएँ रिपोर्ट जारी की गई। अब, विश्व टीबी दिवस 2023 पर, हम अब तक हुई प्रगति और सफलता की कहानियों पर विचार करने के साथ–साथ बाद के वर्षों में हमारे प्रयासों की कमियों पर भी विचार करते हैं। आज हम 2023 में टीबी पर दूसरे यूएनएचएलएम और 2030 तक टीबी को समाप्त करने के लिए एक पाठ्यक्रम तैयार करने पर विचार कर रहे हैं। हम 2023–2030 के दौरान टीबी को समाप्त करने के लिए स्थापित नक्शे–कदम पर काम करते हैं और खासतौर से 90 टीबी प्रभावित देशों के 1000 से अधिक टीबी प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज सहभागियों से प्रेरणा प्राप्त कर और उनसे मिली सीख ने जो समृद्ध और अद्वितीय अंतर्दृष्टि प्रदान की है और 30 व्यक्तिगत कहानियों से जो समझ और सबक मिले हैं, उसे शामिल करते हुए काम करते हैं।

हम टीबी की वर्तमान महामारी को समाप्त करने के लिए 6 विषयगत कार्यवाई के आह्वानों को महत्वपूर्ण मानते हैं। इसके लिए यह ज़रूरी है कि हम उन तीन प्राथमिक तथ्यों पर ध्यान दें और उनका समाधान करें जिन्होंने ऐतिहासिक रूप से प्रगति को अवरुद्ध किया है। हम सबसे पहले यह लक्ष्य जितने राजनीतिक ध्यान और महत्वाकाँक्षा को पाने के हकदार है, व इसकी अपनी ओर आकर्षित करना है। इसे मानवाधिकार और सामाजिक न्याय के नजरिए से संबोधित एक आर्थिक और राजनीतिक प्राथमिकता बनाने की जरूरत है। दूसरा, हमें टीबी को ख़त्म करने के लिए घरेलू और बाहरी वित्तीय संसाधन तुरंत उपलब्ध कराने होंगे। संसाधनों का अभाव दूर किया जाना चाहिए और मौजूदा नवाचारों और उपकरणों को सभी के लिए उपलब्ध और सुलभ होना चाहिए। टीबी के बारे में अनुसंधान एवं विकास **(आरएंडडी)** पर उसी तरह से निवेश किए जाने की आवश्यकता है जैसा निवेश हमने कोविड–19 के लिए देखा। तीसरा, टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज भागीदारों के सशक्तिकरण को बहुत लंबे समय उपेक्षित रखा गया है। हमारे जीवंत अनुभव और विशिष्ट पूरक विशेषज्ञता को पहचाना और विकसित किया जाना चाहिए, और टीबी के लिए दृष्किोण के विकास, योजना निर्माण और वित्तपोषण में शामिल किया जाना चाहिए। इन क़दमों के बिना, प्रगति पटरी से उतर जाएगी, जिंदगियाँ ख़त्म होती रहेंगी और अर्थव्यवस्थाएँ इस उपेक्षा के परिणाम भुगतती रहेंगी।

END TB

कार्रवाई का आँह्वान

01

टीबी से प्रभावित सभी लोगों तक पहुँच कर टीबी की रोकथाम, निदान, उपचार और देखभाल में कमियों को दूर करना

- सुनिश्चित करें कि डब्ल्यूएचओ–अनुमोदित रैपिड मॉलिक्यूलर डायग्नोस्टिक्स (डब्ल्यूआरएमडी) का उपयोग टीबी के प्रारंभिक परीक्षण के रूप में किया जाता है।

- सुनिश्चित करें कि टीबी से संबंधित नवीनतम नियम और टीबी की रोकथाम तथा उपचार, किफायती दर पर टीबी संक्रमण, टीबी रोग से ग्रस्त, और दवा–प्रतिरोधी टीबी (डीआरटीबी) से संक्रमित लोगों और उनके संपर्क में आने वाले सभी प्रभावितों की पहुँच में हों।

- संपर्कों का पता लगाने और टीबी निवारक उपचार (टीपीटी) के कवरेज के माध्यम से और साथ ही टीबी के सामाजिक निर्धारकों को संबोधित करके और तत्काल एक नया टीबी टीका विकसित करके टीबी की रोकथाम के लिए महत्वाकांक्षी लक्ष्य निर्धारित करें और उसे पूरा करें।

- बच्चों के अनुकूल सेवाओं सहित सभी प्रकार के टीबी परिणामों में सुधार लाने के लिए कार्यकर्ताओं के प्रशिक्षण, सावधानी और संसाधनों की पहचान कर सामाजिक और आर्थिक बाधाओं को पार कर सभी तक पहुँच सुनिश्चित करते हुए सभी को गुणवत्तापूर्ण जन–केंद्रित, समुदाय–आधारित और केवीपी–केंद्रित टीबी देखभाल प्रदान करें।

- सुनिश्चित करें कि एचआईवी, सिलिकोसिस, कुपोषण और मधुमेह जैसी सह–रुग्ण स्थितियों में टीबी सेवाएँ एचआईवी, प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल और/या व्यावसायिक स्वास्थ्य सेवाओं के साथ एकीकृत हों और सह–स्थित मॉडल का उपयोग करके, टीबी का पता लगाने और उपचार में सुधार लाएँ।

- टीबी सेवाओं तक पहुँच में सुधार लाने के लिए निजी क्षेत्र की क्षमता का लाभ उठाएँ, विशेष रूप से बड़े निजी क्षेत्र सेवा प्रदाताओं वाले देशों में।

02 टीबी के उपचार को 2025 तक लैंगिक आधार पर, अधिकार के आधार पर, पूर्वाग्रहों से मुक्त और न्यायसंगत बनाने के लिए टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज के साथ केंद्र में लाएँ

- सुनिश्चित करें कि समुदायों, अधिकारों और लिंग (सीआरजी) और पूर्वाग्रहों के उन्मूलन को यूएनएचएलएम राजनीतिक घोषणा में प्राथमिकता दी जाए, और स्पष्ट रूप से राष्ट्रीय रणनीतिक योजनाओं (एनएसपी) और टीबी कार्यक्रम समीक्षाओं में एकीकृत किया जाए।

- स्टॉप टीबी की साझेदारी (एसटीपी), नागरिक समाज की चुनौतियों (सीएफसीएस), भूमंडलीय कोश और अन्य तकनीकी सहायता तंत्र के माध्याम से दानदाताओं और घरेलू वित्तीय सहायता को जागरूकता, निगरानी और जवाबदेही के प्रयासों सहित टीबी समुदाय के नेतृत्व वाली पहलों के लिए समर्पित करें।

- एनएसपी विकसित करने, टीबी कार्यक्रम समीक्षा की योजना बनाने के साथ ही अधिक दबाव वाले सभी देशों (एचबीसी) में अंतरराष्ट्रीय अनुदान के लिए राष्ट्रीय प्रस्ताव विकास प्रक्रियाओं में विशेषज्ञ योगदानकर्ताओं के रूप में टीबी से प्रभावित लोगों के राष्ट्रीय नेटवर्क तथा महिलाओं एवं लड़कियों के सशक्तिकरण एवं नेतृत्व के साथ ही टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज की सार्थक भागीदारी सुनिश्चित करें।

- सीआरजी मूल्याँकन, पूर्वाग्रहों के नियमित माप का संचालन करें, और सभी एचबीसी में लागत वाली टीबी सीआरजी कार्य योजनाओं को विकसित और कार्यान्वित करें जिनमें समुदाय–आधारित निगरानी (सीएलएम) और समुदाय, अधिकार और लिंग (सीआरजी) आधारित टीबी प्रतिक्रिया शामिल हो।

- टीबी केवीपी की विशिष्ट जरूरतों को व्यवस्थित रूप से पूरा करने के लिए पहचानें, आकार का आकलन करें और धन आवंटित करें, जो एचआईवी से पीड़ित लोगों, प्रवासियों, शरणार्थियों और आंतरिक रूप से विस्थापित लोगों, दवाओं का उपयोग करने वाले लोगों, अपनी स्वतंत्रता से वंचित लोगों, मधुमेह से पीड़ित लोगों, शहरी गरीब और मलिन बस्तियों में रहने वाले लोगों, खनिक और सिलिकोसिस से पीड़ित लोगों, स्वदेशी लोगों और बच्चों, भेद्यता और पहुँच में बाधाओं के आधार पर लोगों को शामिल करें, लेकिन उन तक सीमित नहीं हों।

- टीबी से प्रभावित लोगों के लिए सामाजिक संरक्षण और सुरक्षा को मजबूत करें, और सुनिश्चित करें कि इसमें आय, स्वास्थ्य देखभाल, आवास, पोषण संबंधी सहायता, मानसिक स्वास्थ्य सहायता और कानूनी सहायता शामिल हों।

- टीबी से प्रभावित लोगों के अधिकारों को बढ़ावा देने और उनकी रक्षा करने के लिए और असमानताओं से लड़ने, पूर्वाग्रहों को मिटाने और और भेदभावपूर्ण प्रथाओं, प्रक्रियाओं और भाषा के प्रतिकार के लिए कानूनों, नीतियों और कार्यक्रमों को अद्यतन करें

03 टीबी को समाप्त करने के लिए आवश्यक नए उपकरणों के विकास, कार्यान्वयन और पहुँच में तेजी लाएँ

- संरक्षित निरंतर वित्तीय सहयोग के साथ, 2025 तक बीमारी की घटनाओं में तेजी से कमी लाने के लिए नए टीबी टीकों का विकास, उपलब्धता और पहुँच को सुनिश्चित करें।
- सुनिश्चित करें कि वर्ष 2024 के अंत तक टीबी संक्रमण, रोग से ग्रस्त और दवा प्रतिरोधी टीबी (डीआरटीबी) से प्रभावित सहित सभी लोगों को 2024 के अंत तक नवीनतम लघु उपचार प्राप्त हो जाए।
- टीबी के संक्रमण और रोग के उपचार के लिए नवीनतम अणुओं पर आधारित लघु उपचार तकनीकों के विकास के साथ ही साथ देखभाल के नए केंद्र डब्लूआरएमडी विकसित करें, जो बच्चों के अनुकूल हों और नवीनतम और उभरते उपचार नियमों के अनुसार दवा प्रतिरोध को माप सकते हों।
- डिजिटल तकनीक में निवेश और उपयोग को बढ़ावा दें जैसे– डिजिटल पोर्टेबल एक्स–रे, कृत्रिम बुद्धिमत्ता –समर्थित डायग्नोस्टिक्स और वनइम्पैक्ट जैसी सीएलएम मशीन आदि।
- नए और उभरते उपकरणों को प्रस्तुत करें और बाजार में उनकी पहुँच में वित्त पोषित सामुदायिक सलाहकार तंत्र, समुदाय के नेतृत्व वाले अभियान और परिचालन अनुसंधान के साथ तेजी लाएँ – डिजाइन और से लेकर अपनाने, माँग निर्माण तक और मूल्याँकन के आधार पर डिजाइन और रूपांतरण करें।
- जन–केंद्रित टीकों का उत्पादन करने, उन्हें सबके लिए सुलभ बनाने, टीबी के निदान और उपचार के लिए डिजिटल तकनीक के विकास के लिए वैश्विक गठबंधनों और गैर–लाभकारी उत्पाद विकास साझेदारी जैसे डेवलपर्स के बीच प्रयासों का समन्वय करें और यह सुनिश्चित करें कि वे बौद्धिक संपदा या संबंधित उद्योग या नियामक मूल्य निर्धारण बाधाओं से मुक्त हों जो लोगों तक उनकी पहुँच को बाधित करते हों।

04 टीबी को ख़त्म करने के लिए आवश्यक धन निवेश करें

- कार्यवाई के 6 क्षेत्रों की आवश्यकता को पूरा करने के लिए वर्ष 2023 से 2030 के बीच टीबी अनुसंधान और विकास पर 40 अरब अमेरिकी डॉलर सहित 210 अरब अमेरिकी डॉलर का निवेश कर टीबी के लिए धन की कमी को दूर करें।
- टीबी और टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज भागीदारों के लिए आनुपातिक आवंटन के साथ एसटीपी सीएफसीएस और टीबी रीच, ग्लोबल फंड और यूनिटएड जैसे वैश्विक वित्तपोषण तंत्र की पुनःपूर्ति का समर्थन करें।
- टीबी के लिए घरेलू संसाधन जुटाएँ और मौजूदा निवेश का लाभ उठाने और बाहरी अनुदान पर निर्भरता कम करने के लिए इसे मौजूदा स्वास्थ्य प्रणालियों के साथ एकीकृत करें।
- बहुक्षेत्रीय निवेश, समन्वय और कानूनी ढांचे के अनुप्रयोग के माध्यम से टीबी से प्रभावित परिवारों के सामने आने वाली विनाशकारी लागत को खत्म करें।
- टीबी पर खर्च को प्रभावी बनाने के लिए वित्तपोषण में नवाचार लाकर निवेशकों के समूह का विस्तार करें।
- सुनिश्चित करें कि महामारी की रोकथाम, तैयारी और प्रतिक्रिया, रोगाणुरोधी प्रतिरोध और सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज में निवेश में टीबी की पहचान कर उसे शामिल किया जाए।

05 महामारी की रोकथाम, तैयारी और प्रतिक्रिया (पीपीपीआर), रोगाणुरोधी प्रतिरोध (एएमआर), और सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज (यूएचसी) में टीबी को प्राथमिकता

- टीबी जैसी मौजूदा महामारियों के अनुभवों और उनसे निपटने के उपायों का पीपीपीआर के लिए लाभ उठाना सुनिश्चित करें और भविष्य में हवा में संक्रमण से पैदा होने वाली महामारियों के लिए निवेश में इसकी भूमिका को ध्यान में रखें।

- सुनिश्चित करें कि टीबी दवा–प्रतिरोध को एएमआर निगरानी में दिखाया जाए और एएमआर रणनीतिक योजना और उससे जुड़े वित्तपोषण में इसे संबोधित किया गया हो।

- सुनिश्चित करें कि टीबी की जाँच, रोकथाम, निदान, उपचार और देखभाल प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल और यूएचसी के लिए राष्ट्रीय आवश्यक सेवा पैकेजों में शामिल हों और इसके साथ ही यह भी सुनिश्चित करें कि टीबी से प्रभावित केवीपी और परिवार के सदस्यों सहित प्रभावित सभी लोगों का राष्ट्रीय यूएचसी योजना के द्वारा नामांकित और संरक्षित हों और इस तरह टीबी का यूएचसी की दिशा में प्रगति के मानक के रूप में उपयोग किया जा सके।

- पीपीपीआर, एएमआर, और यूएचसी प्रतिक्रिया में टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज की समान भागीदारी के लिए उनके सार्थक समावेश के साथ वैश्विक स्तर पर सरकारी व्यवस्था के स्तर पर और देश में भी सभी आवाजों की समान भागीदारी विकसित करने के लिए वित्त पोषित मॉडल विकसित करें।

06

बहुक्षेत्रीय कार्रवाई, निर्णायक नेतृत्व और जवाबदेही के लिए प्रतिबद्ध

- इस टीबी जवाबदेही रिपोर्ट के समर्थन और कार्रवाई के आह्वान को लागू करने के लिए पत्रकारों, सांसदों, मशहूर हस्तियों और अन्य सार्वजनिक क्षेत्र में सक्रिय हस्तियों के साथ साझेदारी विकसित करें।

- लक्ष्यों और प्रतिबद्धताओं को हासिल करने के लिए सभी हितधारकों को साथ में रखने के लिए अतिरिक्त तंत्र विकसित करते हुए क्षेत्र–व्यापी सहयोग को मजबूत करें और टीबी के लिए बहुक्षेत्रीय जवाबदेही रूपरेखा (एमएएफ) को अपनाएँ और बढ़ावा दें।

- पूर्वाग्रहों, मानवाधिकारों के उल्लंघन सहित टीबी प्रभावित समुदायों के सामने आने वाली वास्तविकताओं को समझने और संबोधित करने के लिए सीएलएम मॉडल को लागू करें, और उन बाधाओं को दूर करने में समुदाय के नेतृत्व वाली कार्यवाईयों का दस्तावेजीकरण करें। राष्ट्रीय टीबी, पीपीपीआर और यूएचसी प्रतिक्रियाओं को मजबूत करने और सीआरजी की जवाबदेही के लिए इन आँकड़ों का उपयोग करें।

- राष्ट्रीय टीबी प्रतिक्रियाओं, बहुक्षेत्रीय कार्रवाई और जवाबदेही तंत्र की निगरानी और समीक्षा में और टीबी पर 2023 यूएनएचएलएम सहित पीपीपीआर, एएमआर और यूएचसी में टीबी पर प्रतिबद्धताओं को कार्रवाई में बदलने में राज्यप्रमुखों के उच्च–स्तरीय नेतृत्व और टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज को शामिल करें।

- डब्ल्यूएचओ से एक वास्तविक निगरानी तंत्र और डेटा रिपोर्टिंग के लिए एक समय सारिणी और हस्तांतरण योजना विकसित करने का अनुरोध करें।

- देश के भीतर टीबी संबंधी समन्वय तंत्र (सीसीएम) और राष्ट्रीय प्रतिक्रियाओं की निगरानी और समीक्षा से संबंधित तकनीकी कार्य समूहों के भीतर टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज को शामिल करने को अनिवार्य बनाएँ। आने वाले सालों में विकास और जवाबदेही रिपोर्ट का नेतृत्व एसटीपी समुदाय और एनजीओ प्रतिनिधिमंडल करें, इसका समर्थन भी इसमें शामिल हो।

परिचय

क्षय रोग यानि तपेदिक (टीबी) सदियों से मानवता के साथ रहा है। इसकी रोकथाम संभव है, उपचार उपलब्ध है और निराकरण संभव है फिर भी यह अजेय बना हुआ है। वर्ष 2018 में, पहली बार टीबी पर संयुक्त राष्ट्र उच्च स्तरीय बैठक (यूएनएचएलएम) ने सदस्य राज्यों को तपेदिक के खिलाफ लड़ाई पर एक राजनीतिक घोषणापत्र के तहत 2030 तक टीबी को खत्म करने के लिए प्रतिबद्धताएँ निर्धारित करने के लिए प्रेरित किया।[1] इस घोषणापत्र में संयुक्त राष्ट्र के सतत विकास लक्ष्यों (एसडीजी) 2030[2], विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) की टीबी समाप्ति रणनीति 2030[3], और स्टॉप टीबी पार्टनरशिप (एसटीपी) की टीबी को समाप्त करने की वैश्विक योजना 2016–2020[4] की पुष्टि की और वैश्विक, क्षेत्रीय और राष्ट्रीय स्तर पर टीबी उन्मूलन के लिए लक्ष्य निर्धारित किए गए।

टीबी पर पहली यूएनएचएलएम को अब तक चार साल हो गए हैं और लगभग कोई भी लक्ष्य पूरा नहीं हुआ है। कई लक्ष्य सामुदायिक प्राथमिकताओं में भी शामिल नहीं हो पाए हैं। वर्ष 2021 में 1.6 करोड़ लोग टीबी से बीमार पड़े और 16 लाख लोगों की इस बीमारी से मृत्यु हो गई।[5] इसका मतलब है कि, हर दिन, लगभग 29,000 लोगों को टीबी के शिकार हो जाते हैं और उनमें से 15 प्रतिशत लोग इससे बच नहीं पाते हैं। कोविड–19 महामारी ने टीबी को मिटाने की दिशा में प्राप्त कई उपलब्धियों को उलट दिया, जिसके परिणामस्वरूप – दशकों में पहली बार – टीबी की घटनाओं और मृत्यु दर में वृद्धि दर्ज हुई।[5] लेकिन महामारी से पहले भी, टीबी एक संक्रामक रोग के रूप में लोगों की मृत्यु का सबसे प्रमुख कारण बना हुआ था। अगर हम तुरंत कार्रवाई नहीं करते हैं तो आगे भी भविष्य में दूर तक उस स्थिति के बरकरार रहने का खतरा नज़र आता है।

सितंबर 2023 में, टीबी पर दूसरा यूएनएचएलएम, टीबी को समाप्त करने के लिए नई प्रतिबद्धताएँ और लक्ष्य निर्धारित करने के लिए बुलाया जाएगा। यह उन लोगों के लिए लेखा–जोखा करने का समय है जो टीबी की इस चल रही महामारी के केंद्र में हैं। टीबी से प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज को राजनीतिक नेताओं से 2018 में जो वादे उन्होंने किए थे उनकी याद दिलाते हुए उनसे जवाब माँगने चाहिए और उन वादों को ध्यान में रखते हुए अब तक की प्रगति के बीच जो भारी अंतराल हैं उन्हें मिटाने के लिए निर्णायक कार्रवाई और जवाबदेही को प्राथमिकता देने की माँग करनी चाहिए। टीबी को समाप्त करने के लिए जन–केंद्रित देखभाल के लिए प्राथमिकता वाले कार्यों की अपनी कार्य योजना के साथ, जिसमें टीबी अनुसंधान एवं विकास, कार्यान्वयन और बुनियादी ढाँचे के लिए वित्तीय संसाधन की आवश्यकताओं का विस्तृत अनुमान शामिल है, टीबी को समाप्त करने की वैश्विक योजना 2023–2030 अति आवश्यक प्रेरणा प्रदान करती है।[6]

[1]टीबी को समाप्त करने की वैश्विक योजना 2016–2020 को बाद में 2018 यूएनएचएलएम के आलोक में टीबी राजनीतिक घोषणापत्र के रूप में संशोधित किया गया। टीबी को समाप्त करने की वैश्विक योजना 2023–2030 यहाँ से संदर्भित है।

समुदाय रिपोर्ट का कारण

चाहे टीबी कहीं भी उभरे, टीबी से प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज टीबी महामारी के केंद्र में हैं। टीबी को ख़त्म करने के किसी भी प्रयास में वे अंतिम हितधारक और जवाबदेही के वाहक हैं। हालाँकि, उनकी आवाज़ को पर्याप्त प्राथमिकता के साथ सुना नहीं गया है।

पिछले पाँच वर्षों में टीबी में सामुदायिक भागीदारी और कार्यों में एक बड़ा बदलाव आया है और यह रिपोर्ट उस बदलाव का सामयिक प्रतिबिंब है। पहली घातक विभाजन **(डेडली डिवाइड)** रिपोर्ट 2020 में जारी की गई थी, जिसमें राष्ट्राध्यक्षों और सरकारों द्वारा समर्थित लक्ष्यों और प्राप्त परिणामों के बीच बड़े अंतर को उजागर किया गया था।[7] यह दूसरी रिपोर्ट वाजिब असंतोष के साथ उस प्रयास पर सवाल उठाती है। टीबी से प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज यथास्थिति को खत्म करने के लिए निर्णय लेने में अपनी सार्थक भागीदारी का आग्रह करते हैं और एक जन–केंद्रित, न्यायसंगत, अधिकार आधारित, पूर्वाग्रहों से मुक्त, परिवर्तनकारी टीबी उन्मूलन प्रतिक्रिया का नेतृत्व करने में मदद करने का आग्रह करते हैं, जिसमें महामारी की रोकथाम, तैयारी और प्रतिक्रिया (पीपीपीआर), रोगाणुरोधी प्रतिरोध **(एएमआर)**, और सार्वभौमिक स्वास्थ्य देखभाल **(यूएचसी)** के लिए प्रयासों के ही अनुपात में निवेश भी हो। यह रिपोर्ट टीबी से सीधे प्रभावित लोगों के प्रति एकजुटता में बेबाकी से अपनी आवाज मिलाती है, जिसमें वे लोग भी शामिल हैं जो टीबी को कब, कहाँ और कैसे खत्म करना है, इस बातचीत से अक्सर बाहर छूट जाते हैं।

दुनिया भर में टीबी की रोकथाम में मौजूद अंतरालों को दूर करने में महत्वपूर्ण अंतर्दृष्टि प्रदान करने, अपनी उद्देश्यपूर्ण भागीदारी और नेतृत्व और अपने अनुभवों से प्राप्त ज्ञान से संचालित प्रत्येक छह प्रमुख कार्यवाई के क्षेत्रों में काम करने को सुविधाजनक बनाने के लिए यह रिपोर्ट प्राथमिक सिफारिशें प्रदान करती है। यह रिपोर्ट टीबी के कारण साल–दर–साल अनावश्यक रूप से होने वाली मौतों, हाशियाकरण, विकलांगता और सामाजिक आर्थिक नुकसान की विनाशकारी दर को ध्यान में रखते हुए मौजूदा वैश्विक संकट में राजनीतिक और बहुक्षेत्रीय भागीदारी को बढ़ावा देने और उस पर सामुदायिक कार्यवाईयों के लिए डिज़ाइन की गई है।

परिभाषाएँ

इस रिपोर्ट के तहत, 'टीबी प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज' का तात्पर्य है:

- **तपेदिक (टीबी) से प्रभावित लोग:** कोई भी व्यक्ति जो टीबी संक्रमण या टीबी रोग से पीड़ित है या जिसे पहले टीबी रोग था, साथ ही उनकी देखभाल करने वाले और परिवार के सदस्य, और टीबी से प्रभावित प्रमुख और संक्रमण की चपेट में आने की आशंका वाली आबादी **(केवीपी)** के सदस्य, जैसे बच्चे, स्वास्थ्य देखभाल कार्यकर्ता, स्थानीय लोग, एचआईवी से पीड़ित लोग, नशीली दवाओं का उपयोग करने वाले लोग, जेल में बंद लोग (अपनी स्वतंत्रता से वंचित लोग) और अन्य बंद स्थानों में रहने वाले लोग जैसे खदानों में रहने वाले, खानाबदोश और प्रवासी आबादी, महिलाएँ और शहरी और ग्रामीण गरीब।

- **समुदाय–आधारित, नागरिक समाज और गैर–सरकारी संगठन और टीबी से निपटने के लिए काम कर रहे नेटवर्क** जो स्थानीय, राष्ट्रीय, क्षेत्रीय और वैश्विक स्तर पर हैं।

  'टीबी सर्वाइवर्स' या टीबी से जंग जीतने वाले लोग: का उपयोग विशेष रूप से उन लोगों के संदर्भ में किया जाता है जिन्हें पहले टीबी रोग था।
  'टीबी से पीड़ित लोग' या 'टीबी से प्रभावित लोग' का उपयोग उन लोगों के संदर्भ में किया जाता है जिन्हें टीबी की बीमारी है या पहले रही है।

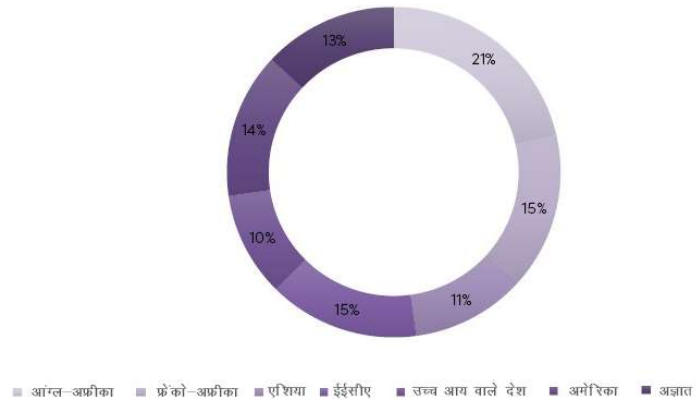
क्रियाविधि

यह रिपोर्ट 91 देशों के 394 संगठनों के टीबी प्रतिक्रिया में लगे 1,018 लोगों के समेकित दृष्टिकोण पर आधारित है। इस रिपोर्ट के लिए सवालों का जवाब देने वालों में अफ्रीका (एंग्लोफोन और फ्रैंकोफोन अफ्रीका), अमेरिका, एशिया, पूर्वी यूरोप और मध्य एशिया (ईईसीए), और उच्च आय वाले देशों (एचआईसी) से हैं जिनमें वैश्विक स्तर पर काम करने वाले लोग भी शामिल हैं (आंकड़े 1–3)। उनके विचारों को दर्ज करने के लिए ऑनलाइन सर्वेक्षण (एन = 860), साक्षात्कार (एन = 158) के माध्यम से प्राप्त किया गया, और प्रत्येक क्षेत्र में टीबी प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज के नेताओं, सामाजिक विज्ञान शोधकर्ताओं और समन्वय संगठनों द्वारा लगातार प्रदान किए जा रहे परामर्श के दौरान सितंबर 2022 और मार्च 2023 के बीच संकलित किया गया, जैसा कि आभार के तहत बताया गया है।

सर्वेक्षण का जवाब देने वालों में लगभग एक–तिहाई लोगों ने स्वयं को टीबी से पीड़ित या टीबी से जंग जीत लेने वाले लोगों के रूप में पहचाना (एन=295)। अन्य उत्तरदाताओं (एन=565) की पहचान समुदाय–आधारित संगठनों और नागरिक समाज संगठनों के प्रतिनिधियों के रूप में की गई है, जिनमें गैर–सरकारी और गैर–लाभकारी संगठन और टीबी से जंग जीत लेने वाले लोगों के नेटवर्क और केवीपी (75:) शामिल हैं; इसके बाद विकास और वित्तपोषण निकाय प्रतिनिधियों (10:) सहित तकनीकी विशेषज्ञ; शिक्षाविद या अनुसंधान संस्थानों के प्रतिनिधि (8:); सरकारी प्रतिनिधि (3:); और पत्रकार (1:) हैं। टीबी से प्रभावित अधिकाँश (90:) प्रतिभागी निम्न और मध्यम आय वाले देशों (एलएमआईसी) में रहते हैं और/या काम करते हैं।

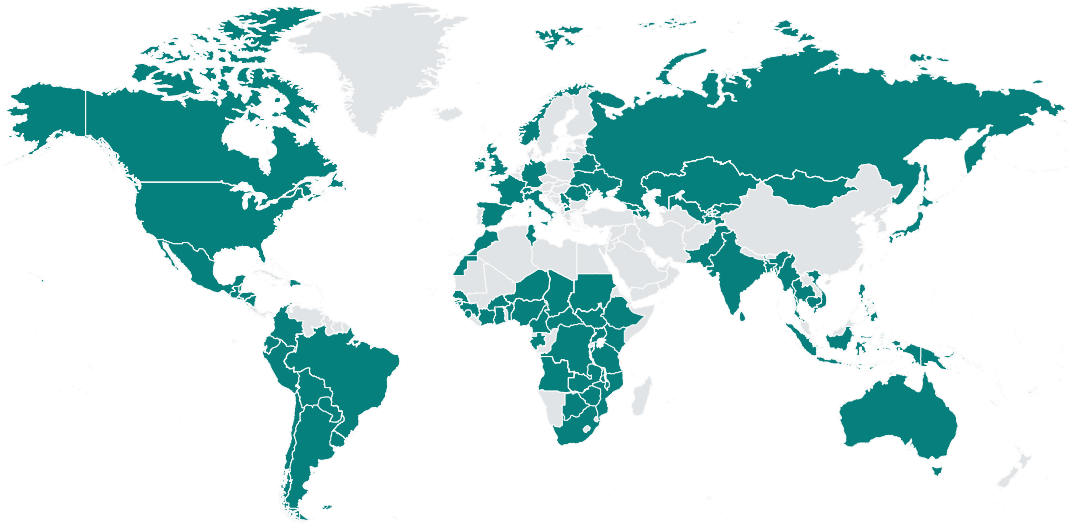
चित्र 1

सर्वेक्षण के लिए सवालों का जवाब देने वालों का क्षेत्रवार विभाजन



चित्र 2

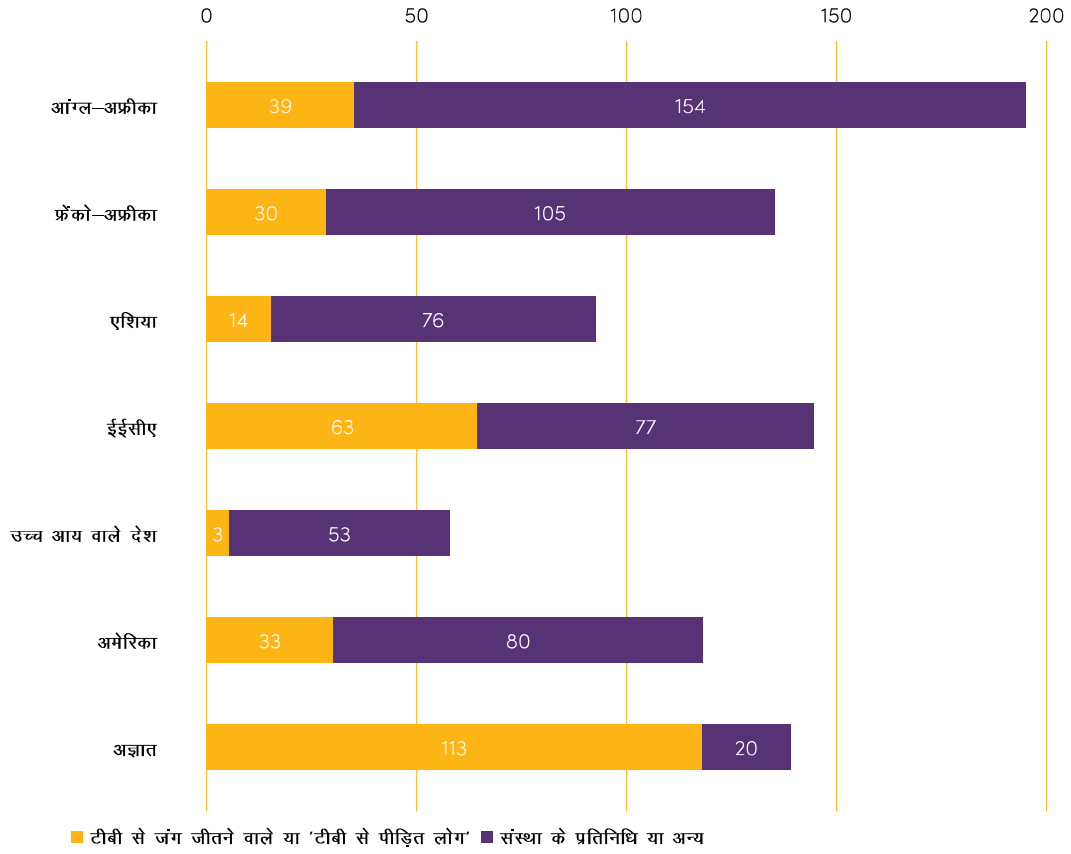
सर्वेक्षण के लिए सवालों का जवाब देने वालों में देशों का प्रतिनिधित्व



91 देश

चित्र 3

सर्वेक्षण के लिए सवालों का जवाब देने वालों की जानकारी



सर्वेक्षण के सवालों का जवाब देने वालों से प्राप्त जानकारी के विश्लेषण के लिए समुदाय के नेतृत्व वाली रूपरेखा का का उपयोग किया गया, इससे प्राप्त औपचारिक साहित्य और अन्य लिखित सामग्री को संदर्भ से जोड़ा गया। सभी छह प्राथमिकता वाले क्षेत्रों पर उत्तरदाताओं के दृष्टिकोण से वर्तमान स्थिति पर 2018 के राजनीतिक घोषणापत्र 1 पर एक स्कोरकार्ड जारी किया गया जो मौजूदा चुनौतियों, अवसरों और टीबी प्रतिक्रियाओं के बारे में परिवर्तनकारी कार्यवाईयों की दिशा में प्राप्त उपलब्धियों पर जानकारी प्रदान करता है। स्कोरकार्ड में प्रत्येक क्षेत्र में प्राप्त प्रगति का एक मात्रात्मक मूल्याँकन शामिल था, जिसमें 2018 के राजनीतिक घोषणापत्र में स्पष्ट लक्ष्य बताए गए थे और जहाँ मात्रात्मक आंकड़े उपलब्ध थे, और/या स्पष्ट लक्ष्य नहीं बताए गए थे वहाँ ट्रैफ़िक रंग कोड का उपयोग करके प्राप्त प्रगति का गुणात्मक मूल्याँकन किया गया था। स्कोरकार्ड में सर्वेक्षणों, साक्षात्कारों और इस रिपोर्ट के लिए समीक्षा किए गए साहित्य से भी प्रासंगिक आँकड़ों को शामिल किया गया है।

वैश्विक, क्षेत्रीय, राष्ट्रीय और उप–राष्ट्रीय स्तरों पर टीबी प्रतिक्रियाओं में टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज के योगदान का उदाहरण देने वाले चालीस व्यक्ति अध्ययनों को उनके योगदान और प्रभाव के साक्ष्य के रूप में प्रस्तुत किया गया है। ये व्यक्ति अध्ययन दुनिया भर में किए गए प्रशंसनीय प्रयासों में से केवल कुछ का प्रतिनिधित्व करते हैं और किसी भी तरह से सबके बारे पूरी जानकारी का दावा नहीं करते हैं। रिपोर्ट मुख्यतः वर्णनात्मक शैली में लिखी गई है, जिसमें स्पष्ट रूप से पूर्वाग्रहों को मिटाने वाली भाषा का उपयोग किया गया है। 9 वैज्ञानिक समुदाय द्वारा पहले से ही तैयार किए गए दस्तावेजों में अच्छी तरह से प्रस्तुत मात्रात्मक साक्ष्यों का इसमें न्यूनतम दोहराव गया है। इसकी बजाय रिपोर्ट टीबी पर इस तरह ही प्रतिक्रियाओं की कल्पना करने के लिए एक कथात्मक आधार प्रदान करती है जो टीबी उन्मूलन के लिए किए गए वादों और प्राप्त प्रगति के बीच बने हुए रोकथाम योग्य और घातक विभाजन को मिटाने में मदद कर सकती है, और अधिक महत्वाकाँक्षी प्रतिबद्धताओं और लक्ष्यों को प्रेरित कर सकती है। टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज की भागीदारी और भागीदारी के अभूतपूर्व स्तर का विवरण देने वाली पूरी विधियाँ परिशिष्ट में उपलब्ध हैं।

टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज से प्राप्त व्यक्ति अध्ययन

इस रिपोर्ट में सामुदायिक कार्रवाई और उपलब्धि के उदाहरण देखे जा सकते हैं। टीबी प्रभावित समुदायों को टीबी प्रतिक्रिया के हर स्तर पर शामिल किया जाना चाहिए।

टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज में निवेश = टीबी उन्मूलन में निवेश।

टीबी उन्मूलन के लक्ष्य

संयुक्त राष्ट्र के विकास के लक्ष्य (एसडीजी 3) के साथ सामंजस्य में 2030 तक टीबी को समाप्त करने के लक्ष्य पर (प्रति 100,000 जनसंख्या पर टीबी की घटनाओं के आधार पर) पहले यूएनएचएलएम 2018 के राजनीतिक घोषणापत्र **(तालिका 1)**[1] और टीबी समाप्त करने की डब्ल्यूएचओ की वैश्विक रणनीति योजना **(तालिका 2)** में निर्धारित किए गए थे। इस रिपोर्ट में 2018 के राजनीतिक घोषणापत्र के लक्ष्य और प्रतिबद्धताओं का लगातार उल्लेख किया गया है। तब से अब तक, यानी 2018 और 2023 के बीच, कई उपलब्धियों का जश्न मनाया जा सकता है जैसे कि बच्चों में टीबी सहित टीबी संक्रमण बीमारी और डीआरटीबी के लिए नए छोटे उपचार नियमों का विकास, और एचआईवी के साथ रहने वाले लोगों के लिए टीबी निवारक उपचार **(टीपीटी)** को शुरू करना। हालाँकि, अभी तक हम लगभग सभी लक्ष्यों को प्राप्त करने से पिछड़ रहे हैं।[137] वर्तमान जवाबदेही तंत्र भी अपर्याप्त हैं, टीबी प्रतिक्रिया में राजनीतिक प्रतिबद्धताओं और वित्तीय निवेशों की पूर्ति में भी अपर्याप्त और दुखद अंतराल मौजूद हैं।

कई समुदाय, अधिकार और लिंग **(सीआरजी)** संबंधी प्रतिबद्धताएँ, जो शुरू में संकेतक या लक्ष्य से रहित थीं, सार्थक निवेश या कार्रवाई उत्पन्न करने में विफल रहीं हैं। कोविड–19 महामारी ने टीबी को खत्म करने के प्रयासों में जबरदस्त बाधा उत्पन्न की, लेकिन हम 2020 से पहले भी कार्रवाई में पीछे थे। इसलिए हमें प्रतिबद्धताओं और जमीनी स्तर पर टीबी प्रभावित समुदायों के सामने आने वाली वास्तविकता के बीच घातक विभाजन के बढने की स्थिति का सामना करना पड़ रहा है।

तालिका 1

2022 के लिए प्रथम यूएनएचएलएम राजनीतिक घोषणापत्र लक्ष्य और प्रतिबद्धताएँ

प्रथम यूएनएचएलएम राजनीतिक घोषणा पत्र	2022 के लिए लक्ष्य और प्रतिबद्धताएँ
टीबी के निदान, उपचार और रोकथाम पर कमियों को दूर करके सभी लोगों तक पहुँचना	टीबी से पीड़ित 4 करोड़ लोगों का इलाज करें, जिनमें 35 लाख टीबी से पीड़ित बच्चे भी शामिल हैं। 115,000 बच्चों सहित 15 लाख लोगों का डीआरटीबी से इलाज करें। 3 करोड़ लोगों को टीपीटी प्रदान करें, जिनमें पाँच वर्ष से कम उम्र के 40 लाख बच्चे, टीबी से पीड़ित 2 करोड़ घरेलू संपर्क वाले लोग और एचआईवी से पीड़ित 60 लाख लोग शामिल हैं।
टीबी प्रतिक्रिया को न्यायसंगत, अधिकार–आधारित और जन–केंद्रित बनाना	उन कानूनों, नीतियों और कार्यक्रमों को हटाएँ जो तपेदिक से पीड़ित लोगों के खिलाफ भेदभाव करते हैं। मानव अधिकारों एवं सम्मान का संरक्षण एवं संवर्धन। टीबी की रोकथाम, निदान और उपचार सेवाओं, विशेषकर केवीपी के लिए सामाजिक–साँस्कृतिक बाधाओं को पहचानें। मानव अधिकारों पर आधारित एकीकृत, जन–केंद्रित, समुदाय–आधारित और लिंग–उत्तरदायी स्वास्थ्य सेवाओं को विकसित करने की आवश्यकता को पहचानें। पूर्वाग्रह और भेदभाव ख़त्म करें।
टीबी को ख़त्म करने के लिए आवश्यक धन का निवेश करना	टीबी को समाप्त करने के उद्देश्य से समग्र वैश्विक निवेश को कम से कम 13 अरब अमेरिकी डॉलर प्रति वर्ष तक बढ़ाना। 1.3 अरब अमेरिकी डॉलर के वित्तपोषण के अंतर को कम करने के लिए टीबी अनुसंधान में समग्र वैश्विक निवेश को 2 अरब अमेरिकी डॉलर तक बढ़ाना।
टीबी को समाप्त करने के लिए आवश्यक नए उपकरणों के विकास में तेजी लाना	नए, सुरक्षित, प्रभावी, न्यायसंगत, किफायती टीके, देखभाल के बिंदु और बच्चों के अनुकूल निदान, दवा संवेदनशीलता परीक्षण प्रदान करने के लिए प्रतिबद्ध; अधिक सुरक्षित, अधिक प्रभावी और कम समय में दवा देने का नियम; टीबी की एकीकृत जन–केंद्रित रोकथाम, निदान, उपचार और देखभाल को सक्षम करने के लिए स्वास्थ्य प्रणालियों (उदाहरण के लिए, सूचना और संचार उपकरण और नई और मौजूदा प्रौद्योगिकियों के लिए वितरण प्रणाली) को मजबूत करने के लिए नवाचार।
नियमित संयुक्त राष्ट्र रिपोर्टिंग और समीक्षा सहित निर्णायक और जवाबदेह वैश्विक नेतृत्व के लिए प्रतिबद्धता	अनुरोध है कि डब्ल्यूएचओ महानिदेशक (डीजी) बहुक्षेत्रीय जवाबदेही ढाँचे को विकसित करना जारी रखें और इसे 2019 तक लागू करें। डब्ल्यूएचओ के महासचिव (एसजी) से अनुरोध है कि वे 2023 में टीबी पर अगले यूएनएचएलएम को राष्ट्राध्यक्षों और शासनाध्यक्षों की समीक्षा के लिए सूचित करने के लिए 2020 तक एक प्रगति रिपोर्ट प्रदान करें।

तपेदिक के खिलाफ लड़ाई पर संयुक्त राष्ट्र महासभा की उच्च–स्तरीय बैठक, 2018[1] की राजनीतिक घोषणापत्र से।

[i] संदर्भ क्रम से बाहर

तालिका 2

डब्ल्यूएचओ की टीबी समाप्ति रणनीति के 2020 और 2030 के लिए लक्ष्य

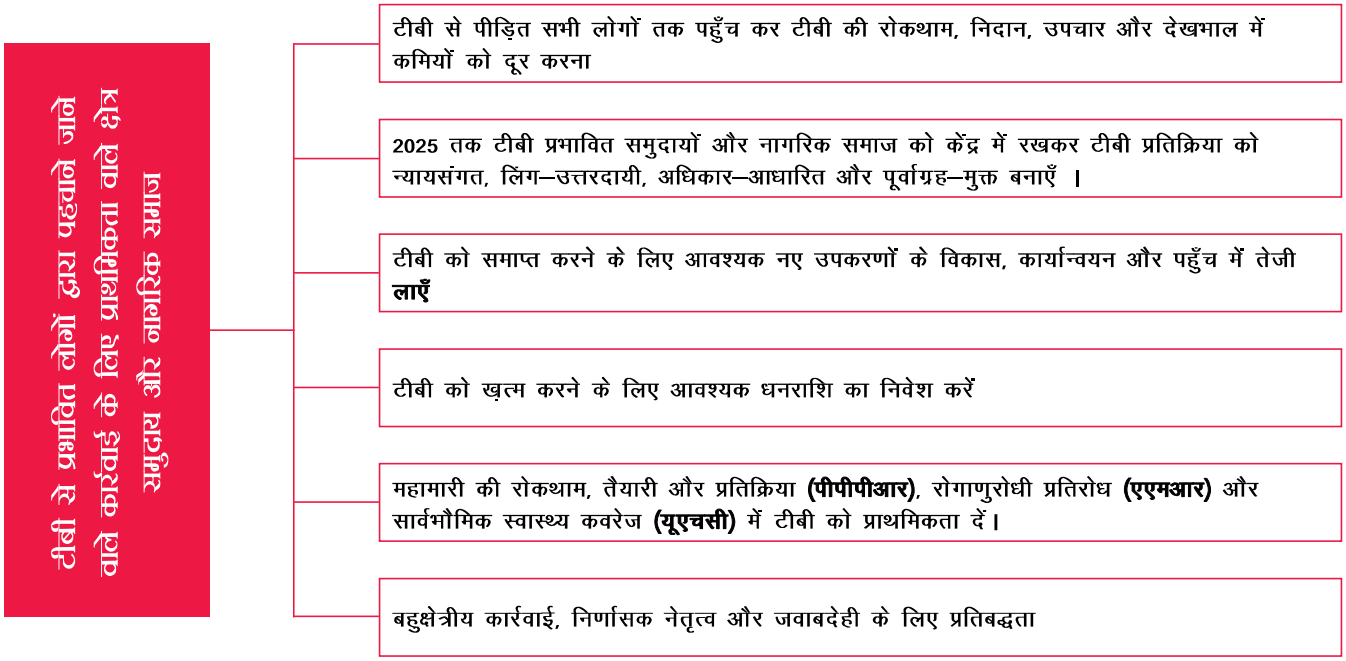
डब्ल्यूएचओ की टीबी समाप्ति रणनीति	लक्ष्य
टीबी के मामलों में कमी लाएँ	2025 तक 50 प्रतिशत और 2030 तक 80 प्रतिशत कमी
टीबी से होने वाली मौतों में कमी लाएँ	2025 तक 75 प्रतिशत और 2030 तक 90 प्रतिशत कमी
टीबी से प्रभावित परिवारों के सामने आने वाली विनाशकारी लागत को समाप्त करें	2020 तक 0
डब्ल्यूएचओ समाप्ति टीबी रणनीति, 2015 से[2] **प्रगति के प्राथमिक संकेतक या उपाय टीबी के त्वरित परीक्षणों और नई दवाओं, टीबी उपचार और निवारक उपचार की कवरेज, और उपचार की सफलता, और टीबी प्रभावित परिवारों के सामने आने वाली भयावह लागत हैं।**	

विभाजन को खत्म करना

टीबी पर पहले यूएनएचएलएम की 2018 के राजनीतिक घोषणापत्र में किए गए वादों और जमीनी हकीकतों के बीच घातक विभाजन को खत्म करने के लिए, टीबी प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज छह प्राथमिकता वाले क्षेत्रों में, यह सुनिश्चित करते हुए कि उन्हें इनमें से प्रत्येक क्षेत्र (चित्र 4) में सार्थक रूप से शामिल किया जाए और संलग्न किया जाए, तत्काल और परिवर्तनकारी कार्रवाई की माँग करते हैं। बाधाओं और चुनौतियों के साथ–साथ इन क्षेत्रों में प्रभावित समुदायों और भागीदारों द्वारा अपनाई गई सर्वोत्तम प्रथाओं के साथ अब तक जो प्रगति हासिल हुई है, उसे बाद के अध्यायों में विस्तार से दर्ज किया गया है, जो निरंतर प्रणालीगत असमानताओं, सीमित निवेशों और निर्णय लेने के लिए सामुदायिक–प्राथमिकता वाले विस्तृत टीबी लक्ष्यों की आवश्यकता को उजागर करती हैं जिनमें से कई टीबी को समाप्त करने की वैश्विक योजना 2023–20306 में निर्धारित किए गए हैं, जिनके बारे में आगे चर्चा की गई है।

चित्र 4

प्रतिबद्धताओं और उपलब्धियों के बीच विभाजन को खत्म करने के लिए कार्रवाई के क्षेत्र



टीबी से प्रभावित प्रमुख और संवेदनील आबादी (केवीपी)

केवीपी पर अधिक ध्यान देने और लक्षित देखभाल की अनिवार्यता को कम करके नहीं आँका जा सकता है, और इस रिपोर्ट में उनकी आवाज को प्रस्तुत किया गया है।

हालाँकि टीबी की चपेट में कोई भी आ सकता है लेकिन जो लोग अपने आवास या काम के संदर्भ में टीबी से प्रभावित इलाकों में ज्यादा रहते हैं, जिनके पास गुणवत्तापूर्ण टीबी और सामान्य स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच सीमित है, और जैविक व्यवहार संबंधी कारकों वाले लोगों के टीबी संक्रमण की चपेट में आने का खतरा अधिक होता है, और उन्हें उपचार के बदतर परिणाम और नकारात्मक सामाजिक परिणाम का भी सामना करना पड़ता है (तालिका 3)।[6]

टीबी के प्रति अधिक संवेदनशीलता का आशय केवल अधिक लोगों में बीमारी की घटनाओं तक सीमित नहीं है। इसका संबंध कानूनी, मानवाधिकार, सामाजिक–आर्थिक, व्यावसायिक और जैविक बाधाओं से भी है जिनका सामना अक्सर गहरी सामाजिक और ऐतिहासिक असमानताओं के कारण कुछ लोगों को ज्यादा करना पड़ता है।[8] वैश्विक स्तर पर, और क्षेत्रीयता के आधार पर टीबी प्रभावित केवीपी लोगों का प्रतिनिधित्व करने वाले लोगों में भारी भिन्नता हो सकती है। "सामाजिक समावेशन" और "समानता" से संबंधित 2018 के राजनीतिक घोषणापत्र[1] में शामिल प्रतिबद्धताओं के अनुरूप, टीबी प्रतिक्रियाओं में केवीपी के सामने आने वाली विशिष्ट बाधाओं पर अधिक बारीकी से ध्यान देना शामिल होना चाहिए। आज, अधिक देशों ने टीबी के लिए अपनी राष्ट्रीय रणनीतिक योजनाओं में टीबी केवीपी को प्राथमिकता दी है।[10]

तालिका 3

टीबी से प्रभावित प्रमुख और संवेदनील आबादी

वे लोग जिन्हें अपने रहने या काम करने की जगह के कारण टीबी के संक्रमण अधिक खतरा रहता है	कैदी, देह व्यापार में लगे लोग, खनिक, अस्पताल में आने–जाने वाले, स्वास्थ्यकर्मी और सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता वे लोग, जो: • शहरी मलिन बस्तियों में रहते हैं; • बंद, कम हवादार या धूल–भरी स्थितियों में रहते हैं; • बच्चों सहित टीबी से पीड़ित व्यक्तियों के संपर्क में रहते हैं; • भीड़भाड़ वाली जगहों में काम करते हैं; • अस्पतालों में काम करते हैं या स्वास्थ्यकर्मी हैं; • मवेशियों के संपर्क में हैं या उनके साथ रहते हैं; • मवेशियों के पास रहना या काम करते या कच्चे दूध या खून के संपर्क में आते हैं।
जिन लोगों के पास गुणवत्तापूर्ण टीबी सेवा तक सीमित पहुँच है	प्रवासी श्रमिक, लैंगिक असमानता वाली स्थितियों में रहने वाली महिलाएँ, बच्चे, शरणार्थी या आंतरिक विस्थापित लोग, अवैध खननकर्ता और बिना देस्तावेज के प्रवासी वे लोग, जो: • जनजातीय या आदिवासी लोग हैं; • बेघर हैं; • दुर्गम क्षेत्रों में रहते हैं; • वृद्धाश्रमों में रहते हैं; • मानसिक या शारीरिक रूप से विकलाँग हैं; • देखभाल तक पहुँच में कानूनी अड़चन है; • समलैंगिक स्त्री–पुरुष, उभयलिंगी या ट्रांसजेंडर हैं।
जैविक कारणों, व्यवहार संबंधी कारकों या रोग प्रतिरोध क्षमता के कमजोर होने के कारण जो टीबी संक्रमण के लिए अधिक संवेदनशील हैं	वे लोग, जो: • एचआईवी संक्रमित हैं; • जिन्हें मधुमेह या सिलिकोसिस है; • इम्यूनोस्प्रेसिव थेरेपी से गुजरे हैं; • कुपोषित हैं; • तम्बाकू का सेवन करते हैं; • शराब संबंधी विकारों से पीड़ित हैं और/या मादक पदार्थों का इंजेक्शन लेते हैं।

टीबी को समाप्त करने की वैश्विक कार्य योजना 2023–2030, स्टॉप टीबी पार्टनरशिप; पृष्ठ 104–105[6]

टीबी को समाप्त करने के लिए वैश्विक कार्य योजना 2030-2023

स्टॉप टीबी पार्टनरशिप (एसटीपी) ने बड़े पैमाने पर टीबी समुदाय के सहयोग से टीबी को समाप्त करने के लिए 2023–30 (तालिका 4) के लिए एक वैश्विक योजना तैयार की। यह योजना 2030 तक टीबी को समाप्त करने के लिए विस्तृत बजट अनुमानों के साथ एक दिशा निर्देश प्रदान करती है, सभी के लिए जन–केंद्रित देखभाल उपलब्ध कराने के लिए नीतिगत हस्तक्षेप और टीबी अनुसंधान एवं विकास, बुनियादी ढाँचे और कार्यान्वयन में अंतराल को संबोधित करने के लिए मार्गदर्शन प्रदान करती है और कम से कम एक नए टीबी टीके की मंजूरी और व्यापक उपलब्धता का आशा करती है। यह एक ऐसी योजना है जो टीबी से प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज पर केंद्रित है, और लिंग, अधिकारों और समानता की जरूरतों के प्रति उत्तरदायी है, मानसिक स्वास्थ्य चुनौतियों और एचआईवी/एड्स जैसी विभिन्न बीमारियों के साथ अन्य कारकों को ध्यान में रखती है। इसमें कई टीबी सीआरजी प्रतिबद्धताएँ शामिल हैं, जिसमें देशों के लिए टीबी सीआरजी मूल्याँकन पूरा करने, एक टीबी सीआरजी लागत वाली कार्य योजना विकसित करने, इसे एनएसपी में एकीकृत करने और योजना को लागू करने/पूरी तरह से वित्तपोषित करने का लक्ष्य है। इस रिपोर्ट के परिणामस्वरूप होने वाली कार्रवाई के आह्वान का वैश्विक योजना से स्पष्ट जुड़ाव है।

तालिका 4

टीबी को समाप्त करने के लिए एसटीपी वैश्विक योजना 2030-2023 प्राथमिकता वाले कार्य

टीबी ख़त्म करने की वैश्विक योजना 2023–2030	प्राथमिकता वाले कार्य
बड़े पैमाने पर लागू व्यापक निवेश पैकेजों के माध्यम से टीबी को समाप्त करना	• एक व्यापक निवेश पैकेज में निवेश करें। • प्रमुख उद्देश्यों और लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए हस्तक्षेप बढ़ाएँ।
टीबी निदान और देखभाल को बढ़ाना	• जन–केंद्रित दृष्टिकोण के माध्यम से सेवाएँ प्रदान करते हुए टीबी देखभाल की फिर से कल्पना करें। आधुनिक निदान का उपयोग बढ़ाएँ। • टीबी से पीड़ित लापता लोगों का पता लगाएँ। • प्रारंभिक निदान का विस्तार करें, जिसमें उपनैदानिक चरण भी शामिल हैं। • टीबी के प्रति जागरूकता बढ़ाने के लिए सार्वजनिक संचार रणनीतियों का विकास और कार्यान्वयन और शीघ्र स्वास्थ्य खोज को बढ़ावा देना। • टीबी स्क्रीनिंग और परीक्षण को अन्य स्वास्थ्य सेवाओं में एकीकृत करें, ऐसी सेवाओं पर ध्यान केंद्रित करें जो स्थानीय आधार पर सामान्य सहरुग्णताओं या जोखिम समूहों को स्थानीय महामारी विज्ञान संदर्भ को ध्यान में रखते हुए संबोधित करती हैं। • ऐसी सहायता प्रदान करें जो टीबी देखभाल प्राप्त करने वाले लोगों को उपचार का कोर्स पूरा करने में सक्षम बनाए और उन पर और उनके परिवारों पर विनाशकारी लागत का अनावश्यक बोझ डाले बिना इलाज का प्रबंध करे। • खरीद प्रणालियों और आपूर्ति श्रृँखलाओं को मजबूत करें।
टीबी की रोकथाम को बढ़ाना	• स्वास्थ्य देखभाल वाले स्थानों और उच्च जोखिम वाले बंद स्थानों में जहाँ लोग एकत्र होते हैं, वहाँ हवा में मॉजूद संक्रमण की रोकथाम और नियंत्रण उपायों को लागू करें। • उन लोगों के लिए टीपीटी प्रदान करें जो टीबी संक्रमण के साथ जी रहे हैं और जिनमें सक्रिय टीबी रोग के बढ़ने का खतरा अधिक है। • आधिकारिक तौर पर जिनकी अनुशंसा कर गई हो और ऐसे टीक उपलब्ध कराएँ और उन्हें लोगों को देने की प्रभावी व्यवस्था करें। • टीबी के जोखिम कारकों और सामाजिक निर्धारकों पर ध्यान दें।
प्रमुख हितधारकों के साथ साझेदारी: समुदाय और निजी क्षेत्र	• टीबी प्रतिक्रिया में टीबी प्रभावित समुदायों को शामिल करने के लिए वित्त पोषण सहायता को कम से कम चारगुना बढ़ाएँ। • टीबी की रोकथाम और देखभाल प्रदान करने के लिए समुदाय–आधारित और घर–आधारित मॉडल का समर्थन करें। • टीबी देखभाल की गुणवत्ता में सुधार, जेब से होने वाले खर्च को कम करने और निजी स्वास्थ्य क्षेत्र में डेटा रिपोर्टिंग में सुधार के लिए सार्वजनिक–निजी मिश्रित दृष्टिकोण को बढ़ावा दें। • मजबूत साझेदारियों के माध्यम से बहुक्षेत्रीय टीबी प्रतिक्रिया का समर्थन करें।
सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज, महामारी की तैयारी और प्रतिक्रिया, और सामाजिक आर्थिक कार्यों के माध्यम से टीबी को समाप्त करना	• सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज पहल के माध्यम से टीबी सेवाओं तक पहुँच का विस्तार करें। • टीबी प्रतिक्रिया को महामारी की तैयारी और प्रतिक्रिया के केंद्र में रखने का प्रयास करें। • गरीबी उन्मूलन और सतत विकास में निवेश करें।

मानवाधिकार, पूर्वाग्रह, लिंग, और प्रमुख एवं संवेदनशील आबादी	• टीबी प्रतिक्रिया की नींव के रूप में सार्वभौमिक मानवाधिकारों को स्थान दें। • टीबी से संबंधित पूर्वाग्रह और भेदभाव को दूर करें। • सुनिश्चित करें कि टीबी संबंधी हस्तक्षेप लिंग–संवेदनशील और लिंग–परिवर्तनकारी हों। • प्रमुख और संवेदनशील आबादी को प्राथमिकता दें, उन तक पहुँचें और उन्हें शामिल करें।
नए टीबी उपकरणों के विकास में तेजी लाना	• नए टीबी निदान, दवाओं और टीकों के अनुसंधान एवं विकास में तेजी लाने के लिए सालाना कम से कम 4 अरब अमेरिकी डॉलर का निवेश करें। सरकारों और परोपकारी संस्थाओं से संसाधन जुटाने, निजी क्षेत्र के साथ जुड़ाव बढ़ाने और नवोन्वेषी एवं टिकाऊ वित्तपोषण की आवश्यकता है। • 2025 तक एक नया टीबी टीका विकसित करें। • नवीन उत्पाद–विकास के तरीकों की पहचान कर और उत्पाद विकास में पक्षों के बीच सहयोग में सुधार ला कर टीबी की रोकथाम, निदान और उपचार के लिए नए उपकरणों के विकास में तेजी लाना। • बुनियादी विज्ञान अनुसंधान में सालाना कम से कम 80 करोड़ अमेरिकी डॉलर का निवेश करें। • परिचालन अनुसंधान के उपयोग का विस्तार करें। • डिजिटल उपकरण विकसित और कार्यान्वित करें। • टीबी अनुसंधान एवं विकास के लिए एक सक्षम वातावरण बनाएँ। • संपूर्ण अनुसंधान एवं विकास प्रक्रिया में सामुदायिक भागीदारी में सर्वोत्तम अभ्यास लागू करें। • नए उपकरणों को शुरू करने और उनके उपयोग को अनुकूलित करने में पहुँच सिद्धांतों को लागू करें। • टीबी नवाचार के लिए समर्थन को मजबूत करना।
संसाधन की जरूरतें, निवेश पर रिटर्न, और निष्क्रियता की लागत	• टीबी की देखभाल और रोकथाम के लिए 2023 से 2030 के बीच 209.8 अरब अमेरिकी डॉलर का वित्तीय सहयोग जुटाएँ, जिसमें से 52.6 अरब अमेरिकी डॉलर नया टीका उपलब्ध होने पर टीकाकरण के लिए है। टीकाकरण के अलावा, देखभाल और रोकथाम के लिए आवश्यक संसाधन, कुल 157.2 अरब अमेरिकी डॉलर की आवश्यकता है, जो औसतन सालाना 19.65 अरब अमेरिकी डॉलर है। • अधिक विविधतापूर्ण वित्तीय सहयोग के तौर पर टीबी अनुसंधान एवं विकास और बुनियादी विज्ञान अनुसंधान के लिए 2023 और 2030 के बीच 40.18 अरब अमेरिकी डॉलर की वित्तीय सहायता जुटाएँ।

टीबी को समाप्त करने की वैश्विक कार्य योजना 2023–2030, स्टॉप टीबी पार्टनरशिप[6]

कार्रवाई का क्षेत्र :1 टीबी से पीड़ित सभी लोगों तक पहुँच कर टीबी की रोकथाम, निदान, उपचार और देखभाल में कमियों को दूर करना

परिचय

टीबी समुदाय के रूप में, हम निःसंकोच यह स्वीकार करते हैं कि टीबी की रोकथाम, निदान, उपचार और देखभाल के लिए सर्वोत्तम गुणवत्ता वाली सेवाओं तक पहुँच का अधिकार सभी का मौलिक मानवाधिकार है, चाहे वे कोई भी हों, कहीं भी रहते हों और कोई भी काम करते हों, या वे किसी भी रूप में पहचाने जाते हों। कम समय में उपचार और तीव्र आणविक निदान (रैपिड मोलेक्यूलर डायग्नोसिस) के साथ कोई समझौता नहीं किसर जा सकता। उच्च राजनीतिक महत्वाकाँक्षा के साथ ही टीबी से प्रभावित लोगों के अधिकारों को प्रोत्साहन और संरक्षित किया जा सकता है।

इस अध्याय में, हम टीबी, डीआरटीबी, बचपन की टीबी और अन्य बीमारियों के साथ होने वाली टीबी के उपचार में प्राप्त सफलताओं, सामने आए अंतरालों और अवसरों, उपलब्ध प्रामाणिक उपकरणों की पहुँच को बढाने के संबंध में टीबी प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज के दृष्टिकोण के साथ सहमति व्यक्त करते हैं। हम महत्वाकाँक्षी कार्यवाई के आह्वान की ओर ले जाने के लिए मामलों की वर्तमान स्थिति पर एक नजर डालने और प्रस्तुत किए गए तर्कों को समझने के साथ शुरुआत करते हैं। प्रत्येक अध्याय में यह दृष्टिकोण अपनाया गया है।

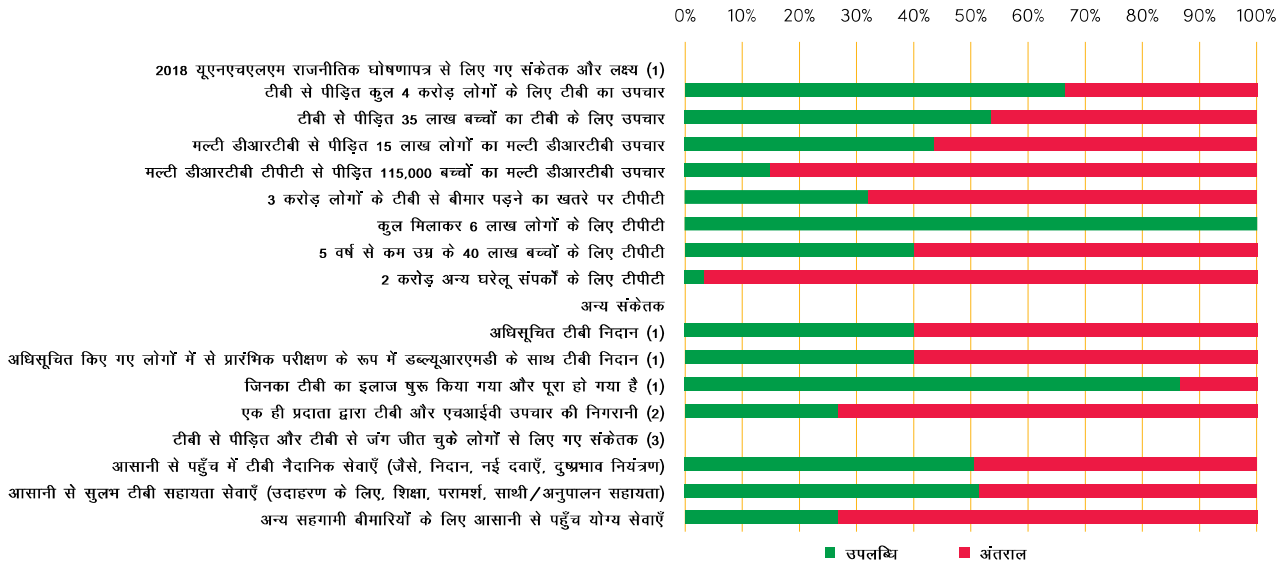
वर्तमान स्थिति के आँकड़े

टीबी की रोकथाम, निदान, उपचार और देखभाल में अंतराल को कम करने की दिशा में 2018 के राजनीतिक घोषणापत्र के संकेतकों के संबंध में उल्लेखनीय प्रगति हुई है। वर्ष 2018 से 2022 के बीच, 19 लाख बच्चों सहित 2.63 करोड़ लोगों का टीबी के लिए इलाज किया गया; और 17,700 बच्चों सहित 649,000 लोगों का डीआरटीबी के लिए इलाज किया गया। कुल मिलाकर, 1.25 करोड़ लोगों को टीपीटी पर रखा गया, जिनमें एचआईवी से पीड़ित 1.03 करोड़ लोग, 16 लाख बाल घरेलू संपर्क और 600,000 अन्य घरेलू संपर्क शामिल थे। कोविड–19 महामारी के कारण सभी देशों में टीबी प्रतिक्रियाओं में बड़े पैमाने पर उथल–पुथल को देखते हुए ये सफलताएँ सराहनीय हैं। हालाँकि, एक स्पष्ट कमी बनी हुई है (चित्र 5) जो तत्काल कार्रवाई की माँग करती है, खासकर तब से – लेखन के समय – टीबी दुनिया के नंबर एक संक्रामक हत्यारे रोग के रूप में अपनी जगह फिर से बना रहा है।

विशेष रूप से, 2021 में, टीबी से पीड़ित 1.06 करोड़ लोगों में से 42 लाख का निदान या अधिसूचित नहीं किया गया था[5,11] और अधिसूचित लोगों में से 60 प्रतिशत को प्रारंभिक नैदानिक परीक्षण के रूप में त्वरित आणविक निदान परीक्षण (रैपिड मोलेक्यूलर डायग्नोसिस टेस्ट) नहीं मिला।[11] कार्रवाई के इस क्षेत्र के लिए कई अन्य महत्वपूर्ण संकेतक प्रासंगिक हैं जिसके लिए वैश्विक आँकड़े उपलब्ध नहीं है। इसके बाद के अनुभागों में, इन उपलब्धियों और अंतरालों को टीबी प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज के कार्यकर्ताओं के नजरिए से प्रतिबिंबित किया गया है, जिसमें टीबी वैज्ञानिक और तकनीकी समुदाय के उत्तरदाता भी शामिल हैं।

चित्र 5

टीबी की रोकथाम, निदान, उपचार और देखभाल में अंतराल को मिटाने के आकड़े (प्रतिशत में)



[1] 2021 के आँकड़ों के आधार पर डब्ल्यूएचओ ग्लोबल टीबी रिपोर्ट 2022;
[2] 2021 के आँकड़ों के आधार पर यूएनएड्स ग्लोबल एड्स मॉनिटरिंग डेटाबेस;
[3] 2022 के सर्वेक्षण डेटा पर आधारित टीबी से पीड़ित/टीबी से जंग जीत चुके लोग

टीबी की रोकथाम

टीबी की रोकथाम में नए और छोटे 1–3 महीने के टीपीटी नियमों की स्वीकार्यता एक सफलता रही है। राजनीतिक घोषणापत्र के लक्ष्यों को पार करते हुए, एचआईवी से पीड़ित 1.03 करोड़ लोगों तक टीपीटी का त्वरित पहुँचना एक बड़ी जीत है, जिसके लिए एचआईवी से प्रभावित समुदायों और लोगों के सहयोगात्मक प्रयासों के साथ ही साथ कई देशों (जैसे, केन्या, घाना, दक्षिण अफ्रीका, मलावी और ज़िम्बाब्वे) के राष्ट्रीय दिशा–निर्देशों में तेजी से किए गए अपडेट का आभार व्यक्त किया जा सकता है। हालाँकि, टीपीटी कवरेज के लक्ष्य बहुत सीमित रखे गए थे और एचआईवी–नकारात्मक लोग, विशेष रूप से टीबी से पीड़ित लोगों के घरेलू और बच्चों के संपर्क टीपीटी वितरण में लगातार छूटते गए। एचआईवी से पीड़ित लोगों के बीच जिस तरह की सफलता मिली है वैसी सफलता के लिए संपर्क जाँच को मजबूत करने और टीपीटी पर संपर्क को सुदृढ़ करने के लिए रखने के लिए उसी अनुपात में कार्यवाई और समर्थन जुटाने के प्रयास करने की आवश्यकता है। (केस स्टडी 1) इस रिपोर्ट में सवालों के जवाब देने वालों का तर्क था कि टीबी संक्रमण की पुष्टि के बिना, बीमारी के लक्षणों के बिना– कोई आश्चर्य की बात नहीं – कि लोग दवाएँ लेने से कतराते हैं, और उनसे भी कम अपने बच्चों में टीपीटी शुरू करने के लिए राजी होते हैं, भले ही वह परहेज कितने ही कम समय के लिए क्यों न हों। टीबी संक्रमण के लिए सटीक बिंदु–देखभाल परीक्षण की आवश्यकता को नकारा नहीं जा सकता। हालाँकि नए परीक्षण ों को मंजूरी दी गई है, लेकिन उन सभी की अपनी सीमाएँ हैं।[12,13] टीबी में निवारक कार्यवाईयाँ भी बहुत संकीर्ण हैं, जो मुख्य रूप से औषधीय हस्तक्षेप पर निर्भर हैं। वायुजनित संक्रमण की रोकथाम और नियंत्रण के उपाय, जो संक्रमण को कम करने में कारगर हैं, अधिकाँश स्वास्थ्य सुविधाओं और सामूहिक व्यवस्थाओं में इनका अभाव है।[14]टीबी के मूल सामाजिक निर्धारकों, विशेष रूप से केवीपी के बीच टीबी के चालकों को संबोधित करने के लिए बहुत कम ठोस प्रयास किए गए हैं, जैसे कि गरीबी और भीड़–भाड़ वाले इलाकों में रहने और काम करने का माहौल, और अल्प पोषण/कुपोषण, मधुमेह, सिलिकोसिस और तम्बाकू के उपयोग जैसी संबद्ध सहरुग्ण स्थितियों के जोखिम को कम करना।[15] अंत में, एक प्रभावी टीबी वैक्सीन की अनुपस्थिति एक स्पष्ट अंतर है, जिसके बारे में कार्रवाई के लिए क्षेत्र 3 में बात की गई है।

टीबी का निदान

2021 में टीबी निदान अंतराल 40 प्रतिशत होने का अनुमान लगाया गया था।[5,11] जबकि कोविड–19 महामारी के चलते लॉकडाउन के दौरान सूचनाओं में नाटकीय रूप से गिरावट आई, यहाँ तक कि 2020 से पहले भी टीबी से प्रत्येक प्रभावित तीन लोगों में से एक की जानकारी छूट गई।[5] टीबी प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज यह जानने के लिए अगली वैश्विक टीबी रिपोर्ट जारी होने का इंतजार कर रहे हैं कि क्या कुछ देशों इस अंतर को मिटा पाए हैं। टीबी से पीड़ित लापता लोगों को ढूंढने के लिए देखभाल स्थल पर पहुँच के प्रयास बढ़ाने और डब्ल्यूआरडी के उपयोग की आवश्यकता होती है। रैपिड मॉलिक्यूलर डायग्नोस्टिक्स 12 वर्षों से अधिक समय से बाजार में है। हालाँकि उनका उपयोग धीरे–धीरे बढ़ा है, विशेष रूप से निजी क्षेत्र की भागीदारी के माध्यम से (केस स्टडी 2), सर्वेक्षण में उत्तरदाताओं ने डब्ल्यूएचओ ग्लोबल टीबी रिपोर्ट के निष्कर्षों की ही पुष्टि करते हुए बताया है कि इन परीक्षणों का उपयोग बहुत कम किया जाता है। वर्ष 2021 में, टीबी से पीड़ित दस में से छह लोगों को सर्वोत्तम उपलब्ध डब्ल्यूआरडी नहीं मिले।[11]

समस्या यह है कि सर्वोत्तम उपलब्ध परीक्षण भी जटिल, महंगे, भारी संसाधनों की माँग वाले होते हैं और इसलिए अधिकाँश जरूरतमंद लोगों की पहुँच से बाहर बने हुए हैं। उत्तरदाताओं ने साझा किया कि टीबी से पीड़ित लोगों का निदान स्प्यूटम स्मीयर परीक्षण और नैदानिक जाँचों के माध्यम से किया जाता है जो गैर–संवेदनशील, गैर–विशिष्ट हैं, उप–नैदानिक रोग को पकड़ने में विफल रहते हैं, और धीमे होते हैं – जाँच के तहत लोगों को एक सुविधा से दूसरी के बीच चक्कर लगाने पड़ते हैं। लंबा इंतजार. संशोधित आरएमडी[16], जिनका उपयोग बिजली की कम आपूर्ति वाले क्षेत्रों में (उदाहरण के लिए, ट्रूनेट), बच्चों के साथ (उदाहरण के लिए, जीनएक्सपर्ट के साथ मल का नमूना लेना), और असामान्य बीमारी प्रदर्शित करने वाले केवीपी जैसे एचआईवी से पीड़ित लोगों (उदाहरण के लिए, टीबी एलएएम) में किया जा सकता है, वे अभी अभी तक बड़े पैमाने पर उपलब्ध नहीं है। रैपिड टीबी डायग्नोस्टिक्स तक सार्वभौमिक पहुँच के लिए डब्ल्यूएचओ मानक – इस रिपोर्ट के लिए डेटा एकत्र किए जाने के बाद जारी किया गया – इसमें 12 ऐसे मानदंड शामिल हैं जो निदान सोपान के माध्यम से लोगों के गुजरने का समर्थन करते हैं।[138] दानदाताओं और नागरिक समाज के समर्थन से, हम टीबी निदान के अंतराल इसमें कमी आने की उम्मीद कर सकते हैं।

अनुभव 1 मोज़ाम्बीक में बचपन के टीबी की जरूरतों को संबोधित करने के लिए समुदाय के नेतृत्व वाले टीपीटी समूह

मोज़ाम्बिक में बाल चिकित्सा सेवा प्रवेश केंद्रों पर सक्रिय जाँच आगे की कार्यवाई की कमी, बच्चों के संपर्कों की जानकारी का अभाव, बाल चिकित्सा परीक्षण के नमूने और विश्लेषण के अप्रभावी तरीके, संपर्कों का पता लगाने और टीपीटी के बीच खराब संयोजन के कारण बचपन की टीबी का पता लगाने और अनुवर्ती कार्रवाई करना गंभीर चुनौती बना हुआ है। वर्ष 2022 में, स्थानीय स्वयं सेवी संस्था एडीपीपी (अजुडा डी डेसेनवोलविमेंटो डी पोवो पैरा पोवो) ने बच्चों सहित लोगों को टीबी प्रतिक्रिया के केंद्र में रखने के लिए पहुँच बढ़ाने के एक सहायक मॉडल के साथ एक डिजिटल समुदाय–आधारित निगरानी (सीएलएम) प्लेटफॉर्म, वनइम्पैक्ट को अपनाया। हस्तक्षेप के तीन महीनों में, ज़ाम्बेज़िया प्रांत में 504 लोगों के बीच बचपन की टीबी से संबंधित बाधाओं को उजागर किया गया, विशेष रूप से 88 प्रतिशत लोगों के बच्चों के साथ यात्रा व्यय, स्वास्थ्य सुविधा तक लंबी यात्रा और टीपीटी दवाओं तक सीमित पहुँच के कारण टीपीटी शुरू नहीं किया गया था। एडीपीपी के स्थानीय टीबी प्रतिक्रिया कार्यकर्ताओं ने संबंधित स्वास्थ्य सुविधाओं में टीबी नर्सों और बाल स्वास्थ्य नर्सों के साथ मिलकर पात्र बच्चों को टीपीटी से जोड़ने के लिए एक अभियान चलाया। अभियान में समुदाय में नियोजित 'स्वास्थ्य मेलों' में संपर्क अनुरेखण और टीबी के बारे में जागरूकता शामिल थी। 'टीपीटी टीमों' ने 504 परिवारों में संपर्क किया और उनके घरों में 1,157 संपर्कों की जाँच की, जिससे 124 लोगों में टीबी का निदान हुआ, जिनमें 15 वर्ष से कम उम्र के 77 बच्चे भी शामिल थे। अन्य 320 बच्चों को पात्र के रूप में पहचाना गया और उनके साथ टीपीटी आरंभ किया गया। सेवा और अवसरों के बीच वास्तविक अंतराल के बारे में अंतर्दृष्टि प्रदान करके, डिजिटल सीएलएम ने तेजी से, साक्ष्य–आधारित समुदाय और स्वास्थ्य प्रतिक्रियाओं के लिए एक प्रभावी चेतावनी प्रणाली के रूप में कार्य किया, जो बचपन में टीबी के लक्ष्यों का समर्थन करता है।

अनुभव 2 निजी और औपचारिक क्षेत्र के साथ सामंजस्य में टीबी सेवाओं तक पहुँच को मजबूत करना

कई एलएमआईसी में, टीबी के लक्षणों वाले दो–तिहाई लोग शुरू में सार्वजनिक क्षेत्र की बजाय बाहर के प्रदाताओं से देखभाल चाहते हैं।[38] टीबी पीपीएम लर्निंग नेटवर्क (tppm.org) दिखाता है कि निजी और अनौपचारिक प्रदाता किस तरह पहुँच, पूर्वाग्रह और असमानता के मुद्दों का समाधान करने के लिए तैयार हैं। 2019–20 में, एसटीपी की टीबी रीच पहल से वित्त पोषण के साथ, केन्या में ओजीआरए फाउंडेशन ने टीबी स्क्रीनिंग में औपचारिक और अनौपचारिक निजी प्रदाताओं को शामिल करने के लिए मालिज़ा टीबी माशिनानी (जमीनी स्तर पर टीबी रोकें) पहल लागू की। बिंटा बालोज़िस (सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेवक) के रूप में किशोर लड़कियों और युवा महिलाओं को टीबी से पीड़ित लोगों को खोजने में कर्मचारियों की सहायता के लिए प्रशिक्षित किया गया और निजी सुविधाओं में नियुक्त किया गया। 10 महीनों में, घरेलू संपर्कों सहित 45,003 लोगों की जाँच की गई, जिसके परिणामस्वरूप 250 लोगों में टीबी की पुष्टि हुई। निजी प्रदाता किशोर लड़कियों और युवा महिलाओं द्वारा प्रदर्शित नेतृत्व की सराहना कर रहे थे।

लगभग उसी समय पाकिस्तान में, ब्रिज कंसल्टेंट्स फाउंडेशन (बीएचएफ) ने टीबी स्क्रीनिंग में महिला निजी प्रदाताओं को शामिल करने के लिए टीबी रीच फंडिंग लागू की। चार जिलों में, टीबी से पीड़ित 1,050 महिलाओं को अधिसूचित किया गया जो कुल अधिसूचित महिलाओं का एक–तिहाई हिस्सा थीं। महिला प्रदाताओं के होने के चलते, शुरू में स्त्री रोग संबंधी और बाल चिकित्सा समस्याओं पर ध्यान केंद्रित किया गया, जिससे अन्यथा पुरुष–प्रधान नैदानिक सेवाओं के चलते आने वाले जेंडर भेदभाव को दूर करने में मदद मिली। सामुदायिक चेस्ट कैम्प, महिला–सशक्तिकरण के समर्थन सत्रों और परिवारों के भीतर पुरुष उपचार समर्थकों को शामिल करने से महिलाओं में टीबी की देखभाल करना आसान हुआ।

भारत में, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय के जन आंदोलन विषय "धार्मिक नेताओं और पंचायती राज संस्थानों को शामिल करना" के अनुरूप, कर्नाटक स्वास्थ्य संवर्धन ट्रस्ट (केएचपीटी) ने 'टीबी से लड़ने में विश्वास बनाए रखना' कार्यक्रम शुरू किया। यूएसएआईडी से वित्त पोषण के साथ, केएचपीटी ने भारत में चार राज्यों में 154 धार्मिक नेताओं को शामिल किया और टीबी के बारे में सामुदायिक भय को दूर करने, पूर्वाग्रहों को कम करने और लोगों को स्वास्थ्य देखभाल से जोड़ने के लिए सावधानीपूर्वक 16 वीडियो संदेश विकसित किए और साझा किए।

टीबी का उपचार

टीबी के उपचार पर रखे गए लोगों में सफलता मिलती नज़र आती है। कोविड–19 महामारी [5]के दौरान उपचार पूरा होने की दर 86 प्रतिशत पर बनी रही, जिससे पता चलता है कि व्यवधान के समय में भी समुदाय के नेतृत्व वाली प्रतिक्रियाओं के माध्यम से देखभाल की गुणवत्ता कायम रही। (केस अध्ययन 3) सामुदायिक नेतृत्व के प्रयास यूक्रेन जैसे संघर्ष वाले क्षेत्रों में भी टीबी देखभाल में निरंतरता बनाए रखने में मदद कर रहे हैं। (केस अध्ययन 4)

डब्ल्यूएचओ द्वारा औषधि–संवेदनशील (डीएस) टीबी के लिए नए चार माह के सुरक्षित और प्रभावी औषधि विधि को त्वरित मंजूरी ने एक निर्णायक मोड़ की भूमिका निभाई।17–19 टीबी प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज जन–केंद्रित उपचार और देखभाल के लिए किए गए वादे का स्वागत करते हैं। हालाँकि, यह आश्चर्यजनक है कि टीबी से पीड़ित 39 प्रतिशत लोग इलाज शुरू करने के लिए स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं तक भी नहीं पहुँचते हैं, उनसे भी कम तक नया इलाज पहुँच पाता है।[5] इसलिए टीबी के उपचार में किसी भी सफलता को इस अंतर को ध्यान में रखते हुए आँका जाना चाहिए, जैसा कि एचआईसी के उत्तरदाताओं द्वारा भी बताया गया है (केस अध्ययन 5), और अन्य रिपोर्ट की गई चुनौतियाँ जिन्हें अनुसंधान के द्वारा प्रामाणित किया गया है, जैसे कि टीबी[20] से प्रभावित परिवारों को भयावह कीमत चुकानी पड़ती है, टीबी के बाद के आजीवन प्रभाव जैसे कि टीबी के बाद फेफड़ों की बीमारी (पीटीएलडी)[21], और टीबी सहवर्ती बीमारियों की स्थितियाँ और टीबी के कारण उत्पन्न होने वाली मानसिक स्वास्थ्य चुनौतियाँ।[22,23]

दवा प्रतिरोधी टीबी

डब्ल्यूएचओ के दिशा–निर्देशों ने डीआरटीबी के लिए देखभाल के मानकों को नए सुरक्षित और प्रभावी पूरी तरह मौखिक छह महीने के उपचार के नियमों की ओर स्थानांतरित कर दिया है।[24] उत्तर देने वालों में ज्यादातर ने कहा कि यह डीआरटीबी वाले लोगों के लिए परिवर्तनकारी रहा है, और डब्ल्यूएचओ की रिपोर्ट में कहा गया है कि 2021 के अंत तक, 124 देश बेडाक्विलिन का उपयोग कर रहे थे, 109 देश इंजेक्शन–मुक्त विधि का उपयोग कर रहे थे, और 92 देश संक्षिप्त विधियों का उपयोग कर रहे थे।[5] इनमें से कई लाभ टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज के शुरुआती समर्थन के प्रयासों से हासिल किए गए थे, जो पहली घातक विभाजन रिपोर्ट में बताए गए थे।[7] नवीनतम डीआरटीबी नियमों का पालन करने वाले लोगों में, उपचार की सफलता दर लगभग दोगुनी होकर 60 प्रतिशत हो गई है।[5] फिर भी, बौद्धिक संपदा सुरक्षा व्यापक उत्पादन में रुकावट डाल कर कई जगहों सार्वभौमिक पहुँच की गति को धीमा कर रही है।[25] भारत में कुछ हद तक टीबी से बचे लोगों की पैरवी के प्रयासों के चलते बेडाक्विलिन दूसरे पेटेंट को अस्वीकार करने का हालिया निर्णय, टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज के लिए एक राहत के रूप में आया है।[26]

डीआरटीबी के लिए नए उपचारों को लागू करने के लिए अभी भी बेहतर परीक्षण की तकनीक और परीक्षण के तरीकों प्रथाओं के बीच मिलान करने की आवश्यकता है। 2021 के आँकड़ों से पता चलता है कि रिफैम्पिसिन–प्रतिरोधी टीबी वाले केवल 49 प्रतिशत लोगों का फ्लोरोक्विनोलोन प्रतिरोध के लिए परीक्षण किया गया था, जो मल्टी–डीआरटीबी के लिए एक सूचक है, और डीआरटीबी वाले तीन में से केवल एक व्यक्ति को उपचार पर रखा गया था।[5] नवाचार की राह में चुनौतियों को कार्यवाई के क्षेत्र 3 में रेखांकित गया है।

अनुभव 3 कोविड 19 महामारी के चरम समय में टोगो में सामुदायिक एजेंटों ने टीबी का उपचार प्रदान किया

टोगों में मार्च 2020 में कोविड–19 की पहचान की गई थी। कई अन्य देशों की तरह, यहाँ भी सामान्य स्वास्थ्य सेवाओं में इसके चलते गिरावट आई और, टीबी के मामले में, सुविधा–आधारित प्रत्यक्ष अवलोकन थेरेपी (डीओटी) को बंद कर दिया गया। इस बदलते परिवेश को देखते हुए, टोगो के राष्ट्रीय टीबी कार्यक्रम (एनटीपी) ने टीबी से पीड़ित लोगों को कई महीनों के लिए दवाओं का आवंटन किया। हालाँकि इस अभिनव कदम का स्वागत किया गया, लेकिन इसने उपचार की सफलता के लिए एक बड़ा जोखिम भी प्रस्तुत किया। इस प्रकार टोगो एनटीपी ने समुदाय में एजेंटों, विशेष रूप से सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं (सीएचडब्ल्यू) और सामुदायिक रिले (सीआर) पर भरोसा करते हुए डीओटी–आधारित उपचार समर्थन का परीक्षण किया। सीएचडब्ल्यू और सीआर को प्रशिक्षित किया गया और टीबी का इलाज करा रहे लोगों से मुलाकात करने और उन पर निगरानी रखने के लिए उनकी यात्रा के लिए उन्हें भत्ता प्रदान किया गया। उनके कार्यों में गहन उपचार चरण के दौरान दैनिक अवलोकन, उपचार जारी रखने के चरण के दौरान मासिक अवलोकन, टीबी फोकल केन्द्रों पर मिलने के समय की याद दिलाना और समुदाय में जागरूकता बढ़ाना शामिल था। हस्तक्षेप और नियंत्रण स्थलों में समान रूप से वितरित 182 प्रतिभागियों के बीच परियोजना का मूल्यांकन किया गया था। उपचार के दूसरे महीने में, हस्तक्षेप समूह में टीबी कल्चर रूपांतरण दर 89.01 प्रतिशत थी जबकि नियंत्रण समूह में 70.33 प्रतिशत थी। हस्तक्षेप बनाम नियंत्रण में उपचार के परिणामों में (1) चिकित्सीय सफलता: 93.41 प्रतिशत बनाम 78.02 प्रतिशत; (2) नज़र से ओझल हो गए: 0 प्रतिशत बनाम 6.59 प्रतिशत; और (3) मृत्यु: 1.10 प्रतिशत बनाम 5.59 प्रतिशत शामिल थे। टीबी उपचार की निगरानी के लिए सीएचडब्ल्यू और सीआर का उपयोग सफल साबित हुआ।[39]

टोगो के अनुभव से दर्ज किए गए फायदे और चुनौतियों से सीख कर देश के भीतर और इसकी सीमाओं से परे लाभ उठाया जा सकता है। कोविड–19 महामारी ने टोगो और अन्य देशों में डीओटी से परे उपचार की निगरानी और समर्थन के लिए नए दृष्टिकोण अपनाने की इच्छा पैदा कर दी है।

अनुभव 4 यूक्रेन में युद्ध की चुनौतियों का जवाब देना

युद्ध और सशस्त्र संघर्ष टीबी निदान और देखभाल सहित तमाम आवश्यक सेवाओं तक पहुँच को कमजोर किया है। यूक्रेन के खिलाफ रूस के युद्ध ने ऊर्जा ग्रिड सहित यूक्रेन के बुनियादी स्वास्थ्य ढाँचे को तहस–नहस कर दिया है। मानवाधिकार समूहों की एक जाँच रिपोर्ट में यह बताया गया है कि युक्रेन में आक्रमण की शुरुआत के बाद से 700 अस्पतालों, स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं और चिकित्सा के अन्य बुनियादी ढाँचों पर हमले हुए हैं।[40] फरवरी और दिसंबर 2022 के बीच, 292 हमले किए गए, जिनमें 218 अस्पतालों और क्लीनिकों को नुकसान पहुँचाया या नष्ट कर दिया, 181 हमले हुए अन्य स्वास्थ्य के बुनियादी ढाँचों जैसे फार्मेसियों, रक्त केंद्रों और दंत चिकित्सालयों पर, 65 हमले एम्बुलेंसों पर, और स्वास्थ्य देखभाल कर्मियों पर 86 हमले हुए, जिनमें 62 लोग मारे गए और 52 घायल हुए। हालाँकि आँकड़े अभी उपलब्ध नहीं है, लेकिन ऐसी संभावना है कि युद्ध के कारण टीबी की घटनाओं में वृद्धि हुई है और अधिसूचना में कमी आई है, इस प्रकार टीबी से पीड़ित लापता लोगों की संख्या बढ़ी है। टीबी से पीड़ित लोगों को अब उन हालात से निकालने और जहाँ उनका पुनर्वास किया जाए वहाँ उनके लिए आवास और भोजन जैसी आवश्यक जरूरतों की आपूर्ति के लिए संसाधनों, रोजगार और मनोवैज्ञानिक सहायता की आवश्यकता है।

इन असाधारण हालात में, यूक्रेन और यूक्रेनियन ने अभूतपूर्व सार्वजनिक सहयोग जुटाया है। एलायंस फॉर पब्लिक हेल्थ युक्रेन में ही आंतरिक विस्थापित हो चुके लोगों में टीबी की जाँच और वित्तपोषण की आवश्यकताओं का पता लगाने और देखभाल तक उनकी पहुँच बढ़ाने के लिए उनके दस्तावेज को पुनर्प्राप्त करने के लिए उनकी जरूरतों का एक आकलन किया है। टीबी यूरोप गठबंधन ने यूनिसेफ के स्पिलनो बाल केन्द्रों पर बच्चों और माताओं के लिए टीबी स्क्रीनिंग का समन्वय किया, और कब्जे वाले क्षेत्रों से नागरिकों को निकालने की व्यवस्था कर और स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं तक चिकित्सा आपूर्ति खरीद कर पहुँचाई है। टीबी पीपल यूक्रेन के साथ–साथ यूक्रेन के अन्य संगठनों ने तत्काल मानवीय सहायता प्रदान करने पर ध्यान केंद्रित किया, कुछ गैर सरकारी संगठनों ने कब्जे वाले क्षेत्रों में चल रही गोलाबारी के बीच भी स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं और देखभाल करने वाले लोगों को दवाएँ, भोजन, पानी और व्यक्तिगत देखभाल उत्पाद वितरित किए। सटीक आँकड़ा अभी तक नहीं मिला है, लेकिन मानवीय सहायता पहुँचाने वाले कई स्वयंसेवक घायल हो गए हैं, मारे गए हैं और/या बंधक बना लिए गए हैं।

यूक्रेन के स्वास्थ्य मंत्रालय के साथ मिलकर सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्र, युद्ध के समय में टीबी से पीड़ित लोगों को चिकित्सा सहायता मिलते रहने का प्रावधान करने; आपूर्ति शृंखला की बहाली कर टीबी देखभाल की निरंतरता सुनिश्चित करने के लिए प्रबंधन उपाय करने; और स्थानीय टीबी सुविधा केन्द्रों पर व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरणों (उदाहरण के लिए, शरीर के लिए रक्षा कवच और हेलमेट), दवाओं और चिकित्सा आपूर्ति के लिए जरूरतों पर नज़र रखने के लिए एक राष्ट्रीय कार्य योजना विकसित करने की प्रक्रिया का नेतृत्व और समन्वय प्रदान कर रहा है। युद्ध से प्रभावित टीबी केवीपी के साथ मिल कर टीबी प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज अग्रिम पंक्ति में काम कर रहे हैं और इस महत्वपूर्ण कार्य को जारी रखने के लिए उन्हें समर्थन और वित्त पोषण किया जाना चाहिए।
स्रोतः (विनाश और विनाशः यूक्रेन की स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली पर रूस के हमले का एक वर्ष। पीएचआर 2023)।

Source: (Destruction and Devastation: One Year of Russia's Assault on Ukraine's Health Care System. PHR, 2023).

अनुभव 5 आवश्यक निदान और दवाओं की एचआईसी तक पहुँच का आकलन करने में बाधाएँ

यह भ्रम हो सकता है कि एचआईसी में रहने वाले लोगों के पास अधिक सम्मानजनक और अत्याधुनिक स्वास्थ्य सुविधाओं तक पहुँच है। अधिकांश एचआईसी में क्योंकि टीबी अपेक्षाकृत कम लोगों को प्रभावित करता है, जिनमें से अधिकाँश हाशिए पर हैं या अन्यथा अधिक असुरक्षित हैं, स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं, जनता और राजनेताओं किसी का भी इस पर आसानी से एक मुद्दे के रूप में ध्यान ही नहीं जाता है। टीबी से प्रभावित लोगों को समय पर निदान सहित कई चुनौतियों का सामना करना पड़ता है। विभिन्न एचआईसी में टीबी से जंग जीत चुके लोगों की कहानियाँ सच्चाई को बयान करती हैं।

सर्वोत्तम उपलब्ध उपचार तक पहुँच का प्रयास एचआईसी में भी उतना ही निराशाजनक हैं। डब्ल्यूएचओ की अनिवार्य दवाओं की मॉडल सूची41 पर सूचीबद्ध होने के बावजूद कनाडा जैसी कई एचआईसी में अन्यायपूर्ण कॉर्पोरेट और घरेलू नीतियों के चलते रिफापेंटाइन तक उपलब्ध नहीं है। उदाहरण के लिए, हेल्थ कनाडा के स्वास्थ्य नियमों में कहा गया है कि दवाओं को उनके निर्माता से ही सीधे आयात किया जा सकता है, लेकिन रिफापेंटाइन के निर्माता सनोफी (sanofi-ca) ने देश में विनियामक अनुमोदन के लिए कभी आवेदन ही नहीं किया है। इसका मतलब है कि प्रदाताओं को हेल्थ कनाडा के अनिवार्य स्वास्थ्य सेवा आवश्यकता कार्यक्रम के साथ बोझिल प्रशासनिक बाधाओं से गुजरना होगा ताकि टीबी से पीड़ित लोग नवीनतम कम समय की उपचार विधि को प्राप्त कर सकें। इसी तरह का अनुभव यूरोप के साथ भी बताया गया है, जहाँ सनोफी ने यूरोपीय औषधि एजेंसी के साथ रिफापेंटाइन के पंजीकरण के लिए आवेदन नहीं किया है। इसके विपरीत, कई अन्य देश, विशेष रूप से एलएमआईसी और कुछ एचआईसी, जैसे ऑस्ट्रेलिया आदि नई टीबी दवाओं के आयात के लिए एसटीपी द्वारा समन्वित टीबी के लिए वैश्विक औषधि सुविधा का उपयोग कर रहे हैं। इससे अधिकाँश एचआईसी की तुलना में इन देशों में गुणवत्ता–सुनिश्चित और जन–केंद्रित निश्चित–खुराक संयोजन फॉर्मूलेशन (एफडीसी) तक पहुँच में सुधार हुआ है।

बचपन में टीबी

टीबी से पीड़ित बच्चे अब डीआरटीबी सहित टीबी के इलाज के लिए छोटे, बच्चों के लिए उपयुक्त औषधीय विधि का उपयोग कर सकते हैं। इसी तरह, टीबी से पीड़ित लोगों के संपर्क में आने वाले बच्चे भी कम अवधि की औषधि विधि प्राप्त कर सकते हैं।[27] टीबी से पीड़ित बच्चों में उपचार की सफलता 88 प्रतिशत पर टीकी हुई है, और टीपीटी भी 80 प्रतिशत बना हुआ है।[5] हालाँकि, टीबी से होने वाली मौतों में 15 वर्ष से कम उम्र के बच्चों का 14 प्रतिशत तक होना अस्वीकार्य है।[6] वर्ष 2018 से 2021 के बीच, टीबी से पीड़ित अनुमानित सभी बच्चों में से आधे से भी कम को इलाज पर रखा गया था, और उनमें भी डीआरटीबी वालों में केवल 15 प्रतिशत को ही इलाज मिला।[5] टीपीटी के लिए भी पहुँच खराब है; टीबी से पीड़ित लोगों के 5 वर्ष से कम उम्र के तीन बच्चों में से केवल एक की पहचान घरेलू संपर्क जाँच के माध्यम से की जाती है और उसे टीपीटी पर रखा जाता है।[5] उत्तरदाताओं ने इन गंभीर परिणामों के प्राथमिक चालक के रूप में बच्चों में टीबी निदान अंतर के बारे में गंभीर चिंता व्यक्त की है। टीबी से पीड़ित या टीबी विकसित होने के जोखिम वाले बहुत से बच्चों की पहचान नहीं की जा रही है और इसलिए उन्हें देखभाल के दायरे में ही प्रवेश नहीं दिया जा रहा है।
टीबी से प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज (केस अध्ययन 6) पहले दर्ज बाधाओं[28] जैसे कि बच्चों के अनुकूल आरएमटी की कमी, नई छोटी व्यवस्थाओं के बारे में जागरूकता और समर्थन के अभाव, और बच्चों के लिए टीबी का निदान उपलब्ध कराने के बारे में सेवा प्रदाताओं की झिझक और अपने बच्चों की टीबी का इलाज शुरू कराने को लेकर देखभाल करने वालों की हिचक को दूर करने के लिए कड़ी मेहनत कर रहे हैं। टीबी डायग्नोस्टिक एल्गोरिदम और देखभाल करने वालों की ओर से अपने बच्चों को टीबी के उपचार पर रखना। बच्चों के अनुकूल डीआरटीबी फॉर्मूलेशन के लिए समर्पित प्रयासों की सराहना की जानी चाहिए, लेकिन कुछ उत्तरदाताओं ने दुर्गम क्षेत्रों में खराब पहुँच की निरंतर चुनौती की ओर इशारा किया।

अनुभव 6 कैमरून में बचपन की टीबी के लिए आवाज उठाती महिलाएँ और लड़कियाँ

कैमरून में, टीबी से पीड़ित लगभग 5 प्रतिशत आबादी 14 वर्ष से कम उम्र के बच्चों की है। बचपन के टीबी का वास्तविक आँकड़ा और अधिक होने का अनुमान है, लेकिन निदान क्षमता का अभाव, सेवा प्रदाताओं के पास जानकारी के अभाव, टीबी से जुड़ी आशंकाएँ और पूर्वाग्रह और प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं के साथ टीबी सेवाओं के एकीकरण का अभाव इस स्थिति को बदलने में बड़ी बाधाएँ हैं। 2020–21 में, कैमरून में सामाजिक स्वास्थ्य में बदलाव के लिए गैर सरकारी संगठन ने (fiscameroun-org) ने एलिजाबेथ ग्लेसर पीडियाट्रिक एड्स फाउंडेशन (ईजीपीएएफ) कैप–टीबी एडवोकेसी स्मॉल ग्रांट प्रोजेक्ट के माध्यम से एक अभियान शुरू किया। "कैमरून में बाल चिकित्सा तपेदिक के मुद्दे पर महिलाओं की आवाज" ने बच्चों में टीबी के उपचार को शामिल करने के लिए इसे राष्ट्रीय दिशानिर्देशों में शामिल कराने और बचपन की बीमारियों के एकीकृत टीबी प्रबंधन (आईएमसीआई) के लिए और निर्देशों को शामिल करने की माँग की कि:

1. बाल चिकित्सा टीबी से प्रभावित महिलाओं को नेतृत्व और प्रभावी संप्रेशण का प्रशिक्षण दें।
2. प्रभावित महिलाओं और लड़कियों के साथ फोकस समूहों के माध्यम से समर्थन के संदेश तैयार करें।
3. समर्थन अभियान को आगे बढ़ाने के लिए सहयोगियों को जुटाएँ।
4. सोशल मीडिया के नेटवर्क नेटवर्क और मीडिया (टीवी और रेडियो) के मंचों का उपयोग करें।
5. सार्वजनिक स्वास्थ्य मंत्रालय के साथ रणनीतिक बैठकों के माध्यम से आईएमसीआई में बाल चिकित्सा टीबी पर ध्यान दिलाएँ।

अभियान ने 1,100 महिलाओं को संगठित किया जिन्होंने बाल चिकित्सा टीबी के खिलाफ लड़ाई में बेहतर राष्ट्रीय नेतृत्व और जवाबदेही की माँग के लिए कई चैनलों का इस्तेमाल किया। इससे पता चला कि टीबी उन्मूलन के लिए राष्ट्रीय लक्ष्यों में जवाबदेही और नेतृत्व लाभार्थियों की भागीदारी और वकालत के माध्यम से बनाया जा सकता है।

अनुभव 7 एशिया में केवीपी तक पहुँचना

सामुदायिक पहुँच, सशक्तिकरण, क्षमता निर्माण, संपर्क जाँच और टीबी से प्रभावित लोगों के लिए सक्रिय समर्थन के माध्यम से, एशिया टीबी उन्मूलन लक्ष्यों की दिशा में प्रगति कर रहा है। नागरिक समाज संगठन और समुदाय इसमें सक्रिय भूमिका निभा रहे हैं। इंडोनेशिया में 34 में से 30 प्रांतों में 15 लाख की टीबी के लिए जाँच की गई, जिसमें पीआर कोमुनिटास कोनसोर्सियम पेनाबुलु–एसटीपीआई (tbckomunitas-id) जैसे संगठनों के समर्पित प्रयासों की बड़ी भूमिका रही। समुदाय भी टीपीटी को बढ़ावा देने के लिए एकजुट हुए और राष्ट्रीय टीपीटी कवरेज में 50 प्रतिशत तक का योगदान दिया। कंबोडिया में सामुदायिक कार्य ने कोविड–19 महामारी के दौरान टीबी के मामलों 20 प्रतिशत तक कमी लाने में योगदान दिया।

इसके अतिरिक्त, नागरिक समाज संगठन जैसे भारत में REACH और GCTA, कंबोडिया में KHANA और फिलीपींस में ACHIEVE ने राष्ट्रीय टीबी रणनीति में मानवाधिकारों और लैंगिक – और सामुदायिक नेतृत्व वाली निगरानी की सिफारिश की है और समुदाय–आधारित अर्धन्यायिक प्रशिक्षण और अधिकार–उन्मुख टीबी साक्षरता प्रदान कर रहे हैं ताकि टीबी से प्रभावित लोग अपने मानवाधिकारों की रक्षा में भी सक्षम हो सकें।

हालाँकि, सर्वोत्तम प्रयासों के बावजूद, इन समुदाय और नागरिक समाज संगठनों को भारी वित्तीय बाधाओं का सामना करना पड़ता है, जो पूर्वाग्रहों को दूर करने के साथ ही साथ सामाजिक कार्यकर्ताओं और सामुदायिक कार्यकर्ताओं को प्रशिक्षित करने या केवीपी की जरूरतों को पूरा करने की पहल मे बाधा उत्पन्न करता है। केवीपी के लिए टीबी कहीं अधिक जटिल बीमारी बन जाती है, क्योंकि वे जिन इलाकों में रहते हैं, उनमें वे लोग शामिल हैं जो खदानों में काम करते हैं, कुपोषित हैं, एचआईवी, मधुमेह और अन्य सहवर्ती बीमारियों से पीड़ित हैं, उनमें बच्चे हैं, जातीय अल्पसंख्यक हैं, या गरीब हैं। सबसे अधिक हाशिए पर मौजूद लोगों तक पहुँचने और उन्हें टीबी देखभाल से जोड़ने के लिए समुदाय और नागरिक समाज–आधारित प्रयासों में निवेश बढ़ाने की आवश्यकता है।

टीबी कोमोरबिडिटी

टीबी से ग्रसित 15–60 प्रतिशत लोग इस रोग के साथ–साथ होने वाली अन्य बीमारियों या लक्षणों में जैसे एचआईवी, मधुमेह, कुपोषण, फेफड़ो से संबंधी रोग (सिलिकोसिस) तम्बाकू का सेवन, और शराब या नशीली दवाओं का सेवन करना शामिल है।[29–34] इनमें से कई स्थितियाँ टीबी के खतरे को बढ़ाती हैं, और इससे प्रभावित लोग केवीपी का प्रतिनिधित्व करते हैं। (प्रकरण या केस का अध्ययन)। टीबी के उपचार और अन्य स्वास्थ्य कार्यक्रमों के लिए एकीकृत सेवा वितरण (इंटीग्रेटेड सर्विस डिलवरी.–आईएसडी) प्रणाली, जिसमें एक बार क्लिनिक (चिकित्सालय) के संपर्क में आने पर कई सेवाएँ प्रदान की जा सकती हैं, जिससे टीबी से ग्रसित लापता व्यक्तियों को ढूंढा जा सकता है और उन्हें उपचार से जोडने में मद्द हो सकती हैं। इस प्रकार उनकी दोनो स्थितियों का ध्यान रख कर और देखभाल करें एवं बहुआयामी रोगों से ग्रसित होने की संभावना को कम किया जा सकता है।[35]

टीबी और एचआईवी उपचार के कार्यक्रमों के बीच बेहतर सामंजस्य होने से दोनों संक्रमणों के परिणामों में काफी सुधार हुआ है, लेकिन अन्य स्वास्थ्य कार्यक्रमों में समन्वय बहुत सीमित है।[35] यहाँ तक कि टीबी–एचआईवी के क्षेत्र के बीच सामंजस्य में भी अंतराल आते रहते हैं। 2021 में, एचआईवी से पीड़ित लगभग हर दो रोगियों में से एक व्यक्ति को टीबी भी हो गई, जबकि उसमें टीबी के लक्षण नहीं थे और ना ही ऐसी किसी रिपोर्ट की सूचना थी। इसके अलावा एड्स से संबंधित तीन मौतों में से लगभग एक टीबी से संबंधित थी। अधिकांश देशों में, टीबी और एचआईवी का उपचार विभिन्न स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करने वाले प्रदाता अलग–अलग हैं और निगरानी करने वाले भी अलग–अलग हैं।[29] टीबी रोग के साथ–साथ होने वाले अन्य रोगो के उपचार के लिए सह–स्थित और एकीकृत दृष्टिकोणों के तहत लोगों को केंद्र में रखकर (जन केंद्रित) कार्यक्रम का समर्थन कर सकते हैं, जैसा कि व्यवस्थित समीक्षा के माध्यम से प्रमाणित हुआ हैं[36], विशेषतौर से प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के स्तर पर। वे सार्वभौमिक स्वास्थ्य की प्राप्ति के कार्यक्षेत्र में भी योगदान दे सकते हैं, जैसा कि कार्यवाई प्रक्रिया (अभियान चलान) के विषय के संभाग 6 में रेखांकित किया गया हैं।

क्रॉस-कटिंग बाधाएँ

सभी तक पहुँचने का लक्ष्य क्रॉस–कटिंग बाधाओं से बाधित है (चित्र 6)। विभिन्न सेटिंग्स के उत्तरदाताओं ने साझा किया कि कैसे टीबी सेवाओं, उपकरणों और प्रौद्योगिकियों तक पहुँच संसाधन और तकनीकी बाधाओं सहित परिचालन चुनौतियों से भरी थी, उन सेटिंग्स में टीबी सेवाओं की कमी जहाँ प्रभावित लोग रहते थे और काम करते थे (अर्थात, अपर्याप्त विकेंद्रीकरण), स्वास्थ्य का खराब प्रशिक्षण कार्यबल; और सामाजिक आर्थिक चुनौतियाँ जिनमें टीबी के बारे में गलत धारणाएँ, कलंक और भेदभाव, और विशेष रूप से केवीपी के लिए सामाजिक आर्थिक सुरक्षा की कमी के साथ आर्थिक कठिनाई शामिल है, जैसा कि कार्यवाई के क्षेत्र 2 में बताया गया है। कई तकनीकी विशेषज्ञों और बड़े संगठनों ने चेतावनी दी है कि टीबी की प्रतिक्रिया पर्याप्त रूप से खुद को नहीं जोड़ रही है। वैश्विक सार्वजनिक स्वास्थ्य में चल रहे आंदोलनों के साथ; इसे कार्यवाई के क्षेत्र 6 में बताया गया है। जाँच केन्द्र डायग्नोस्टिक टेस्ट और वैक्सीन की अनुपस्थिति सहित नवाचार में अंतराल, कार्यवाई के क्षेत्र 3 में उठाया गया, टीबी से पीड़ित लापता लोगों को खोजने और बीमारी को खत्म करने में बुनियादी चुनौतियों के रूप में देखा गया।

चित्र 6

क्रॉस-कटिंग बाधाएँ (विभिन्न स्थितियों में घटित होने वाली कई समस्याएं)

सभी तक पहुँचने के लिए टीबी प्रतिक्रिया पर पुनर्विचार आवश्यक

टीबी से ग्रसित होने वालों की संख्या में 2022 के लिए जिस कमी की कल्पना की गई थी उसमें वैश्विक लक्ष्य में केवल 10 प्रतिशत की कमी आई है जो उस लक्ष्य का आधा हैं और मृत्यु दर में केवल 6 प्रतिशत की कमी दर्ज की गई।[5] यह स्पष्ट है कि वर्तमान प्रतिक्रियाएँ अपर्याप्त है। केवीपी टीबी से प्रभावित लोगों का सबसे बड़ा हिस्सा है।[37] यह कोई संयोग नहीं है। यह संकीर्ण निर्णय–प्रक्रिया और व्यवस्थागत अन्यायपूर्ण प्रथाएँ जो हमारे समुदाय के सबसे वंचित सदस्यों की उपेक्षा जारी रखें हुए है, वे अत्यधिक अभाव की दशा में रहते है और इसलिए उन्हें टीबी के उपचार में शामिल करना सबसे मंहगा है। (केस स्टडी 8) सभी तक पहुँचने के लिए कहीं अधिक साहसी और सहानुभूतिपूर्ण दृष्टिकोण की आवश्यकता है, जो उपलब्ध संसाधनों (डिजिटल प्रौद्योगिकी सहित) का प्रभावी उपयोग करता है, टीबी को वैश्विक और राष्ट्रीय वित पोषण को प्राथमिकता में रखता है, टीबी समुदाय के बाहरी और आंतरिक पारंपरिक हितधाराको से सार्थक रूप से जुड़ता हैं, और जो उपलब्ध संसाधनो एवं नूतन प्रौद्योगिकियों को सुलभ बनाता है, तथा जो सामाजिक रूप से हाषिए के लोगों पर विशेष ध्यान देकर स्वीकार्य और न्यायसंगत रूप में उनके वितरण को सुनिश्चित करने के लिए की गई प्रतिबद्धताओं हेतु जवाबदेही के प्रामाणिक तंत्र का समर्थन करता है। ऐसे बदलाव को साकार करने के लिए, दाताओं, वित्तपोषकों, डेवलपर्स, तकनीकी भागीदारों और राष्ट्रीय कार्यक्रमो को बेहतर रूचि के साथ जोखिम से भरे एवं चुनौतीपूर्ण नूतन अन्वेषण को सशक्त बनाया जाना चाहिए।

प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज को इनमें से प्रत्येक योजना की प्रक्रिया की रूपरेखा, वितरण और मूल्याँकन मे शामिल किया जाना अनिवार्य है, जो बाजार में माँग उत्पन्न करे, स्वीकार्यता सुनिश्चित करें और कोई भी पीछे ना छूट जाए इसे भी सुनिश्चित करें। अगले अध्याय में इन अनिवार्यताओं के विषय में विस्तृततौर से बताया गया है।

अनुभव 8 ऐसे समुदाय जिनके पास टीबी के रोगियों की देखभाल के लिए पहुँचना सबसे कठिन है

'मेडिकल इम्पैक्ट' एक गैर सरकारी संगठन (एनजीओ) है जो मैक्सिको सिटी में स्थित है। जो लोग समाज में अत्यधिक हाशिए पर हैं उनके स्वास्थ्य की देखभाल, सामाजिक रूप से नवीन तरीको के उदाहरणों के साथ यह एनजीओ कार्य कर रहा है। यह आबादी के उन पीड़ित, भुला दिए गए और असुरक्षित लोगो की व्यापक देखभाल मानवीय सेवा–उन्मुख कल्याण के माध्यम से कर रहा है, यह ऐसे लोगों के समर्थन के अपने तरीको में निरंतर सुधार कर रहा है। यह एनजीओ राष्ट्रीय टीबी कार्यक्रमों और चिकित्सकों सहित स्वयंसेवको, नर्सो, मानसिक स्वास्थ्य चिकित्सकों, शारीरिक चिकित्सकों और बाल विकास विशेषज्ञों के सीमित समर्थन के साथ 7 से 15 दिनों का मिशन (निर्धारित लक्ष्यों वाला अभियान), देश भर में उन समुदायों के लिए जिन तक पहुँचना सबसे कठिन है उनके लिए चलाते हैं, जिसमें बीसीजी टीकाकरण, टीबी का परीक्षण और उपचार, इसके रोकथाम के लिए शिक्षित करना शामिल है। इस एनजीओ के द्वारा की जाने वाली अधिकाँश आपूर्तियाँ उन्हें उपहार में दी गई हैं। मैक्सिको के कमजोर, विस्मृत और असुरक्षित समुदायों के प्रति प्रतिबद्धता एक बड़ी ताकत के रूप में माना जाता है और साथ ही इस क्षेत्र में एक अनुकरणीय उदाहरण है।

क्रियान्वयन (कार्यवाई) के लिए आह्वान (निर्देश / पुकार)

टीबी से पीड़ित सभी लोगों तक पहुँचकर देखभाल करना और टीबी रोग के रोकथाम, परीक्षण, उपचार के मध्य अंतरालों को समाप्त करना।

- डब्लूएचओ द्वारा अनुशंसित त्वरित परीक्षण (डब्लूआरडी) का उपयोग, टीबी के प्रारंभिक परीक्षण के रूप में किया जाना सुनिश्चित करें।
- सुनिश्चित करें कि टीबी से प्रभावित सभी लोगों तक जिसमें टीबी से संक्रमण एवं रोग तथा टीबी प्रतिरोधी दवा (डीआरटीबी) शामिल है, इन सभी चीजों की सभी को नवीनतम जानकारी हो और टीबी रोग के सर्वोत्तम रोकथाम एवं उपचार के संसाधनों तक सभी रोगियों व उनके संपर्की लोगों की सस्ते में पहुँच हो।
- टीबी की रोकथाम के लिए महत्वाकाँक्षी लक्ष्य विकसित करें एवं उन्हें पूर्ण करें। जिसे टीबी रोगियो के संपर्क में आए लोगों के परीक्षण करने (संपर्क अनुरेखण) और टीबी निवारक विस्तृत सूचनाओं (टीपीटी) तथा सामाजिक निर्धारको को संबोधित करने और तत्काल टीबी प्रतिरोधी एक नए टीके को प्राप्त करने के माध्यम से पूर्ण करें।
- टीबी के उपचार में गुणवत्तापूर्ण सुधार के लिए जन–केंद्रित, समुदाय आधारित और केवीपी–केंद्रित माध्यम से टीबी से ग्रसित रोगियों को देखभाल प्रदान करें। जिसमें टीबी से ग्रसित बच्चों के स्वास्थ्य के परिणामों में सुधार के लिए बच्चों के अनुकूल स्वास्थ्य सेवाओं को अंतर्निहित करे। इन लक्ष्यों को कार्यबल के प्रशिक्षण, उपचार तक पहुँचने में आने वाली सामाजिक आर्थिक बाधाओं की पहचान करने और उनके समाधान के माध्यम से प्राप्त करें।
- सुनिश्चित करें कि टीबी के उपचार से संबंधित सेवाएँ एचआईवी, प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल और/या व्यावसायिक स्वास्थ्य सेवाएँ सह–स्थित मॉडल का उपयोग करते हुए एकीकृत रहते हुए कार्य करें, जिससे टीबी के साथ होने वाले अन्य रोग जैसे एचआईवी, फेफडों संबंधी रोग, कुपोषण एवं मधुमेह की पहचान की जा सके तथा टीबी के साथ उनके भी उपचार किए जाने को बेहतर बनाया जाए।
- टीबी के उपचार के लिए सेवाओं तक सभी की पहुँच को बेहतर बनाने के लिए निजी क्षेत्र की क्षमताओं का लाभ उठाएँ, विशेषकर ऐसे देशों में जहाँ वृहत स्तर पर निजी सेवा प्रदाता मौजूद हैं।

कार्यवाई का क्षेत्र 2: टीबी के विरूद्ध प्रतिक्रिया को न्यायसंगत बनाना, लिंग-उत्तरदायी, अधिकार आधारित एवं कलंक-मुक्त, टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज को केंद्र में रखकर 2025 तक की योजनाएँ व कार्यक्रम सृजित किए गए है।

परिचय

टीबी रोग का समूल नाश करना, एक सामाजिक न्याय का प्रकरण है। टीबी से प्रभावित समुदाय, केवीपी और नागरिक समाज सार्वभौमिक रूप से इस बात पर जोर देते हैं कि टीबी के विरूद्ध प्रतिक्रिया के दौरान प्रत्येक पहलू समानता, लिंग–प्रतिक्रियाशीलता, मानवाधिकार और कलंक से मुक्ति एवं भेदभाव को रेखांकित करने की आवश्यकता है। इसमें उपचार संबंधी आधारभूत ढ़ाँचे का सृजन, योजना, परीक्षण, कार्यान्वयन, निर्गत, निगरानी, मूल्याँकन और शासन तंत्र का टीबी कार्यक्रमों, नीतियों एवं निर्णयों से संबंध में वित्तपोषण और उत्तदायित्व अंतर्निहित है।

टीबी से प्रभावित समुदायों की विशिष्ट पूरक जरूरतों और नागरिक समाज को मान्यता देने, वित्तपोषण करने, सक्षम बनाने की आवश्यकता है तथा उन्हें बिना विलम्ब किए हुए मुख्यधारा द्वारा किए जा रहे प्रयासों से जोड़ा जाना चाहिए। अब हम यही नहीं देखते रह सकते है कि हमारे लिए क्या तय किया गया है और हमारे साथ क्या होता है। हम चाहते है कि 2023 में यूएनएचएलएम में टीबी पर प्रस्तुत होने वाले राजनीतिक घोषणा पत्र में देशों के द्वारा टीबी उन्मूलन हेतु निर्धारित लक्ष्यों को शामिल किया जाए और इस कार्य को सहयोग करने के लिए समर्पित वित्त पोषण तंत्र विकसित किया जाए। इस अध्याय में, हम इन क्षेत्रों में हुई प्रगति के साथ ही गंभीर अंतरालों और तीव्रता लाने के अवसरों की प्रगति की रूपरेखा प्रस्तुत करते हैं।

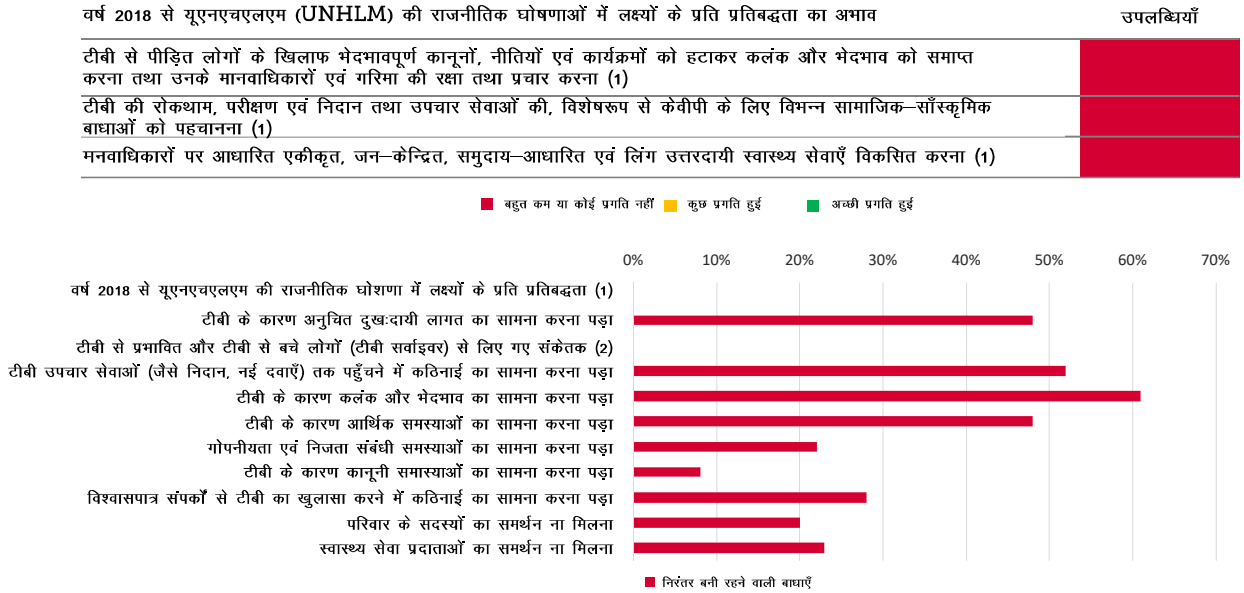
उपलब्धियों की वर्तमान स्थिति:

2018 की राजनीतिक घोषणा पत्र में कई प्रतिबद्धताएँ शामिल थीं जिसमें टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज को केंद्र में रखकर टीबी के विरूद्ध प्रतिक्रिया को न्यायसंगत बनाना, लिंग–उत्तरदायित्व, अधिकार आधारित और कलंक मुक्त समाज बनाना प्रासंगिक है।[142] यह टीबी उन्मूलन में मूल सामाजिक बाधाओं की ओर ध्यान आकर्षित करने का अवसर रहा, इसमें टीबी उपचार हेतु सेवा वितरण के लिए जन–केंद्रित एवं सामुदायिक समावेशी दृष्टिकोण को प्रेरित करने का दौर तथा अनुसंधान और नवाचार व निर्णय लिए गए। लेकिन स्पष्ट लक्ष्यों के बिना, इन प्रतिबद्धताओं पर ध्यान नहीं दिया गया और ये अधूरी रहीं।

टीबी से प्रभावित लोगों और टीबी से बचे गए लोगों ने इस रिपोर्ट में प्रतिक्रियाएँ दी, जिसमें उन्होंने टीबी के रोग से पीड़ित हो जाने के बाद देखभाल के दौरान कलंक और भेदभाव जैसी चुनौतियों का सामना करने का हवाला दिया, साथ वित्तीय समस्याओं से भी जुझे, इससे असमानताएँ बढ़ती हैं और जिन पर आमतौर पर भरोसा करते हैं उनसे संपर्कों का उजागर करने में कठिनाई आती है। निजता और गोपनीयता का उल्लंघन, स्वास्थ्य प्रदाताओं साथ ही परिवार के सदस्यों से समर्थन का अभाव और कानूनी समस्याएँ भी आती है, ये सब बहुत सामान्य रूप से घटित होता रहता है। टीबी के विरूद्ध प्रतिक्रियाएँ आवश्यक है, चाहे बायोमेडिकल या तकनीकी हस्तक्षेप से कोई फर्क नहीं पड़ता, फिर भी न्यायसंगत, लिंग उत्तरदायी, अधिकार आधारित समुदाय और कलंक–मुक्त देखभाल को कायम रखें।

चित्र 7

टीबी से प्रभावित समुदाय एवं नागरिक समाज को केंद्र में रखकर, टीबी के विरूद्ध प्रतिक्रिया को न्यायसंगत, लिंग-उत्तरदायी, अधिकार-आधारित और कलंक-मुक्त बनाने की उपलब्धियाँ



(1) प्रतिबद्धताओं (एवं लक्ष्यों की अनुपस्थिति) पर की गई प्रगति के गुणात्मक आँकलन के आधार पर, सीआरजी एवं कलंक के आँकलन के परिणामों तथा रिपोर्ट के लिए एकत्र किए गए डेटा पर आधारित; (2) वर्ष 2021 के आँकड़ों के आधार पर बनी डब्ल्यूएचओ की वर्ष 2022 की ग्लोबल टीबी रिपोर्ट के आधार पर; (3) टीबी/टीबी उत्तरजीवियों की सर्वेक्षण प्रतिक्रियाओं पर आधारित।

नागरिक समाज (सिविल सोसाइटी) के लिए चुनौतियाँ एवं सुविधाएं

नागरिक समाज के लिए चुनौतियों और सुविधाओं (सीफसीएस) को एसटीपी द्वारा समन्वित किया जाता है, जो कि टीबी में सीआरजी एजेंडे को आगे बढ़ाने के लिए अनुदान और तकनीकी सहयोग तंत्र के रूप में अग्रणी तरह से उभरा है।[43] मानवाधिकारों और लैंगिक समानता पर आध ाारित टीबी के विरूद्ध प्रतिक्रिया के साथ जुड़ने और नेतृत्व प्रदान करने के लिए समुदाय और नागरिक समाज के कार्यकर्त्ताओं की क्षमता को सुदृढ़ करना। इस अभियान के लिए जरूरी है, ताकि कोई भी पीछे ना छूटे। इस रिपोर्ट के लिए जिन कई सीएफसीएस अनुदान प्राप्तकर्त्ताओ का साक्षात्कार किया गया, उनका अनुभव अनोखा (विशिष्ट) रहा उन्हें अनुदान मिला और परियोजनाओ का नेतृत्व करने का अवसर मिला जिससे वे सशक्त बने, उन्हें वे सुविधाएँ मिली जो आमतौर पर शोधकर्त्ताओ और तकनीकी विशेषज्ञों के लिए आरक्षित रहती हैं। 2007 से ग्यारह चक्रों में, सीएफसीएस ने 2.45 करोड़ अमेरिकन डॉलर प्रदान किए है। इस धनराशि को विशेषरूप से यूएसआईडी, टीबी स्ट्रैटेजिक इनिशिएटिव द ग्लोबल फंड और एली लिली से एकत्रित किया गया। समुदाय, नागरिक समाज और जमीनी स्तर के संगठनो को 351 के अनुदान को प्राप्त करने के लिए सीआरजी प्रतिबद्धताओं संबंधी गतिविधियों को आरम्भ करना चाहिए। (केस स्टडी 9) पिछली डेडली डिवाइड (विकट/भंयकर) रिपोर्ट में, हमने अधिकांश देशों से इस प्रणाली में योगदान करने का आह्वान किया है, और हमें यह सुनकर खुशी है कि फ्रांस सरकार इस प्रणाली का समर्थक बनने का इरादा रखती हैं, हम अन्य देशों से इसका अनुसरण करने का आह्वान करते हैं।

अन्य उपलब्धियों के बीच, सीएफसीएस अनुदानों ने 39 देशव्यापी सीआरजी आकलन का नेतृत्व किया है, जिसमें समाज में टीबी के प्रति व्याप्त कलंक संबंधी भावना का आकलन भी शामिल है तथा एशिया, अफ्रीका और ईईसीए के मध्य मुख्य अंतरालों को उजागर किया गया है।[44] जिसमे उजागर हुआ कि यहाँ टीबी से प्रभावित लोगों के लिए गुणवत्तापूर्ण सेवाओं तक पहुँच सीमित है, लिंग संबंधी बाधाएँ है, केवीपी को निम्न मान्यता और कम समावेशन हुआ, लिंग एवं अधिकारो पर केंद्रित नीति निर्माण एवं कानून प्रवर्तन की उपेक्षा की गई है, समुदाय, स्वास्थ्य प्रणाली और घर के स्तर पर टीबी के प्रति कलंक एवं भेदभाव व्याप्त है, टीबी से प्रभावित लोगो के साथ मिलना–जुलना व जुड़ाव बहुत कम है। ये सभी आकलन रिपोर्ट (चित्र 8) के लिए एकत्रित किए गए डेटा (आकड़ो व तथ्यों) द्वारा प्रतिध्वनित होते हैं। इसने टीबी के रोगियो के स्वस्थ होकर बच जाने वाले लोगो के नेटवर्क, वैश्विक अनुदान प्राप्त करने वाले प्रमुख एवं उप–प्रमुख टीबी के सामुदायिक संगठनों, के गठन और उसे सुदृढ़ बनाने का एवं टीबी से बच गए लोगों के समन्वय के लिए निर्मित 'देश समन्वय तंत्र' (सीसीएम) में उन लोगों की संख्या में वृद्धि का समर्थन करता है। (केस स्ट्डी 10) कई सीआरजी और टीबी के प्रति समाज में व्याप्त कलंक की धारणा के आकलन के परिणामों का टीबी की वर्तमान वस्तुस्थिति जानने के लिए एनसीपी में एकीकृत किया गया है। जिससे बेनिन, बांगलादेश, लोकतांत्रिक गणराज्य कांगो, नाइजीरिया और पाकिस्तान जैसे देशों में 16 डॉलर की लागत वाली सीआजी कार्य योजनाओं के विकास को बढ़ावा मिल रहा है।[10,44] सीएलएम का समर्थन करने वाली परियोजनाओं के साथ, जैसा कि क्षेत्र के लिए कार्यवाई 6 में चर्चा की गई है, सीएफसीएस देश के स्तर पर न्यायसंगत हिस्सेदारी और जन–केंद्रित एजेंडे को आकार दे रहा है, साथ ही अनुदान राशि में वृद्धि के अवसरों को भी बढ़ावा दे रहा है।

चित्र 8

सीआरजी और टीबी के प्रति समाज में व्याप्त कलंक की धारणा के मूल्याँकन से टीबी के उन्मूलन में गंभीर रूप से उपेक्षित बाधाओं का पता चलता है।

समुदाय

टीबी से प्रभावित लोगों की सीमित लामबंदी तथा सार्थक सहभागिता। टीबी से प्रभावित लोगों को शामिल करने वाले विविध केवीपी की कमज़ोर पहचान

मानवाधिकार

टीबी से प्रभावित लोगों के लिए सीमित उपलब्धता, पहुँच, स्वीकार्यता, गुणवत्तापूर्ण सेवाएँ जिसमें असमान व्यवहार तथा लगभग शून्य निजता सुरक्षा सहित कलंक और भेदभाव शामिल हैं।

टीबी से प्रभावित लोगों के लिए कानूनी अथवा नीतिगत उपाय या जवाबदेही तंत्र का अभाव, विशेषरूप से केवीपी और भेदभाव या अधिकारों के उल्लंघन का सामना करने वालों के लिए।

लिंग

पुरूषों, महिलाओं, ट्रांसजेंडर व्यक्तियों एवं यौनकर्मियों के लिए अनूठी चुनौतियाँ अनावृत हुईं।

लिंग संबंधी कार्यक्रमों, जिसमें पुरूष प्रधान व्यवस्था में रहने वाली महिलाओं का अभाव है।

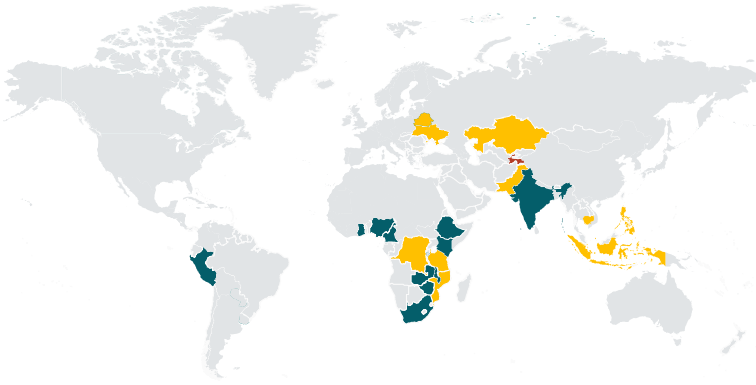
अनुभव 9 नागरिक समाज अनुदान तंत्र के लिए सुविधाजनक चुनौतियाँ टीबी प्रतिक्रिया में समुदाय, अधिकार और लिंग को सक्षम बनाती है।

टीबी की देखभाल के लिए वरीयता प्राप्त और प्रमुख मॉडल, जो बायोमेडिकल हस्तक्षेपो को लक्षित करता है, यह इंगित करता है कि जबकि टीबी प्रतिक्रिया में सीआरजी का बयानबाजी मे महत्व दिया जाता है, व्यवहार में इसे अक्सर नजरअंदाज कर दिया जाता है।
सीएफसीएस पहुँच और देखभाल में बाधाओं की पहचान करके और उन्हें कम करके एवं टीबी प्रतिक्रिया में परामर्श और जवाबदेही का निर्माण करके सीआरजी की कार्यवाई को विशिष्ट रूप से सक्षम बना रहा है। सीएफसीएस के 11 दौर में 2.45 करोड़ अमेरिकी डॉलर के निवेश ने सीआरजी से संबंधित कई कार्यवाईयों को पूर्ण करने में सक्षम बनाया गया है।[44,51] जो निम्नवत् है :–

- 20 देशों से अधिक देशों में पहुँच की बाधाओ को दूर करने के लिए निवेश में वृद्धि, राजनीतिक इच्छाशक्ति और सीआरजी का संस्थागतकरण।
    - 22 देशों ने पहुँच में आने वाली बाधाओं को दूर करने के लिए निष्कर्षो और सिफारिशों के साथ राष्ट्रीय सीआरजी मूल्यांकन पूरा कर लिया है।
    - टीबी कंलक के स्तर और प्रभाव को मापने के लिए टीबी कलंक मूल्यांकन प्रणाली को नौ देशों ने या तो इसे पूरा कर लिया है या वे इसे लागू करने की प्रक्रिया में है।
    - छह देशों ने राष्ट्रीय सीआरजी कार्य योजनाएँ पूरी कर ली है, जो एनएसपी में शामिल हैं।
    - शेष देशों में सीआरजी कार्य योजनाएँ विकासाधीन हैं।
    - टीबी कानूनी और मानवाधिकार स्कोरकार्ड विकसित किया गया है और वर्तमान में केन्या, घाना और पाकिस्तान में नागरिक समाज की भागीदारी के द्वारा संचालित किया जा रहा है।
- सबसे कमजोर और हाशिए पर रहने वाली आबादी का पता लगाकर, वहाँ टीबी प्रतिक्रिया पर ध्यान केंद्रित करने के लिए केवीपी को प्राथमिकता देना।
    - 22 देशों ने, सीआरजी आकलन के माध्यम से, केवीपी के लिए टीबी हस्तक्षेपों के रणनीतिक लक्ष्यीकरण को सक्षम बनाने के लिए टीबी केवीपी को प्राथमिकता दी है।
    - देश के स्तर पर उपयोग हेतु प्राथमिकता निर्धारण और आकार का अनुमान लगाने के लिए एक नया उपकरण विकसित किया गया है।
- टीबी के उन्मूलन के लिए सामुदायिक वर्चस्व के तहत परामर्श और नेतृत्व के लिए वैश्विक, क्षेत्रीय और राष्ट्रीय स्तर पर टीबी रोगियों के समुदाय का नेटवर्क स्थापित करना।
    - तीन वैश्विक नेटवर्क,
    - सात क्षेत्रीय नेटवर्क,
    - कंबोडिया, कैमरून, लोकतांत्रिक गणराज्य कांगो, इथोपिया, जॉर्जिया, घाना, भारत, इंडोनेशिया में कई राष्ट्रीय नेटवर्क हैं, अन्य देशो में मलावी, मोजाम्बिक, नाइजीरिया, पाकिस्तान, फिलीपींस और ताजिकिस्तान शामिल हैं (केस स्टडी 11 देखें)।
- टीबी में जवाबदेही के लिए सीएलएम।
    - एसटीपी वन इम्पैक्ट सीएलएम दृष्टिकोण अब 26 देशों में लागू किया जा रहा है, जो टीबी उन्मूलन में सामुदायिक भागीदारी और जवाब देही के लिए एक अभिनव, अधिकार आधारित दृष्टिकोण हैं।

परियोजनाओं में चल रहे निवेश और उसमे बढोत्तरी के लिए सीएफसीएस अनुदान तंत्र के लिए तकनीकी सहायता और सर्वोत्तम सीआरजी प्रथाओं के दस्तावेजीकरण की संभावना आवश्यक और अद्वितीय है। साझेदारी विकसित करने और उसका सृजन करने के जनादेश के साथ संयुक्त राष्ट्र संगठन का एक घटक होने के नाते, एसटीपी निरंतर सीएफसीएस अनुदान प्राप्तकर्त्ताओं को रणनीतिक राष्ट्रीय एवं अंतराष्ट्रीय भागीदारों से जोड़ता है, जिसमें सीआरजी की निरंतरता और संस्थागतकरण सुनिश्चित होता है।

सीआरजी से संबंधित बाधाएँ टीबी में परिणामों को प्रभावित करती हैं, और सीएफसीएस निवेश पर उच्च प्रतिलाभ का समर्थन करता है। सीएफसीएस को बनाएँ रखने और विस्तारित करने से टीबी रोगियों की देखभाल में आने वाली मौजूदा बाधाओं को दूर करने के सार्थक तरीके सक्षम होंगे।



प्रथम पायलेट (मार्ग–निर्देशन) (ताजिकस्तान) 2017

पहली बार 2017–2020 में योगदान को अपनाया गया

नए देश 2020–2022

अनुभव 10 माली में टीबी की देखभाल की निम्न गुणवत्ता और कलंक टीबी के उपचार संबंधी सेवाओं तक पहुँच में बाधा बनना।

माली में देखभाल तक पहुँच में बाधाओं को अच्छी तरह से समझा नहीं गया, जहाँ प्रति एक लाख पर टीबी की पचास घटनाएँ है, और टीबी उपचार लगभग 66 प्रतिशत लोगो को मिला।[55] 2022 में, एआरसीडी सैंटे प्लस (arcadsanteplus.org) ने राष्ट्रीय टीबी कार्यक्रम के सहयोग से राष्ट्रीय टीबी प्रतिक्रिया का एक संरचित सीआरजी मूल्यांकन किया, जिसमें राजनीतिक, कानूनी और स्वास्थ्य बिंदुओं का दृष्टिगत रखते हुए टीबी के ऐतिहासिक और वर्तमान प्रतिक्रियाओं का आकलन करने के लिए एक दस्तावेजी विश्लेषण भी शामिल है। इस सर्वे में टीबी से पीड़ित 408 लोगों और टीबी रोगियों की देखभाल करने वाले 153 लोगों के साथ सर्वेक्षण हुआ और टीबी से प्रभावित समुदाय के सदस्यों एवं कार्यक्रम हितधारको के साथ साक्षात्कार/चर्चा की गई। इससे निम्नलिखित परिणाम दृष्टिगत हुए :–

1. अधिकांश स्वास्थ्य सुविधा केंद्रो में नियमित परामर्श के दौरान जाँच की व्यवस्था ना होने के कारण देश में टीबी की गुणवत्तापूर्ण देखभाल प्रदान करने की निम्न क्षमता है
2. टीबी की देखभाल का दृष्टिकोण जन–केंद्रित नहीं हैं, विशेषकर कमजोर गरीब आबादी के लिए।
3. टीबी से संबंधित गतिविधियों के लिए प्रशिक्षित कर्मियों की कमी है और टीबी की देखभाल में लगे लोगों का निरंतर प्रशिक्षण सीमित है।
4. टीबी के प्रति समाज में व्याप्त उच्चस्तर कलंक टीबी से पीड़ित लोगों के जीवन की गुणवत्ता पर हानिकारक प्रभाव डाल रहा है।
5. सभी स्तरों पर टीबी से पीड़ित लोगों के लिए प्रावधानित सुरक्षात्मक कानूनों और अधिकारों के विषय में अपर्याप्त जानकारी है; सभी स्तरो में संस्थाए, स्वास्थ्य कर्मी, सामुदायिक एजेंट और सामान्य आबादी शामिल हैं।
6. संस्थानों में टीबी और इससे संबंधित देखभाल में लैंगिक पहलुओं के बारे में बहुत कम रूचि है। इस सीआरजी मूल्याँकन ने टीबी की रोकथाम और गुणवत्तापूर्ण देखभाल तक पहुँच में आने वाली बाधाओं पर प्रकाश डाला तथा राष्ट्रीय स्तर पर उनके दस्तावेजीकरण की अनुमति दी। परिणामस्वरूप 2023 में हस्तक्षेपों के कार्यान्वयन और वैश्विक अनुदान राशि (ग्लोबल फंड फंडिग) हेतु अनुरोधों के नए चक्र के आधार के रूप में कार्य करेंगे।

चित्र 9

टीबी के विरूद्ध प्रतिक्रिया में सीआरजी, समाज में व्याप्त कलंक और सीएलएम को मापने और निगरानी करने के लिए टूलकिट

सौजन्यः टीबी की रोकथाम के लिए भागीदारी, जिनेवा

टीबी सीआरजी और कलंक पर प्रगति की निगरानी के लिए उपकरण

सीएफसीएस की कई उपलब्धियाँ एसटीपी द्वारा टीबी से प्रभावित लोगों, डिजिटल इनोवेटर्स, शोधकर्ताओ एवं राष्ट्रीय टीबी कार्यक्रमों (चित्र 9) के साथ मिलकर विकसित और समर्थित उपकरणों के एक समूह द्वारा सुगम बनाई गई हैं। ये उपकरण विभिन्न देशों की तुलना और सीआरजी एवं कलंक पर बेसलाइन से परिवर्तनो की माप तथा टीबी पर प्रतिक्रियाओं के सीएलएम का सक्षम करते हैं।[45–47] क्लंक मापन उपकरण अब ग्लोबल फंड द्वारा स्वीकार कर लिया गया है और इसके प्रदर्शन ढ़ांचे को सूचित करता हैं।[48] इस रिपोर्ट का मसौदा तैयार करने के समय, एक टीबी कानून और मानवाधिकार स्कोरबोर्ड एवं टीबी की कुंजी एवं असुरक्षित जनसंख्या के आकार का अनुमान लगाने वाले उपकरण भी मार्गदर्शन करने के लिए तैयार थे। टीबी के संचार को नष्ट करने के लिए 2022 शब्दों का महत्व हैः यह भाषा मार्गदर्शन सीआरजी–अनुकूल संसाधनों की बढ़ती सूची में जुड़ गया हैं।[9] सीआरजी, टीबी से संबंधित कलंक के नाश एवं हिस्सेदारी/समानता और कार्यो के मार्गदर्शन करने तथा प्रगति की निगरानी में ये सभी उपकरण प्रतिबद्धताओं के लिए संकेतकों का एक सुदृढ़ रूप स्थापित करने में सहयोग कर सकते हैं।

सामुदायिक आवाज और नेतृत्व

टीबी से प्रभावित समुदाय आज पहले की तुलना में अधिक जीवंत है, उसकी बातें सुनी जाती है और उसकी पूरी ताकत एवं विविधता को पहचाना जाता है। जो क्षेत्रीय और राष्ट्रीय स्तरों पर टीबी से प्रभावित लोगों के नेटवर्क की स्थापना एवं विस्तार से प्रेरित हैं (केस स्टडी 11)। और एसटीपी (सामुदायिक एवं एनजीओ प्रतिनिधि[49]) जैसे प्रमुख संस्थानो की संरचना में समावेशन किया गया है, जिसे हाल ही में गवर्निंग बाडी स्तर पर टीबी केवीपी और प्रभावित समुदायो का तथा डब्ल्यूएचओ (टीबी पर बनी सिविल सोयाइटी टास्क फोर्स)[50] में और सीएफसीएस के माध्यम से प्रतिनिधित्व को बढ़ाया गया है।[51]

ग्लोबल फंड की सामुदायिक सहभागिता की रणनीतिक पहल (सीईएसआई)[52] टीबी को केंद्र में रखने में और राष्ट्रीय, क्षेत्रीय एवं वैश्विक स्तर पर निर्णय की प्रक्रिया में टीबी से प्रभावित समुदायों की भागीदारी को बढ़ाने में सक्रिय रूप से कार्य कर रहा है। इस कार्य को देश की प्रक्रियाओं और केवीपी की जरूरतों की वकालत करने वाले कार्य समूहों, जैसे युवा परिषदों एवं सीआरजी सलाहकार समूहों को शामिल करने के माध्यम से अंजाम देना है। सीईएसआई ने भी चार क्षेत्रीय टीबी नेटवर्क को वैश्विक अनुदान प्रक्रियाओं में अपनी भागीदारी के हिस्से के रूप में समर्थन किया हैं। यूनिटएड के बोर्ड में एक सामुदायिक भागीदारी प्रतिनिधिमंडल हैं।[53] फाइंड और टीबी एलायंस जैसे कई अन्य वैश्विक कर्ता रणनीतिक एजेंसी के निर्णयों में प्रभावित समुदायों को शामिल करने के लिए मूलभूत संरचनाएं हैं। अग्रणी स्वास्थ्य और परामर्श दाता संगठनों के समर्थन से, सीआरजी के प्रति प्रतिबद्धता वैश्विक स्तर पर गति पकड़ रही है और जैसा कि पहले इंगित किया गया था, यह सीएफसीएस अनुदान के परिणामों में स्पष्ट हैं।

टीबी से प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज टीबी से पीड़ित लापता लोगों को ढूंढने के लिए ग्लोबल फंड टीबी स्ट्रैटेजिक इनिशिएटिव से प्राप्त होने वाले महत्वपूर्ण समर्थन की सराहना करते हैं, जो सीएफसीएस और सीएफसीएस एवं सीएफसीएस में 15 लाख अमेरिकी डॉलर के योगदान का लाभ उठाता हैं।[54] हालांकि, उन्होंने टीबी प्रतिक्रिया में अपना समावेशन सुनिश्चित करने के लिए निरंतर और वृहत पैमाने पर निवेश की आवश्यकता व्यक्त की है। वे सीआरजी के कार्यो की निरंतरता हेतु, संगठनात्मक बुनियादी ढ़ांचे एवं क्षमता निर्माण व टीबी साइबर नेटवर्क के लिए समर्पित राशि (धन) की तलाश करते हैं। (केस स्टडी 12) वास्तव में, जमीनी स्तर के संगठनों के पास धन के लिए प्रतिस्पर्धा करने की विशेष

रूप से सीमित तकनीकी क्षमता होती है, हालांकि वे अक्सर प्रभावित समुदाय की जरूरतों से सर्वोत्तम तरह से परिचित होते हैं। क्षेत्रीय और वैश्विक स्तर पर कार्य करने वाले कर्ताओ के साथ साझेदारी करने से अनुदान प्राप्त होने के अवसर पैदा हो सकते हैं। (केस स्टडी 13) इस रिपोर्ट के परामर्श में उन देशों बीच जिन्हें सीएफसीएस के माध्यम से समर्थन प्राप्त हुआ और जिन्हे नहीं मिला, टीबी सीआरजी में एक स्पष्ट विभाजन की ओर भी इंगित किया गया हैं। (वर्तमान में 29 देशों का सीएफसीएस चक्र 11 के अंतर्गत समर्थन प्राप्त हुआ है)। इसका अवलोकन करते हुए कि टीबी को समूल रूप से नाश करने के लिए एक रणनीतिक, समन्वित आंदोलन के निर्माण हेतु सीएफसीएस सर्वोत्तम प्रभावी तंत्र साबित हो रहा हैं, टीबी समुदाय दानदाताओं से सीधे इस तंत्र का समर्थन करने का आह्वान करता हैं एवं ग्लोबल फंड हेतु सीएफसीएस का अपना समर्थन जारी रखें और सीईएसआई से सीएफसीएस में प्रत्यक्ष योगदान सहित साझेदारी शक्तियों तथा मौजूदा तंत्रों का लाभ उठाएँ।

अनुभव 11 टीबी से प्रभावित लोग वैश्विक स्तर पर विभिन्न देशों के बीच अपने नेटवर्क को सुदृढ़ करते है

कई देशों में टीबी से प्रभावित लोगों के नेटवर्क की कमी है और जो विद्यमान हैं वे अक्सर राष्ट्रीय स्तर पर टीबी के विरूद्ध प्रतिक्रियाओं में सार्थक रूप से शामिल होने के लिए संघर्ष करते हैं।

प्रारंभिक वित्त पोषण का अभाव अनौपचारिक समूहों को स्वयं को संगठित करने और आधिकारिक तौर पर पंजीकृत कराने से रोकती हैं। नए सृजित हुए नेटवर्को के पास कार्यान्वयन की क्षमता बनाने के लिए टिकाऊ संसाधन भी नहीं हैं। इन अवरोधों को पहचानते हुए और देशों के अन्दर और बाहर लिंकेज को सक्षम बनाने के लिए, 2018 में टीबी पीपल ग्लोबल (टीपीईओपीएलई.ओआरजी) ने टीबी से प्रभावित लोगों के देश के लिए राष्ट्रीय नेटवर्क हेतु अलग से अध्याय (चैप्टर) निर्मित किया। पाँच वर्षो में, ऐसे 11 राष्ट्रीय अध्याय उभरे, और अन्य छह बनने की प्रक्रिया में है। कई देश के चैप्टर (उदाहरणार्थ यूक्रेन एवं किर्गिस्तान में) राष्ट्रीय ग्लोबल फंड अनुदान के उप–प्राप्तकर्ता और सीएफसीएस अनुदान के प्राप्तकर्ता बनने के लिए पर्याप्त रूप से विकसित हुए हैं, यह प्रदर्शित करता है कि टीबी से प्रभावित लोगों के सामान्य सहायता समूह तीव्रता से बढ़कर अपने देश की टीबी के विरूद्ध प्रतिक्रिया देने में महत्वपूर्ण भागीदार बन सकते है। जैसे–जैसे टीबी से पीड़ित लोग प्रणाली को औपचारित बनाने के लिए कार्य कर रहे हैं, अनुदान प्राप्त करना एक बड़ी चुनौती बनकर उभरी हैं। छोटे अनुदानों से लाभ पाने के इच्छुक समूहों की संख्या काफी अधिक हैं, जबकि अनुदान राशि प्राप्त करने वालो की संख्या कम हैं। दानदाता वैश्विक और क्षेत्रीय नेटवर्क को समर्थन देने के लिए अनिच्छुक है, जबकि इस नेटवर्क ने प्रमाणिक सबूतो के साथ सामुदायिक समूहों को संगठित करने में, पंजीकृत होने में, अनुदान प्राप्त करने में, क्षमता में वृद्धि करने और परियोजनाओं का लागू करने में सहायता करने में अपनी सफलता का प्रदर्षन कर रहे हैं।

अनुभव 12 टीबी चैंपियंस ने भारत में टीबी रोगियों के लिए जन–केंद्रित देखभाल का मार्ग प्रास्त किया हैं

2017 से, गैर–लाभकारी संगठन आरईएसीएच या रिसोर्स ग्रुप फॉर एजुकेशन एंड एडोकेसी फॉर कम्यूनिटी हेल्थ (reachindia.org.in), भारत ने टीबी से बचे लोगों को प्रशिक्षित किया है, जो यूएसएआईडी के सहयोग से 'टीबी चैंपियंस' बन गए हैं। टीबी से बचे लोग अपने व्यक्तिगत, जीवंत अनुभवों के आधार पर टीबी पर ज्ञान एवं कौशल हासिल करने के लिए तीन दिवसीय संवादात्मक (इंटरेक्टिव) कार्यशाला में सहभागिता करते हैं। वे टीबी का उपचार प्राप्त करने वाले लोगों के लिए शिक्षकों और सहकर्मी के रूप में अपने समुदायों के साथ कार्य करने के लिए छह महीने के परामर्शदाता कार्यक्रम में शामिल होते हैं। वे उपचार संबंधी साक्षरता, मनोसामाजिक सहायता, परिवारों को परामर्श प्रदान करते हैं और समाज से इस कलंक को कम करने में मद्द करते हैं। आज इसमें कई हजार टीबी से बचे लोगों को लगाया गया है और उन्होंने प्रशिक्षित होकर 15 राज्यों मे फैला एक नेटवर्क बनाया, जिसमें पाँच कानूनी रूप से पंजीकृत संगठन भी शामिल हैं।

18 महीने के अवधि में, 3000 से अधिक टीबी चैंपियंस टीबी की देखभाल की गुणवत्ता पर सामुदायिक जवाबदेही के ढांचे के कार्यान्वयन के माध्यम से 25,000 से अधिक लोगों तक पहुँचे। एनटीपी ने 2025 तक टीबी को समाप्त करने के भारत के लक्ष्य को पूरा करने के लिए 15,000 टीबी चैंपियंस को प्रशिक्षित करने के प्रयासों को बढ़ाने के लिए प्रतिबद्ध किया हैं। इस कार्य की प्रेरणा एक टीबी चैंपियंस द्वारा बताई गई हैं: ''मैं नहीं चाहता कि किसी अन्य को मेरी तरह कष्ट सहना पड़े''। इंडिया ज्वाइंट मॉनिटरिंग मिशन की सिफारिशों में इसके महत्व पकड़ लिया गया: ''निष्क्रिय समुदाय से आगे बढ़कर पूर्ण सामुदायिक भागीदारी एवं स्वामित्व के साथ जुड़े। कार्यक्रम के कर्मचारियों के साथ काम करने वाले टीबी चैंपियंस और टीबी से बचे लोगों (सर्वाइवर्स) के साथ आत्म–विश्वास के साथ मिलकर टीबी के विरूद्ध स्थानीय, राज्य और राष्ट्रीय स्तर पर टीबी के संबंध में परामर्श, योजना निर्माण, कार्यान्वयन और निगरानी के कार्यक्रमों सहभागिता करें। स्थानीय टीबी मंचों में निवेश करें, जो टीबी को कम करने/उन्मूलन करने और कलंक एवं मानवाधिकर के प्रति प्रतिक्रिया ढ़ांचे में प्रभावी परिवर्तन करने के एजेंट के रूप में सक्षम हैं।'' भारतीय एनटीपी द्वारा इस समुदाय के नेतृत्व करने के प्रयास को अपनाना, टीबी की देखभाल को जन–केंद्रित दिशा में ले जाना एक बड़े परिवर्तन का वादा करता हैं।

अनुभव 13 इंडोनेशिया में टीबी के विरूद्ध प्रभावाली सार्थक प्रतिक्रियाओं के लिए सुदृढ़ सामुदायिक प्रणालियाँ

जन–केंद्रित देखभाल सुनिश्चित करने के लिए टीबी प्रतिक्रिया का नेतृत्व टीबी से प्रभावित सशक्त लोगों द्वारा किया जाना चाहिए। इंडोनेशिया में, टीबी बच गए लोगों के संगठनो का राष्ट्रीय नेटवर्क पेरिम्पनन ऑर्गेनिसासर पासियन टीबी या पीओपी टीबी (poptbindonesia.org) हैं। अब यह ग्लोबल फंड उप–प्राप्तकर्ता के रूप में सीआरजी पर गतिविधियों का नेतृत्व कर रहा हैं। हालांकि, इस भूमिका को संभालने से केवल 12 महीने पहले, पीओपी टीबी पंजीकृत नहीं था और ना ही इसके पास संगठनात्मक प्रणालियाँ थीं। इस एसटीपी इंडोनेशिया को सीएफसीएस अनुदान के माध्यम से मूर्त रूप में लाया गया, जिससे पीओपी को कानूनी रूप से पंजीकृत होने में, टीबी सीआरजी में संगठनात्मक प्रणालियाँ विकसित करने में, एक रणनीतिक योजना विकसित करने में और टीबी सीआरजी में क्षमता निर्माण करने में मद्द मिली।[56]

अब, 2023 मेंरू पीओपी टीबी, एसटीपी इंडोनेशिया के साथ मिलकर, इंडोनेशिया में टीबी सीआरजी में अग्रणी है, टीबी सीएलएम को बढ़ाने के लिए राष्ट्रीय भागीदारों को एकत्र करने में लगा है औ टीबी सीआरजी कार्य योजना की लागत का आँकलन करने को अंतिम रूप दे रहा हैं। पीओपी टीबी के राष्ट्रीय नेटवर्क के एक सदस्य, आरईकेएटी (rekat.or.id) और इंडोनेशियाई महिलाओं के नेतृत्व वाले डीआरटीबी सर्वाइवर्स संगठन ने सीएफसीएस तंत्र के माध्यम से टीबी सीआरजी में अपना प्रथम अनुदान प्राप्त किया। इन छोटे अनुदानों और सहायता पैकेजों के साथ, टीबी से बचे लोग स्थायी समुदाय के नेतृत्व वाली टीबी के विरूद्ध राष्ट्रीय प्रतिक्रियाओ को परिवर्तित और सृजित करने के लिए उत्प्रेरक की भूमिका निभा सकते हैं। अंततः हालांकि प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज सीसीएम में संलग्न हो रहे है, उत्तरदाता चाहते थे कि उनका प्रतिनिधित्व, क्षमता और भागीदारी आगे बढ़ाई जाएं एवं इसे उपेक्षित केवीपी तक बढ़ाई जाएं।

कई एनटीपी में सीआरजी को मंजूरी मिल जाने के बावजूद, टीबी समुदाय और नागरिक समाज के कार्यकर्ता अभी भी सरकारी सहयोगी के रूप में मान्यता प्राप्त करने के लिए प्रतिस्पर्धा कर रहे हैं। उनकी भूमिकाएं अक्सर सेवा प्रावधानों से प्रतिबंधित होती हैं, जैसे कि सामाजिक अनुबंधों के माध्यम से। लेकिन वित्तपोषण, निगरानी, योजना निर्माण, जवाबदेही आदि के संबंध में निर्णय लेने में उनकी भूमिका बहुत कम होती हैं, इसे कार्यवाई 4 और 6 के क्षेत्रों मे उठाया गया हैं। कुछ सामुदायिक समूह अपनी गतिविधियों के ध्रुवीकृत ढांचे के साथ भी संघर्श करते हैं। हालांकि, एक सकारात्मक टिप्पणी की गई जिसमें सामुदायिक संगठन एनटीपी के साथ मिलकर सीआरजी उपकरणें को लागू किया, इस प्रक्रिया ने उनकी सरकार के साथ साझेदारी, विश्वसनीयता और वैधता को बढ़ाने में मद्द की हैं।

''परामर्श प्रदान करना कोई तेज दौड़ नहीं है, यह एक मैराथन है, इसमें समय लगता है, साथ ही इसमें ऊर्जा और बहुत सारे संसाधनों की आवश्यकता होती हैं।''

मायोवा जोएल, स्टॉप टीबी पार्टनरशिप बोर्ड और स्टॉप टीबी साझेदारी नाइजीरिया

टीबी से प्रभावित प्रमुख और असुरक्षित आबादी (केवीपी)

टीबी केवीपी को उनकी सूक्ष्म आवश्यकताओं के लिए सूक्ष्म प्रतिक्रियाओं की आवश्यकता हैं। प्रकरणों के अध्ययन से पता चलता हैं कि प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज प्रायः सबसे कठिनता से केवीपी तक पहुँचने वाले एकमात्र कर्ता होते हैं और अपनी विशिष्ट जरूरतों को पूरा कर सकते हैं। (केस स्टडी 14) समर्पित निवेश, समुदाय से जुड़ी और समुदाय के नेतृत्व के साथ होने वाली कार्यवाईयों ने जन–केंद्रित प्रावधान के अवसर खोले हैं, जिसमें उन समूहों के लिए टीबी रोगी की न्यायसंगत देखभाल होती हैं, जिन्हे अन्यथा उपेक्षित ही छोड़ दिया जा सकता हैं। (केस स्टडी 15) चुनिंदा सेटिंग्स में टीबी से प्रभावित ऐतिहासिक रूप से हाशिए पर रहने वाले समूहों के आत्मनिर्णय कार्यों के माध्यम से प्राप्त लाभ भी केवीपी को अन्यत्र आशा प्रदान कर रहे हैं। (केस स्टडी 16) लेकिन कई केवीपी समूहों का कम करके आँका जाता हैं, उनका प्रतिनिधित्व भी कम हैं और इसलिए वे टीबी प्रतिक्रिया में अपर्याप्त रूप से लगते कम संख्या में या वित्तपोषित होते हैं। टीबी के विरूद्ध प्रतिक्रिया में एचआईवी से पीड़ित लोगों की, महिलाओं की और युवाओं की भागीदारी के बढ़ते पैमाने एवं गहनता को अन्य केवीपी समूहों जैसे कि मलिन बस्तियों में रहने वाले लोगों, प्रवासियों के देश–स्तरीय प्रतिनिधित्व के साथ पूरा करने की आवश्यकता हैं (केस स्टडी 17), इसमें शरणार्थीयों एवं घुमंतू आबादी जैसे खदान में काम करने वाले, आंतरिक रूप से विस्थापित लोग और वे लोग जिन्हें उनकी स्वतंत्रता से वंचित कर दिया गया है, इन सभी को शामिल करना चाहिए। महिलाओं, पुरूषों की बाधाओ को संबोधित कर निराकरण करें, लिंग के आधार पर होने वाले भेदभाव के प्रति जवाबदेही में अंतर को कम करने के लिए गैर–द्विआधारी व्यक्तियों को पहचानने और उनकी समस्याओं के समाधान के लिए कद्म उठाएँ।

समाजिक सुरक्षा

जैसे कि कार्यवाई क्षेत्र के भाग–1 में कहा गया हैं, सभी परिवारों में से लगभग आधे टीबी से प्रभावित हुए हैं और तीन–चौथाई से अधिक परिवार डीआरटीबी से प्रभावित हैं, जिन्हें प्रत्यक्ष एवं अप्रत्यक्ष चिकित्सा लागत के साथ ही आजीविका के अवसरों में कमी से होने वाली हानि की लागत को भी वहन करना पड़ता हैं जो उनके घरेलू आय के 20 प्रतिशत से अधिक हैं।[20] टीबी से प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज के उत्तरदाताओं ने बेरोजगारी, आवास एवं भोजन की असुरक्षा, कानूनी स्थिति की अनिश्चित्ता और टीबी मेडिकल कोर्स के साथ–साथ मानसिक स्वास्थ्य सहायता तक दुर्लभ पहुँच का हवाला दिया हैं। टीबी के लिए एक मानवधिकार समर्पित ढांचा इन सामाजिक रूग्णताओं को संबोधित करने और सरकारी क्षेत्रों से स्वास्थ्य संबंधी आंतरिक एवं बाहरी जरूरतो के लिए निरंतर प्रतिबद्धताओं को अनिवार्य करता हैं, जैसा कि कार्यवाई–6 में संभाग में चर्चा की गई है।

सीआरजी दृष्टिकोणों को टीबी के प्रति प्रतिक्रियाओं के प्रत्येक पहलू को रेखांकित करना चाहिए

जिससे समुदायों को केंद्र में टीबी प्रतिक्रिया को अधिकार–आधारित, न्यायसंगत और कलंक–मुक्त बनाया जा सकें, जोकि टीबी उन्मूलन के वैश्विक लक्ष्यों तक पहुँचने के लिए मूलभूत रूप से आवश्यक हैं। भेदभावपूर्ण प्रथाओं, नीतियों और कानूनों को उजागर किए बिना और उन्हे सुधारे बिना, हम टीबी से प्रभावित लोगों के मौलिक मानवाधिकारों के उल्लंघन करने का जोखिम उठाते हैं और टीबी प्रभावित समुदायों को टीबी के प्रति प्रतिक्रिया के केंद्र में रखे बिना हम टीबी से प्रभावित सबसे असुरक्षित आबादी को बाहर कर देते है और सभी तक पहुँचने के लक्ष्य में विफल होने के लिए तैयार हैं। एचआईवी जैसी अन्य संक्रामक बीमारियों में प्रणालीगत पूर्वाग्रहों और सामुदायिक आवाजों की उपेक्षा को पहचाना गया और इसे संबोधित करते हुए समाधान किया गया, इसी प्रकार टीबी उन्मूलन के लिए सभी स्तरो पर इसे आगे बढ़ाया जाना चाहिए। सीआरजी टीबी प्रतिक्रिया की रीढ़ की हड्डी के रूप में कार्य कर सकता हैं, लेकिन यह सबसे कम वित्तपोशित क्षेत्रों में से एक बना हुआ हैं। वैश्विक कर्ताओं को देश के प्रस्तावों और राष्ट्रीय निर्णय लेने में प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज को शामिल करने के लिए समर्पित स्थान बनाने के लिए अपनी राजनयिक आवाज और फंडिंग के प्रभाव का उपयोग करना चाहिए, जिसके लिए एक समर्पित पर्स (वॉलेट) का समर्थन प्राप्त हों, जिससे टीबी सीआरजी के लिए समुदाय–आधारित बुनियादी ढ़ांचे को सुदृढ़ किया जा सकें।

अनुभव 14 पराग्वे देश में अपनी स्वतंत्रता से वंचित लोगों को टीबी की देखभाल तक पहुँच प्राप्त होती हैं।

कारावास के दौरान टीबी रोग हो जाने की संभावना बढ़ जाती हैं। जैसा कि मध्य और दक्षिण अमेरिका में कारावास के दौरान कैदियों में टीबी से ग्रसित होने की दौरों में सबसे अधिक वृद्धि देखी जा रही हैं। लोगों की आजादी छीन ली गई जो भले कुल लोगों का 11 प्रतिशत है, वे जनसंख्या का केवल एक प्रतिशत हैं।[57] इन आकड़ों और वैश्विक स्तर पर केवीपी के रूप में पीडीएल की मान्यता के बावजूद, पीडीएल के बीच होने वाले टीबी रोग की घटनाओं को वैश्विक दस्तावेजों की रिपोर्ट शामिल नहीं किया गया है, और पीडीएल को अधिकांश एनटीपी योजनाओं द्वारा प्राथमिकता के रूप में मान्यता नहीं दी गई हैं।[58] पराग्वे में, एनटीपी ने पीडीएल को केंद्र में रखकर उसको समर्पित गतिविधियों में उल्लेखनीय वृद्धि की है, इसका वृहत भाग अल्विडा, एक नागरिक समाज संगठन और ग्लोबल फंड के उप–प्राप्तकर्ता ने अपने निरंतर प्रयासों से पूर्ण किया। अल्विडा ने टीबी से पीड़ित लोगों और उनके परिवारों, पीडीएल पर विशेष ध्यान देने के साथ–साथ मूल निवासियों पर जोर दिया है, और एनटीपी के साथ कार्य करने के लिए खुद को समर्पित कर दिया हैं। टीबी से प्रभावित केवीपी को प्रभावी ढंग से कार्य में लगाया जा सकता है, वे अनूठी बाधाओं को दूर करें और टीबी से पीड़ित लोगों की तलाश करें, जो अन्यथा वे छूट जाएंगे।

अनुभव 15 दक्षिण अफ्रीका में खादानों में कार्य करने वाले लोगों (खनिक) के लिए सीमा-पार सुरक्षा का निर्माण

दक्षिण अफ्रीका की सोने की खदानों में खनिकों में टीबी की दर दुनिया में सबसे ज्यादा है। प्रत्येक साल, पाँच लाख पुरूष दक्षिण अफ्रीका की खदानों में कार्य करने के लिए पूरे क्षेत्र का भ्रमण करते हैं और ऐसा करने पर वे टीबी से ग्रसित हो जाते हैं।[59]

प्रवासन का यह पैटर्न–पुरूषों का कार्य करने के लिए खादानों में आना, टीबी से सर्वमित होना और पुनः घर लौटना– इस प्रक्रिया ने एक वृहत क्षेत्रीय संकट पैदा कर दिया है। एक दशक से भी अधिक समय से पहले, दक्षिण अफ्रीकी विकास समुदाय (एसएसडीसी) के राष्ट्राध्यक्षों ने स्वास्थ्य, वित्त, प्रवासन, स्थानीय सरकार, श्रम और खनन के एसएडीसी मंत्रियों के लिए जनादेश के साथ खदानों में टीबी पर एक घोषणा–पत्र पर हस्ताक्षर किए।[60] तब से, कई साझेदारों ने खदानों में टीबी से निपटने के लिए देश के प्रयासों का समर्थन किया है, जैसे दक्षिण अफ्रीका में खनन क्षेत्र में ग्लोबल फंड टीबी (टीआईएमएस) अनुदान और यूएसआईडी टीबी का स्थानीय संगठन नेटवर्क (टीबी एलओएन)। टीबी से बचे पूर्व खनिको को भी दक्षिण अफ्रीकी माइनर्स एसोसिएसन (एसएएमए) के गठबंधन के तहत लामबंद किया गया है। उदाहरणार्थ, मोजाम्बिक में, साझेदार संगठन, एसोसिएशन ऑफ मोजाम्बिकन माइनवर्कर्स (एएमआईएमओ, एएमआईएनआ.ओआरजी), पूर्व खनिको के मध्य टीबी की जाँच में सहायता के लिए दो व्यावयायिक स्वास्थ्य केंद की स्थापना का जश्न मनाते हैं।

एएमआईएमओ और जिम्बाब्वे में ज्वाइंट हैंड्स वेलफेयर ऑर्गेनाइजेशन (जेओएनटीएचएएनठीएस.ओआरजी) जैसे अन्य संगठन सामुदायिक स्तर पर, सीमा पार रेफरल सिस्टम पर टीबी का पता लगाने और इसकी रोकथाम के स्तर को बढ़ाने की आवश्यकता को साझा करते हैं। जो चलते–फिरते खनिकों के लिए उपचार को सुसंगत बनाता हैं, और कारीगर एवं छोटे पैमाने के खनिकों पर ध्यान देता है जो चल रहे हस्तक्षेपों में छूट सकते हैं। एससएमए इन कमियों को दूर करने वाले नीतिगत बदलावों को सुनिश्चित करने और खनिकों एवं उनसे जुड़े समुदायों के बीच सार्वजनिक स्वास्थ्य सकंट को समाप्त करने के लिए राजनीतिक इच्छाशक्ति को बनाए रखने और बढ़ाने के लिए कार्य कर रहा हैं।

अनुभव 16 नवीनतम कनाडाई टीबी मानक मूल-निवासियों (स्वदेशी लोगों) के अधिकारों को केंद्र में रखते हैं।

कनाडा में स्वदेशी लोगों के बीच टीबी उपनिवेशवाद और संबंधित आघात के इतिहास के साथ अटूट रूप से जुड़ा हुआ हैं।[61] कनाडाई टीबी मानकों का आठवां संस्करण मार्च 2022 में प्रकाशित हुआ था और सर्वप्रथम, स्वदेशी लोगों के अधिकारों को केंद्र में रखा गया था।[62] स्वदेशी लोगों की सेवा करने वाले स्वास्थ्य देखभाल कार्यकर्ताओं और सार्वजनिक स्वास्थ्य पेशेवरों के लिए सांस्कृतिक क्षमता में सुधार के लिए ''क्षय रोग की देखभाल के लिए एक परिचात्मक मार्गदर्शिका'' प्रदान करने के लिए एक समर्पित अध्याय कनाडा के लोगो के लिए है।'' जिसमें विशिष्ट महामारी के विज्ञान और इसके ऐतिहासिक एवं सांस्कृतिक संदर्भ का विवरण संनिहित हैं, ये कनाडा के तीन स्वदेशी समूहों–इनुइट, फर्स्ट नेशंस और मेटिस में से प्रत्येक से संबंधित हैं।[63] जब टीबी की रोकथाम, निदान, उपचार और देखभाल की बात आती हैं, तो उनके मूल्यों, जरूरतो और प्राथमिकताओं को बनाए रखने के लिए, स्वदेशी भूमि पर सेवाएँ प्रदान करने वाले और/या कार्य करने वाले सभी लागों से सात बार पूछा जाता हैं। इसमें समुदाय में टीबी के अनूठे इहिास और महामारी विज्ञान, जलवायु एवं भूगोल से संबंधित पहुँच संबंधी बाधाओं, सांस्कृतिक मतभेदों के प्रति सम्मान सहित सांस्कृतिक सुरक्षा, विशिष्ट सामाजिक निर्धारकां के विषय में शिक्षा शामिल हैं। तथा विशिष्ट स्वदेशी समूहों को प्रभावित करने वाली असमानताएं, चल रहे उपनिवेशवाद, व्यक्तिगत और प्रणालीगत नस्लवाद एवं विशेषाधिकार की भूमिका को स्वीकार करना, स्वदेशी लोगों के अधिकारों का सम्मान करके आत्म–लचीलापन, आत्म–वकालत एवं सशक्तिकरण को बढ़ावा देना, और यह समझना कि प्रत्येक स्वदेशी समूह के लिए ऐतिहासिक रूप से और सांस्कृतिक रूप से भिन्न, एवं टीबी की देखभाल के लिए विशिष्ट आवश्यकताएं हो सकती हैं।

उपनिवेशीकरण, ऐतिहासिक आघात और स्वास्थ्य के ऊपरी सामाजिक निर्धारकों के प्रति व्यवस्थित असावधानी के प्रभावें ने दुनिया भर में स्वदेशी आबादी में टीबी महामारी को फैला दिया हैं। कनाडा में स्वदेशी लोगों का अभूतपूर्व प्रयास सभी राष्ट्रीय टीबी कार्यक्रमों के लिए प्रेरणा का कार्य कर सकता हैं।

सीआरजी दृष्टिकोण को टीबी प्रतिक्रिया के हर पहलू को रेखांकित करना चाहिए

समुदायों को केंद्र में रखकर टीबी प्रतिक्रिया को अधिकार आधारित, न्यायसंगत और कलंक मुक्त बनाना, टीबी उन्मूलन के वैश्विक लक्ष्यों तक पहुँचना मौलिक है। भेदभावपूर्ण प्रथाओं, नीतियों एवं कानूनों को उजागर और सही किए बिना, हम टीबी से प्रभावित लोगों के मौलिक मानवाधिकारों का उल्लंघन करने का जोखिम उठाते है। टीबी के कलंक और इसके घातक संचालकों पर ध्यान दिए बिना, प्रभावित लोगों को स्वास्थ्य प्रणाली में प्रवेश करने से पहले ही टीबी देखभाल और कई अन्य लोगों से अलग कर देने का जोखिम उठाते हें। टीबी प्रभावित समुदायों को टीबी प्रतिक्रिया को केन्द्र में रखे बिना टीबी से प्रभावित सबसे कमजोर आबादी को इससे निजात दिलाने तथा सभी तक पहुँचने के लक्ष्य में विफल हो सकते हैं।

एचआईवी जैसी अन्य संक्रामक बीमारियों में प्रणालीगत पूर्वाग्रहों तथा सामुदायिक मतों की उपेक्षा की पहचान करना और उसे संबोधित किया गया है तथा सभी स्तरों पर टीबी के लिए इस आगे बढ़ाया जाना चाहिए। यह उपेक्षा उस घातक विभाजन के केंद्र में है जिस पर यह रिपोर्ट बनाई गई है। हालाँकि वैश्विक स्तर पर समुदायों की सार्थक भागीदारी की दिशा में कुछ प्रगति हुई है, लेकिन अधिक निरंतर निवेश की आवश्यकता है, खासकर राष्ट्रीय और उप–राष्ट्रीय स्तर पर। सीआरजी टीबी प्रतिक्रिया की रीढ़ के रूप में काम कर सकता है, लेकिन यह सबसे कम वित्तपोषित क्षेत्रों में से एक है। वैश्विक कर्ताओं को टीबी में सीआरजी के लिए समुदाय के नेतृत्व वाले बुनियादी ढ़ांचे को मजबूत करने के लिए एक समर्पित खाता द्वारा समर्थित, देश के प्रस्तावों और राष्ट्रीय निर्णय लेने में प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज को शामिल करने के लिए समर्पित स्थान बनाने के लिए अपनी राजनयिक मत और वित्तपोषण प्रभाव का उपयोग करना चाहिए।

अनुभव 17 उत्तरी त्रिभुज पार करने वाले प्रवासियों में टीबी

व्यापक गरीबी के कारण अमरीका से प्रवासन लंबे समय से आर्थिक आवश्यकता से प्रेरित रहा है। बहुत से लोग रोज़गार, बेहतर जीवन स्तर, बेहतर काम की स्थिति और पारिश्रमिक की तलाश में निकलते हैं, तथा अतिव्यापी प्रकरणों में हिंसा के बढ़ते स्तर के कारण भी। ग्वातेमाला उत्तरी त्रिभुज (ग्वातेमाला, होंडुरास और अल साल्वाडोर) में अन्य देशों के प्रवासियों के लिए जो मेक्सिको के रास्ते संयुक्त राज्य अमरीका की ओर बढ़ रहे हैं, एक पारगामी देश है।[64] यद्यपि टीबी की राष्ट्रीय दर अपेक्षाकृत कम है, इसका बोझ प्रवासी श्रमिक आबादी में बहुत अधिक है, जो मुख्य रूप से स्वदेशी हैं और अलग–थलग पड़ गए हैं, वे कम व्यवस्थाओं वाले समुदायों में शरण ले लेते हैं। मेक्सिको कमोध्यम से उनका प्रवासन, जहाँ उत्तरी त्रिभुज की तुलना में टीबी रोग और संक्रमण की दर बहुत अधिक है, उन परिस्थितियो के साथ मिलकर जिनके तहत प्रवाी लोगों को यात्रा करने के लिए मजबूर किया जाता है और संयुक्त राज्य अमरीका में प्रवेश की प्रतीक्षा करना टीबी संक्रमण और सक्रिय रोग के विकास का मुख्य कारक है।

वर्ष 2016 में, ग्वातेमाला कांग्रेस ने मानवाधिकारों को ध्यान में रखते हुए एक प्रवासन संहिता को मंजूरी दी। प्रवासियों को अब अधिकारों के धारक के रूप में मान्यता दी गई है, जो ग्वातेमाला राज्य से चिकित्सा देखभाल, आश्रय, काम और शिक्षा तक पहुँच प्रदान करते हैं। केवीपी के रूप में टीबी एवं प्रवासियों की व्यापक स्वास्थ्य आवश्यकताओं को संबोधित करने वाला कानून नागरिक समाज और सरकार के बीच साझेदारी का एक उत्पाद था और प्रवासी गलियारों में आने वाले अन्य देशों के लिए एक उदाहरण के रूप में काम कर सकता है।

क्रियान्वयन का आह्वान

वर्ष 2025 तक टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज को केंद्र में रखकर टीबी प्रतिक्रिया को न्यायसंगत, लिंग उत्तरदायी, अधिकार–आधारित और कलंक मुक्त बनाएँ

- सुनिश्चित करें कि समुदायों, अधिकारों और लिंग (सीआरजी) तथा कलंक उन्मूलन को विशिष्ट लक्ष्यों के साथ टीबी राजनीतिक घोषणा पर 2023 यूएनएचएलएम में प्राथमिकता दी जाए, और स्पष्ट रूप से राष्ट्रीय रणनीतिक योजनाओं (एनएसपी) और टीबी कार्यक्रम समीक्षाओं में एकीकृत किया जाए।
- टीबी समुदाय के नेतृत्व वाली पहलों के लिए दाता और घरेलू वित्तपोषण को समर्पित करें, जिसमें स्टॉप टीबी पार्टनरशिप (एसटीपी) चैलेंज फैसिलिटी फॉर सिविल सोसाइटी (सीएफसीएस), ग्लोबल फंड और अन्य तकनीकी सहायता तंत्रों के माध्यम से पक्षसमर्थन, निगरानी और जवाबदेही के प्रयास शामिल हैं।
- एनएसपी विकसित करने, टीबी कार्यक्रम समीक्षा की योजना बनाने के साथ–साथ सभी उच्च बोझ वाले देशों(एचबीसी) में अंतरराष्ट्रीय अनुदान के लिए देश के प्रस्ताव विकास प्रक्रियाओं में विशेषज्ञ योगदानकर्ताओं के रूप में टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज की सार्थक भागीदारी सुनिश्चित करें, जिसमें प्रभावित लोगों के राष्ट्रीय नेटवर्क टीबी और महिलाओं तथा लड़कियों के यशक्तिकरण और नेतृत्व द्वारा, भी शामिल हैं।
- सीआरजी मूल्याँकन, नियमित कलंक माप का संचालन करें तथा सभी एचबीसी में लागत वाली टीबी सीआरजी कार्य योजनाओं को विकसित तथा कार्यान्वित करें जिसमें टीबी प्रतिक्रिया की समुदाय–आधारित निगरानी (सीएलएम) और टीबी प्रतिक्रिया में सीआरजी शामिल है।
- टीबी केवीपी की विशिष्ट जरूरतों को व्यवस्थित रूप से पूरा करने के लिए पहचान करें, आकार का आँकलन करें और धन आवंटित करें, जैसे कि एचआईवी से पीड़ित लोगों, प्रवासियों, शरणार्थियों और आंतरिक रूप से विस्थापित लोगों, दवाओं का उपयोग करने वाले लोग, अपनी स्वतंत्रता से वंचित लोग, लेकिन यह इन्हीं तक सीमित नहीं है। मधुमेह से पीडित, शहरी गरीबों और मलिन बस्तियों में रहने वाले लोगो, खनिकों और सिलिकोसिस से पीड़ित लोगों स्वदेशी लोगों और बच्चों को, दोषता और पहुँच में बाधाओं के आधार पर।
- टीबी से प्रभावित लोगों के लिए सामाजिक संरक्षण और सुरक्षा को मजबूत करें, तथा सुनिश्चित करें कि इसमें आय, स्वास्थ्य देखभाल, आवास, पोषण संबंधी सहायता, मानसिक स्वास्थ्य सहायता और कानूनी सहायता शामिल है।
- टीबी से प्रभावित लोगों के अधिकारों को बढ़ावा देने और उनकी रक्षा करने, असमानताओं से लड़ने और कलंक तथा भेदभावपूर्ण पथाओं, प्रक्रियाओं और भाषा को खत्म करने के लिए कानूनों, नीतियों और कार्यक्रमों को अद्यतन करें।

कार्यवाई क्षेत्र 3 : टीबी को समाप्त करने के लिए आवश्यक नए उपकरणों के विकास, कार्यान्वयन एवं पहुँच में तेज़ी लाएँ

परिचय

टीबी प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज टीबी पर पहले संयुक्त राष्ट्र एचएलएम के बाद से टीबी अनुसंधान एवं विकास में हुई पर्याप्त प्रगति को पहचानते हैं, लेकिन यह भी ध्यान देने योग्य है कि टीबी टुलकिट को अभी भी पूरा होने में समय है। व्यावहारिक, कुशल, प्रभावी एवं संसाधन–प्रकाश समाधान जिन्हें टीबी से सबसे अधिक प्रभावित समुदायों में बढ़ाया जा सकता हे, की तत्काल आवश्यकता है। अन्य सभी नवाचारों से ऊपर, वे एक टीके की बात उठाते हैं। इस अध्याय में, हम नवाचार और कार्यान्वयन में हुई उपलब्धियों एवं अंतरालों पर वापस आते हैं जिन्हें कार्यवाई क्षेत्र 1 में प्रस्तुत किया गया था, जिससे टीबी अनुसंधान एवं विकास के लिए अधिक साहसी और प्रभावी दृष्टिकोष को उत्प्रेरित किया जा सके। अनुसंधान एवं विकास प्रयासों के वित्तपोषण के कार्य पर कार्य अगले अध्याय में किया जाएगा।

वर्तमान स्थिति

उपलब्धि (स्कोरकार्ड)

टीबी प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज डीआरटीबी और बालपन की टीबी सहित टीबी संक्रमण तथा टीबी रोग के लिए सुरक्षित और छोटी दवा के विकास और अनुमोदन की अत्यधिक सराहना करते हैं। वे अंकीकरण (डिजिटलाइज़ेषन) को एक महत्वपूर्ण स्वास्थ्य प्रणाली नवाचार के रूप में पहचानते है तथा वे टीबी अनुसंधान एवं विकास में लगभग 1000 लाख अमरीकी डॉलर के वृहत निवेश का जश्न मनाते हैं।

हालाँकि, वे महत्वपूर्ण कमियों की ओर भी इशारा करते हैं। वे टीबी के टीकों, डब्ल्यूआरडी की निरंतर अनुपस्थिति पर शोक व्यक्त करते हें देखभाल के बिंदु पर संचालित होते हैं तथा बच्चों के अनुकूल होते हैं, तथा तेजी से दवा संवेदनशीलता परीक्षण करते हें जो दवाओं के नवीनतम समूह के प्रति प्रतिरोध की भविष्यवाणी करते हैं। उनका तर्क है कि कई उभरते और मौजूदा उपकरणों की गुणवत्ता में बढ़ोत्तरी बेहद धीमी है। जैसा कि कार्यवाई क्षेत्र 1 में प्रश्न उठाया गया था, इस रिपोर्ट के लिए सर्वेक्षण में शामिल टीबी के उत्तरजीवी लोगों सहित 50 प्रतिशत से अधिक टीबी प्रभावित व्यक्तियों को दवाओं, निदान तथा अन्य सहायता सहित टीबी सेवाओं तक पहुँचने में चुनौतियों का सामना करना पड़ा। अंततः, जबकि टीबी सेवा वितरण के लिए नवीन दृष्टिकोण के उदाहरण हैं, प्रयास भी टुकड़ों में हो रहा है। यथास्थिति में काई बड़ा व्यवधान नहीं आया है।

चित्र 10

विकास को गति देने, टीबी को समाप्त करने के लिए आवश्यक नए उपकरणों को लागू करना एवं उन तक पहुँच बनाने में उपलब्धियाँ

वर्ष 2018 – 2020 के लक्ष्य		Scorecard
टीबी से पीड़ित 400 लाख लोगों का उपचार करना, जिसमें निम्न शामिल हैं:	66%	
टीबी से पीड़ित 35 लाख बच्चे	54%	
कई प्रकार की डीआरटीबी से पीड़ित 15 लाख लोग	43%	
कई प्रकार की डीआरटीबी से पीड़ित 115000 बच्चे	15%	
टीपीटी पर 300 लाख लोगों को टीबी से ग्रस्त होने का खतरा है, जिसमें निम्न शामिल हैं:	31%	
60 लाख लोग एचआईवी से पीड़ित हैं	172%	
5 वर्ष से नीचे की आयु के 40 लाख बच्चे पीड़ित हैं	40%	
अन्य घरेलु संपर्क के 200 लाख लोग पीड़ित हैं	3%	

बहुत कम या कोई प्रगति नहीं कुछ प्रगति हुई अच्छी प्रगति हुई

वैक्सीन (टीका) अनुसंधान एवं विकास

हमें बहुत अधिक नही तो, एक प्रभावी और सुलभ वैक्सीन की आवश्यकता है। कोविड–19 महामारी ने प्रदर्शित किया कि, पर्याप्त निवेश के साथ, वैज्ञानिक कठिनाइयों से समझौते किए बिना, वैक्सीनों को रिकॉर्ड तोड़ गति से बड़े पैमाने पर विकसित और कार्यान्वित किया जा सकता है। टीबी वैक्सीनों के अनुसंधान एवं विकास के लिए 2021 का वैश्विक रोडमैप यह बताता है कि टीबी के लिए इसे कैसे प्राप्त किया जा सकता है, प्रमुख बाधाओं की पहचान करना, उन्हें दूर करने के तरीके और अनुसंधान एवं विकास गतिविधियों को निर्देशित करने के लिए प्राथमिकताओं का एक साझा गतिविधियों के समूह के साथ। जैसा कि चेचक और पोलियो सहित अनेक संक्रमणों के साथ देखा गया है, वैक्सीन ही एकमात्र नवाचार है जो किसी महामारी को रोक सकती है। टीबी प्रभावित समुदाय वैक्सीन उपलब्ध हाते ही उसे लागू करने के लिए तैयार हो रहे हैं, लेकिन संरक्षित निवेश की कमी के कारण प्रगति में बाधा आ रही है, जैसा कि अगले अध्याय में उठाया गया है।

औषधियाँ और निदान

डीआरटीबी और बाल्यावस्था टीबी सहित टीबी संक्रमण और बीमारी के लिए नए सुरक्षित, प्रभावी और कम समय के उपचार के तरीकों का वर्गीकरण, टीबी पर 2018 के यूएनएचएलएम के बाद से टीबी प्रतिक्रियों की सबसे बड़ी उपलबिधयों का प्रतीक है–यदि टीबी प्रतिक्रियों के इतिहास में नहीं है – और टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज को बहुप्रतीक्षित राहत प्रदान करता है। डीएसटीबी इलाज अब चार महीने में किया जा सकता है, डीआरटीबी का इलाज बिना इंजेक्शन के कम से कम छह महीने में किया जा सकता है, और 1–3 महीने में टीबी संक्रमण का इलाज किया जा सकता है– और बीमारी को रोका जा सकता है। (केस स्टडी 18) ये नए नियम उपचार की स्वीकार्यता, स्वास्थ्य प्रणाली और कार्यक्रम की व्यवहार्यता को बढ़ाने और टीबी की रोकथाम, उपचार और देखभाल के लिए जन– केंद्रित दृष्टिकोण का समर्थन करने का वादा करते हैं।

जैसा कि कहा गया है, बायोमेडिकल के अनुसंधान और विकास के क्षेत्र में नवाचार के लिए पर्याप्त स्थान है। निदान पक्ष पर, टीबी प्रभावित समुदायों को एक डब्ल्यूआरडी की आवश्यकता होती है जिसका उपयोग संसाधनों और बिजली की कमी वाले क्षेत्रों में बड़े पैमाने पर मिनटों के भीतर परिणाम प्राप्त करने के लिए किया जा सकता है। टीबी संक्रमण और उप–नैदानिक टीबी के लिए प्वाइंट–ऑफ–केयर परीक्षण और टीबी रोग के बढ़ने के जोखिम का आकलन करने के लिए मार्कर्रों (वे व्यक्ति जो टीबी प्रभावति लोगों को चिन्हित करते हैं) की भी कमी है। उपचार के पक्ष में, इस रिपोर्ट के लिए परामर्श किए गए तकनीकी विशेषज्ञों ने बताया कि नए उपचार नियम अभी भी पुरानी दवाओं पर निर्भर हैं। नए अणुओं की आवश्यकता है ताकि टीबी को कम समय में रोका और ठीक किया जा सके, घटना और मृत्यु दर में कमी में तेजी लाई जा सके और दवा–प्रतिरोध के नए प्रकारों का मुकाबला किया जा सके।

इन सभी नवाचारों में, स्तनपान कराने वाली और गर्भवती महिलाओं, बच्चों और नवयुवकों को असमान रूप से लाभ होता है; डिज़ाइन के अनुसार, अधिकांश अनुसंधान और विकास पाइपलाइन, इन समूहो को बाहर रखती हैं। टीबी प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज यह सुनिश्चित करना चाहते हैं कि टीबी अनुसंधान एवं विकास का लाभ केवीपी और अन्य लोग भी उठा सकें जिनकी ऐतिहासिक रूप से उपेक्षा की गई है। इस रिपोर्ट के लिए परामर्श किए गए तकनीकी विशेषज्ञ इस बात पर जोर देते हैं कि गर्भवती/स्तनपान कराने वाली महिलाओं, गर्भनिरोधक की आवश्यकता वाली प्रीमेनोपॉज़ल महिलाओं और दो साल से कम उम्र के बच्चों के साथ–साथ एचआईवी से पीड़ित लोगों में बीपीएएल/एम डीआरटीबी आहार और राइफापेंटाइन आधारित टीपीटी आहार की सुरक्षा और प्रभावकारिता पर शोध किया गया है (उदाहरण के लिए, डोलटेग्रेविर प्राप्त करने वालों को) प्राथमिकता दी जानी चाहिए, शुरू की जानी चाहिए और/या खत्म की जानी चाहिए; इन प्रमुख समूहों में से टीबी के प्रभाव अक्सर सबसे गंभीर होते हैं।

अनुभव 18 बीपीएएल/ बीपीएएलएम डीआरटीबी वाले लोगों के लिए आहार की घोषणा करता है

2018 और 2020 के बीच, बेडाक्विलाइन की शुरूआत के बाद से, डीआरटीबी के लिए सभी मौखिक आहार देखभाल के मानक बन गए हैं। 2022 में, बीपीएएल/ बीपीएएलएम नवीनतम सुरक्षित, सस्ता, छोटा और अधिक प्रभावी ऑल ओरल आहार बन गया, जो टीबी पीआरएसीटीईसीएएल, ज़ेनिक्स और निक्स टीबी परीक्षणों के चरण 3 तथ्य द्वारा समर्थित है। बीपीएएल/ बीपीएएलएम में बेडाक्विलाइन (बी), प्रीटोमैनिड (पा), लाइनज़ोलिड (एल) और/या – फ़्लोरोक्विनोलोन के प्रतिरोध के आधार पर – मोक्सीफ्लोक्सासिन (एम) शामिल हैं। यह डीआरटीबी वाले लोगों के लिए बहुत बड़ी उपलब्धि है, जिन्हें छह महीने तक प्रतिदिन केवल 3–4 गोलियाँ लेने की आवश्यकता होगी! उपचार की सफलता 80 प्रतिशत से अधिक है, जो टीबी अनुसंधान एंव विकास में जबरदस्त जीवनरक्षक प्रगति को दर्शाती है। दिसंबर 2022 में बीपीएएल और बीपीएएलएम के उपयोग को मंजूरी देने डब्लूएचओ दिशानिर्देशों का मतलब है कि दुनिया भर के देश डीआरटीबी से प्रभावित लोगों को तुरंत आहार उपलब्ध कराना शुरू कर सकते हैं। ये नियम लंबे समय तक चलने वाले, विशैले उपचारों (जिनके लिए अधिक गहन निगरानी और अनुवर्ती कारवाई की आवश्यकता होती है) की तुलना में काफी हद तक लागत बचाने वाले होंगे।

उपकरणों की प्राप्ति और उपलब्धता

प्रभाव डालने के लिए नए और उभरते उपकरणों को टीबी प्रभावित समुदायों तक पहुँचना चाहिए, जैसा कि कार्यवाई क्षेत्र 1 में पेश किया गया है। पिछले दशक में बाजार में आए कई डब्ल्यूएचओं अनुमोदित उपकरणों को अपनाने में देश पीछे रह गए हैं। यह निषक्रियता विशेष रूप से जीनएक्सपर्ट जैसे डब्ल्यूआरडी को धीमी गति से अपनाने में स्पष्ट है, जो अपनी सीमाओं के बावजूद, टीबी का पता लगाने के लिए सबसे अच्छा उपलब्ध उपकरण है। इसी तरह, छोटे उपचार के नियम अभी भी सभी के लिए उपलब्ध नहीं हैं; दूर दराज के दुर्गम और कम सेवा वाले क्षेत्र लगातार नुकसान में हैं। एचआईवी से पीड़ित लोगों के अलावा, टीपीटी स्केल अप बहुत ही निराशाजनक है क्योंकि कई सरकारें प्राधिकरण में देरी कर रहीं हैं या रिफापेंटाइन तक पहुँच की कमी है। 1/4/6 गुणा 24 अभियान– हाल ही में दुनिया भर के टीबी से बचे लोगों, शोधकर्ताओं, चिकित्सकों, कार्यकर्ताओं और नागरिक समाज पेशेवरों के गठबंधन द्वारा शुरू किया गया है– अब यह सुनिश्चित करने के लिए कमर कस रही है कि सबसे अच्छी उपलब्ध दवा उन लोगों तक पहुँचे जिन्हें इसकी सबसे अधिक आवश्यकता है। (केस स्टडी 19)

नए उपकरणों तक पहुँच बढ़ाने के लिए संदर्भ अनुकूलन और स्वीकरण के साथ साथ मूल्य वार्ता को सुविधाजनक बनाने के लिए परिचालन अनुसंधान और बाजार का विकास करने की आवश्यकता है।[25] प्रतिवादियों से साझा किया कि उनके कई देश सामर्थ्य संबंधी चुनौतियों, पुराने उपकरणों की अप्रयुक्त आपुर्ति और नए उपकरणों के आयात को समायोजित करने के लिए नियामक बाधाओं से जूझ रहे हैं, जिससे नए उपकरणों को अपनाना मुश्किल हो गया है। बुनियादी ढांचे की बाधाएँ भी व्यापक हैं – टीबी परीक्षण के साथ आपूर्ति श्रृंखला के मुद्दे और डिजिटल प्रौद्योगिकियों के रोल आउट के साथ क्लाउड स्टोरेज के मुद्दे हैं। सुविधा स्तर पर, सर्वोत्तम कार्यप्रणाली पर तकनीकी मार्गदर्शन की कमी है और समुदायों के भीतर जानकारी के अभाव के कारण टीबी से सीधे प्रभावित लोगों की माँग में कमी है। इन बाधाओं को दूर करने हेतु जागरूकता और पक्ष समर्थन बढ़ाने के लिए समुदाय संचालित अभियान आवश्यक हैं। (केस स्टडी 20)

अनुभव 19 वहनीय एआई-सीएडी टीबीसे प्रभावित लोगों को उन स्थानों पर ढूंढ रहा है जहाँ वे रहते हैं और काम करते हैं।

आर्टिफिशियल इंटेलिजेंस–आधारित कंप्यूटर एडेउ डिटेक्शन (एआई–सीएडी) उत्पाद डिजिटल एक्स–रे की व्याख्या को स्वचालित और मानकीकृत करने और टीबी की जाँच तथा टीबी प्रभावित लोगो को ढूंढ़ने के लिए त्वरित मार्ग प्रदान करने के अवसर प्रदान करते हैं। एसटीपी की टीबी रीच पहल द्वारा वित्तपोषित कई परियोजनाएँ वहनीय एआई–सीएडी नवाचारों को अन्यथा दुर्गम समुदायों तक लाने के प्रभावों को प्रदर्शित करती हैं।

दोपासी फाउंडेशन (dopasi.org) एक गैर लाभकारी सामुदायिक संगठन, ने फूजी फिल्म ज़ेयर का उपयोग करके पाकिस्तान के तीन कोयला खनन जिलों में एआइ–सीएडी को कार्यान्वित किया, जिसमें एक संक्षिप्त, हल्का, सौर ऊर्जा संचालित डिजिटल एक्स–रे मशीन शामिल है, जोकि एक कम्प्यूटर की सहायता से रीडिंग सॉफ्टवेयर, लूनित इनसाइट सीएक्सआर से जुड़ा हैं।[80] जिलों में स्वास्थ्य सुविधाएँ, बिजली या परिवहन का बुनियादी ढ़ांचा न के बराबर था। वर्ष 2019 से 2021 के बीच, 117 जाँच शिविर आयोजित किए गए, 150, 242 कोयला खनिकों और उनके परिवारों की टीबी के लिए जाँच की गई, जिसमें 12, 56 की एक्स–रे का उपयोगकर जाँच की गई तथा टीबी से पीड़ित 429 लोगों को उपचार प्रदान किया गया, जिससे परियोजना क्षेत्र में टीबी का पता लगाने में 77.5 प्रतिशत की वृद्धि हुई। छवि की दृश्यता के संबंध में विशिष्ट गुणवत्ता संबंधी चिंताओं का सामना नहीं किया गया, और परमाणु तथा रेडियोलॉजी प्राधिकरण द्वारा कम विकारो की पुष्टि की गई। चुनौतियों में कम बैटरी क्षमता और अत्यधिक गर्म मौसम के दौरान उपकरण का अत्यधिक गर्म होना शामिल है।

इसी प्रकार, पाथ (path.org), एक संगठन जो सार्वजनिक और निजी कर्ताओं के साथ काम करता है, ने Qure.ai द्वारा विकसित AI टूल qXR का उपयोग करके भारत के नागपुर शहर में अनौपचारिक बस्तियों केनिवासियों के बीच टीबी निदान में तेजी लाने में मदद की, तथा स्थानीय संगठन के साथ मिलकर रेडियोलॉजिस्ट का समर्थन अर्जित करने के लिए काम कर रहे हैं।[81] वर्ष 2019–2020 के दौरान, 10,481 लोगों को एआई द्वारा पढ़े जाने वाले मुफ्त छाती का एक्स–रे के लिए भेजे गए, जिससे 197 लोगों में टीबी का निदान हुआ। लगभग 13 प्रतिशत निदान मानव जाँच कर्ताओं से छूट गए किन्तु एआई द्वारा पहचाने गए। दोनों परियोजनाएँ, दूसरों के साथ, टीबी के लिए एआई आधारित प्रतिबिंब (एफजी–एआईटीबी) पर स्टॉप टीबी के केंद्रित समूह में प्रदर्शित की जाती है, जो कार्यान्वयनकर्ताओं को जोड़ने, दक्षिण से दक्षिण के जुड़ाव की सुविधा प्रदान करने एवं बढ़ाने के लिए तकनीकी सहायता प्रदान करने के लिए एक वैश्विक ज्ञान साझाकरण मंच के रूप में कार्य करता है।

अनुभव 20 1/4/6x24 अभियान के माध्यम से नई व्यवस्थाओं के पैमाने में तेजी लाना

कुछ लोगों के पास टीबी में सर्वोत्तम उपलब्ध साक्ष्य–आधारित उपकरणों तक पहुँच है। उनकी पहुँच, उपलब्धता, स्वीकार्यता और गुणवत्ता को बढ़ावा देने के लिए माँग के सृजन की आवश्यकता है। 1/4/6x24 अभियान नवीनतम नवाचार लोगों तक तेजी से पहुँचे यह सुनिश्चित करने के लिए आवश्यक माँग का सृजन कर रहा है।[68] यह अभियान नए छोटे टीबी उपचारों की शुरूआत और बड़े पैमाने पर तेजी लाने केलिए वैश्विक दाताओं और स्वास्थ्य कर्ताओं के साथ काम करता है, जिसमें नए डब्ल्यूएचओ दिशानिर्देशों को अपनाने के लिए समयबद्ध लक्ष्य और महत्वाकांक्षी, वित्तपोषण प्रस्ताव तथा नवाचार – फॉरवर्ड एनएसपी शामिल है।

अभियान का नाम केंद्र से इसकी माँग से आया है: कि देशों तथा अन्य कर्तव्य वाहक टीबी की रोकथाम के लिए सबसे कम उपलब्ध नियमों को लागू करने के लिए कार्यवाई करें – 2024 के अंत तक, टीबी की रोकथाम के लिए 1 माह या सप्ताह में एक बार, दवा–संवेदनशील टीबी के लिए 4 महीने, तथा दवा प्रतिरोधी टीबी के लिए 6 महीने। यह अभियान पहले से ही एसटीपी, डब्ल्यूएचओ, द ग्लोबल फंड और यूएसएआईडी सहित प्रमुख टीबी कर्ताओं का ध्यान और कार्यवाई के प्रति प्रतिबद्धता प्राप्त कर रहा है, एक साझा लक्ष्य की शक्ति का प्रदर्षन कर रहा है और समुदाय के अधिवक्ताओं को कर्तव्य धारण करने के लिए सक्षम और संगठित करने के लिए पक्षसमर्थन अभियान में तेजी ला रहा हे। इसमें सेवाओं में मानवाधिकारों और लिंग संबंधी बाधाओं को कम करना और हटाना शामिल होना चाहिए जो टीबी में नवाचारों तक पहुँच को रोकते हैं।

1/4/6x24

Photo Credit: David Harrison for Treatment Action Campaign

अंकीय नई खोज (डिजिटल इनोवेान)

स्वास्थ्य प्रणाली मे नई खोज में उल्लेखनीय वृद्धि के बीच, डिजिटल प्रौद्यागिकियाँ टीबी प्रतिक्रिया में सबसे आगे आ गई है। डब्ल्यूएचओ अनुमादित वहनीय कम्प्यूटर एडेड डायग्नोस्टिक्स (सीएडी), कृत्रिम बुद्धि मत्ता (एआई) उपकरण अपराती[13], के साथ मिलकर टीबी डायग्नोस्टिक एल्गारिदम, स्वास्थ्य सुविधाओं और योग्य प्रदाताओं की कमी वाले संसाधन गरीब क्षेत्रो के लिए संभावित लाभ के साथ विशेषरूप से टीबी जाँच की गति में बड़े बदलाव का वादा करते हैं। (केस स्टडी 21) मल्टीप्लेक्स प्रौद्योगिकियाँ अधिसूचना दरों को बढ़ाने के लिए प्राथमिक देखभाल और अन्य क्षेत्रों में टीबी में सेंधमारी में सक्षम हो सकती है।[69,70] प्रतिवादियों ने साझा किया कि कैसे डिजिटल पालन प्रौद्योगिकियाँ (डीएटी) बदल रही है कि टीबी का उपचार कर रहे लोगों की निगरानी कैसे की जाती है, और सेवा प्रदाताओं के बीच कार्यों के प्रवाह को सुव्यवस्थित किया जा रहा है। वीडियो आधारित प्रत्यक्ष अवलोकन थेरेपी (डीओटी) की डिजिटलकरण विश्वसनीय, स्वीकार्य है और मानक डीओटी की तुलना में बेहतर पालन से जुडा है; इसमें वीडियों डीओटी समर्थित हे या कई एचआईसी में वीडीओटी।[71] चूंकि टीबी प्रभावित समुदाय अप्रत्यक्ष सेवा वितरण के अवसर खोल रहे हैं, जोकि कोविड–19 लॉकडाउन से प्रेरित है, उन्हें यह भी उम्मीद है कि इससे निर्भरता डीओटी से हटकर सामुदायिक सशक्तिकरण पर केंद्रित हो जाएगी – जहाँ टीबी से पीडित लोगों के पास निर्धारित उपचार पूरा करने के लिए आवश्यक जानकारी और सहायता होगी। (केस स्टडी 3 भी देखें) डिजिटल मंच धीरे–धीरे टीबी निगरानी के बुनियादी ढ़ांचे में सुधार कर रहे हैं, जिससे देशों को वास्तविक समय डेटा का उपयोग करने की अनुमति मिल रही है।[72] प्रतिवादी इसे पक्षसमर्थक को मजबूत करने और टीबी से प्रभावित लोगों की देखभाल और असमानताओं में बाधाओं को कम करने के अवसर के रूप में देखते हैं। स्वास्थ्य प्रणालियों के लिए, वे विचारार्थ भेजने, निदान और उपचार की निगरनी में तेजी ला सकते हैं, और लागत और क्षमता की कमी को पूरा कर सकते हैं। वनइम्पैक्ट सीएलएम टूल विशिष्ट रूप से कइ प्रभावित समुदायों को टीबी देखभाल में लिंग और अधिकार संबंधी बाधाओं की निगरानी और प्रतिक्रिया करने, सहकर्मी संबंध बनाने और टीबी प्रतिस्थानीय प्रतिक्रियाओं की निगरानी करने में सक्षमबना रहा है।[73]

अनुभव 21 उभरते नए उपकरणों की लागत कम करने के लिए अभियान

उत्पाद पेटेंट और उच्च लागत उभरती हुई टीबी दवाओं और निदान तक सार्वभामिक पहुँच में बाधा डालती हैं। टीबी से प्रभावित लोगों का प्रतिनिधित्व करने वाले और उन्हें शामिल करने वाल संगठन इन बाधाओं का मुकाबला करने के लिए सरल तरीकों का उपयोग कर रहे हैं एवं उत्पाद की उपलब्धता, पहुँच स्वीकार्यता और अनुकूलनशीलता का समर्थन करते हैं। 2019 के पश्चात्, मेडेसिंस सैन्स फ्रंटियरेस (एमएसएफ) एक्सेस कैम्पेन ने जीनएक्सपर्ट एमटीबी/आरआईएफ परीक्षण की कीमत को आधा करने के लिए 'टाइम फॉर 5 डॉलर' नामक अभियान का समन्वय किया है, इस बात का अवलोकन करते हुए कि निर्माता, सेफिड ने परीक्षण की कीमत लगभग 10 डॉलर' से अधिक एक दशक से बनाएँ रखी हैं। पहुँच (एक्सेस) अभियान डीआरटीबी के लिए नवीनतम् बीपीएएलएम व्यवस्था की कीमत को 500 डॉलर से कम करने की वकालत कर रहा हैं। उनके डीआरटीबी ड्रग्स अंडर द माइक्रोस्कोप रिपोर्ट के आठवें संस्करण में जॉनसन एंड एलायंस के बीच दवा पेटेंट लाइसेंसिंग की प्रतिबंधात्मक शर्त को लचीला करने का आह्वान किया गया है ताकि नवीनतम् दवाओं के जेनेरिक संस्करणों के प्रवेश का समर्थन किया जा सके और उन देशों में लोगों तक इसकी पहुँच की व्यवस्था करना, जहाँ इसकी सबसे अधिक आवश्यकता हैं।[25] ग्लोबल फंड, एसटीपी और मोल्बियों डायग्नोस्टिक्स के मध्य एक नया समझौता इसे एक कदम आगे ले जा रहा हैं। डब्ल्यू.एच.ओ द्वारा अनुमोदित ट्रूनेट ऐटरेट आर परीक्षण (एमटीबी, एमटीबी प्लस और एमटीबी–आरआईएफडीएक्स) सभी देशों में कम कीमत पर उपलब्ध होंगे। ग्लोबल फंड, एसटीपी और यूएसएआईडी द्वारा समर्थित ट्रूनेट ऐटरेट आर वयस्कों और बच्चों में रिफैम्पिसिन प्रतिरोध के निदान एवं उसके बाद का पता लगाने के लिए विशेष रूप से सहायक है, फेफड़े (फुफुस) संबंधी टीबी के लक्षण को मालूम करना और यह उन क्षेत्रों क लिए उपयोगी जहाँ बिजली की कमी रहती हैं। इस साझेदारी में वैश्विक मानक के तहत सेवा एवं रखरखाव के प्रति प्रतिबद्धता सुनिश्चित करने के लिए सेवा–विस्तार स्तरीय समझौता और सार्वजनिक एवं निजी क्षेत्र के खरीददारों के लिए समान मूल्य निर्धारण का विस्तार करने की क्षमता होगी।[82] कीमत में यह कमी वार्ता के आरम्भ में ही होनी चाहिए, क्योंकि वह जो मूल्य अवरोधों को तब तक कम करना जारी रखता है, जब तक कि वे पूरी तरह से हटा ना दिए जाएं। अनुचित उत्पाद पेटेंट और मूल्य निर्धारण के विरूद्ध अभियान चलाना, इससे टीबी देखभाल तक पहुँचने में प्रमुख बाधाओं को दूर करने में मद्द मिल सकती हैं। अधिकांश डिजिटल नवाचार परीक्षण, उपचार में सहायता करते हैं, हालांकि, उपचार की निगरानी और चौकसी के अभी तक बढ़ाया नहीं गया हैं। इस रिपोर्ट के लिए दिए गए परामर्श से मालूम चलता है कि कई देश कागज पर रिपोर्ट लिखना जारी रखें हुए है–यह एक निराशाजनक निष्कर्ष हैं जिसे डब्ल्यूएचओ द्वारा भी प्रलेखित किया गया है।[74] तथा जहाँ डेटा मै कमियों को भरने के लिए डिजिटल उपकरणों को महत्व दिया जाएगा, वहीं संक्षिप्त, सरल उपकरणों को भी सराहा जाएगा। आखिरकार, देश को इन नवाचारों को अपनाने के लिए अनुदान से संचालित परियोजनाओं से परे सरकारी खरीद की आवश्यकता होगी। यह डेवलपर्स के लिए टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिकों के साथ कार्य करने का अवसर है, साथ ही स्थानीय नवप्रवर्तकों के साथ भी।

नवप्रर्वतन के दृष्टिकोण

टीबी के परीक्षण को सुगम बनाने के लिए नए उपकरणों के विकास में एक दर्जन से अधिक कर्ता लगे हुए हैं, और कई अन्य डिजिटल क्षेत्र में हैं। कुछ अपवादों के साथ, वे एकांगी रूप से और कभी–कभी प्रतिस्पर्धा में कार्य करते है, जिससे नवाचार के लिए एक खंडित प्रतिक्रिया आती हैं, जहाँ एक नया उपकरण दूसरे को पकड़ने की भूमिका निभा रहा हैं। उदाहरणार्थ, परीक्षण प्रौद्योगिकी में अनुरूप नवाचारों द्वारा टीबी के नए उपचारों की शुरूआत को मजबूत किया जा सकता हैं। डीआरटीबी के लिए वर्तमान डब्ल्यूआरडी परीक्षण दवाओं के केवल एक अंश के लिए संवेदनशील प्रोफाइल बताते हैं, जिससे समुदायों को नवीनतम् नियमों के संभावित प्रतिरोध को रोकने, पता लगाने और प्रतिक्रिया करने के लिए तैयार नहीं किया जाता हैं। नवप्रवर्तकों को डब्ल्यूआरडी विकसित करने के प्रयाय में तालमेल बिठाना होगा, जो बाजार में उपलब्ध दवाओं की पूरी सूची के साथ–साथ चरण 1 और 2 के परीक्षणों के लिए तैयार दवाओं के प्रति उत्तरदायी हों। एक और सीमा यह है कि बहुत कम नवप्रवर्तक टीबी प्रभावित समुदायों के साथ मिलकर उपकरण बनाने और उनके रोलआउट पर सहयोग करने के लिए कार्य करते हैं। टीबी प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज चिंता व्यक्त करते है कि डेवलपर्स एक तैयार उपकरण के साथ आते हैं, फिर उन्हें इसके मूल्य के बारे में समझाने का प्रयास करते हैं। परिणामस्वरूप, समानता को ध्यान में रखते हुए, शायद ही नवाचारों का विकास कभी किया जाता है और वे अपनी पूर्ण क्षमता तक पहुँचने में विफल रहते हैं। टीबी से प्रभावित समुदायों को अपनी आवश्यकताओं को स्पष्ट करने में सक्षम होना चाहिए। नए उपकरणों के डिजाइन की जानकारी दें। ऐसा करने के लिए उनके बीच ज्ञान एवं क्षमता का निर्माण करने और धन व स्थान उपलब्ध कराने की आवश्यकता हैं। अंततः खरीद–फरोख्त, स्वीकार्यता, प्रभाव को हासिल करने के लिए उनकी प्रारंभिक एवं सार्थक भागीदारी महत्वपूर्ण हैं। (केस स्टडी 22)

अनुभव 22 ग्लोबल टीबी कम्यूनिटी एडवाइजरी बोर्ड (टीबी सीएबी) टीबी के अनुसंधान एवं विकास में परिवर्तन के एजेंट के रूप में

ग्लोबल टीबी सीएबी एशिया, यूरोप, अफ्रीका और उत्तरी एवं दक्षिण अमेरिका में टीबी नेटवर्क के अनुसंधान–साक्षर समुदाय कार्यकर्ताओं का एक समूह है, जो नए टीबी उपचार, निदान और विकास, मूल्याँकन और परिचय व निवारक प्रौद्यागिकियों में लगे अनुसंधान और उत्पाद के प्रायोजको को परामर्श देता हैं।

यह टीबी पर होने वाले परीक्षण डिजाइन के संदर्भ में अनुसंधान और विकास एंजेडा के साथ–साथ टीबी उपचार पर निर्णय लेने की प्रक्रिया मे प्राथमिकता दिए जाने वाले साक्ष्य के प्रकार में अधिक समावेशन की वकालत करता हैं। हाल के वर्षो में, इसने क्लिनिकल परीक्षण प्रोटोकॉल की समीक्षाओं का लाभ उठाया है, टीबी अनुसंधान में बच्चों एवं गर्भवती लोग सहित प्रमुख समूहों को शामिल करने की वकालत की। उनके प्रयासों के लिए बड़े पैमाने पर धन्यवाद, टीबी क्षेत्र कई अध्ययनों और पहलों के साथ और अधिक प्रगतिशील हो गया है।

समावेशी दृष्टिकोण– उदाहरणार्थ, एंडटीबी और एंडटीबी–क्यू परीक्षण उन लोगों को यह निर्णय लेने की अनुमति देते हैं, जो अध्ययन के दौरान गर्भवती हो जाती है कि उन्हें जारी रखना है या नहीं।[83, 84] दक्षिण अफ्रीका में बीट क्षय रोग के परीक्षण मे पात्र प्रतिभागियों के रूप में छह वर्ष से कम उम्र के बच्चे और गर्भवती लोग शामिल हैं।[85] और यूएसआईडी–वित्तपोशित जॉन्स हॉपकिन्स विश्वविद्यालय के नेतृत्व वाली सहायता क्षय रोग के लिए अनुसंधान का संगठित करना और उसमें तेजी लाना है, एलिमिनेशन कंसोर्टियम अपने शोध में इस आबादी को प्राथमिकता देने की योजना बना रहा हैं।[86] जिसे परियोजना के तहत आगे बढ़ाया गया, जिसमें सीएफसीएस अनुदान प्राप्तकर्ताओं के साथ साझेदारी भी शामिल हैं। टीबी सीएबी इसमें और योगदान देने के लिए समवर्ती रूप से कार्य कर रहा है, निर्णय लेने की प्रक्रियाओं मे टीबी प्रभावित समुदाय के दृष्टिकोणों के संग्रह, कठोरता और विचार में सुधार करना जो टीबी अनुसंधान एवं विकास एजेंडा, वित्त पोषण प्राथमिकताओं और नीतियों का मार्गदर्शन करता है। टीबी का अनुभव प्राप्त करने वाले लोगों की प्राथमिकताओ और दृष्टिकोणों का बढ़ाकर, टीबी सीएबी टीबी से प्रभावित लोगों की प्राथमिकताओं जिसमे टीबी अनुसंधान और नीति के लिए प्रमुख निर्णय लेने में अधिक महत्व देने में सक्षम बना रहा हैं। ग्लोबल टीबी सीएबी का एक स्वतंत्र मूल्याँकन प्रकाश डालता है कि यह वैज्ञानिक वकालत को बढ़ावा देने, समुदाय के परिपेक्ष्य को ऊपर उठाने में और टीबी अनुसंधान एवं विकास परिदृश्य में परिवर्तन के एजेंट के रूप में कार्य करने में, महत्वपूर्ण भूमिका का निर्वहन करता हैं।[87]

कार्यवाई के क्षेत्र 6 में सरकारी कर्ताओं एवं नियामक प्रणालियों के साथ समन्वय की आवश्यकता का प्रश्न उठाया गया है, तथा यह उभरती नई पद्धतियों की सफलता के लिए महत्वपूर्ण है। ग्लोबल ड्रग फैसिलिटी नियामक बाधाओं एवं आपूर्ति की कमी को दूर करने के अवसर प्रदान करती है जो अक्सर नए उपकरणों के धीमी गति से लागू होने के लिए उत्तरदायी होती है।[75] उपलब्धता नीति स्वैच्छिक अधिकार में हस्तक्षेप जैसे कि मेडिसिन पेटेंट पूल (एमपीपी) द्वारा समर्थित – तथा जिन्हें एचआईवी एवं एचसीवी में सफलता मिली है – जो अनुसंधान एवं विकास प्रक्रिया की शुरूआत में ही उन उत्पादों तक पहुँच सुनिश्चित करने में मदद करते है जो बाद के चारणों में प्रभावकारी साबित हों, सुरक्षा उपाय स्थापित करके लागत और जीवन बचाने में भी मदद मिल सकती है।[76]

टीबी नवाचारों के विकास एवं कार्यान्वयन के लिए माँग का सृजन

टीबी महामारी की वर्तमान गति की तुलना में, स्पष्ट रूप से टीबी पर होते नवाचारों की गति पर्याप्त नहीं है। वित्तपोषण की इस अभूतपूर्व गतिविधि की आवश्यकता उभरते उपकरणों तक पहुँच बनाने में तेज़ी लाने के लिए तथा अनुसंधान एवं विकास हेतु वित्तपोषण के अंतर को कम करने के लिए आवश्यक है, जिसे अगले अध्याय में उठाया गया है। विकासकर्ताओं द्वारा किए गए सामूहिक प्रयास – तथा कहीं अधिक उदार सार्वजनिक एवं निजी निवेशक – जो शुरूआत से टीबी प्रभावित समुदायों एवं नागरिक समाज के साथ कार्यरत हैं, उनको वर्तमान एवं भविष्य के उपकरणों के लिए बाज़ार की माँग को प्रोत्साहित करने की आवश्यकता है – विशेषकर एक टीके की। एचआईसी देश और विदेश में जनता के हित में बातचीत करके और उत्पाद विकास साझेदारी जैसे गैर–लाभकारी मॉडल में निवेश बढ़ाकर दवा कंपनियों के लाभ – आधारित मॉडल को चुनौती दे सकती है।

टीबी में नवाचार को भी अदूरदर्शी ढ़ांचे का समाना करना पड़ा है, जो बायोमेडिकल एवं तकनीकी प्रगति से उत्पन्न विपणन योग्य उत्पादों पर केंद्रित है। उन्हें आगे बढ़ाने, बाधाओं का मुकाबला करने एवं फल प्राप्त करने में सक्षम बनाने के लिए परिचालन अनुसंधान, सामाजिक अनुसंधान और समुदाय–आधारित अनुसंधान की आवश्यकता है। (केस स्टडी 23) ऐसे हस्तक्षेपों को शामिल करने के लिए नवाचार की अवधारणाओं का विस्तार करने का अवसर है जो टीबी के सामाजिक, आर्थिक एवं कानूनी चालकों, विशेषरूप से सीआरजी बाधाओं को इसके रोगजनक एवं महामारी विज्ञान निर्धारकों से परे संबोधित करते हैं।

अनुभव 23 भारत में टीबी सेवाएँ प्रदान करने के लिए शहरी आशा कार्यकर्ताओं की तैयारी का मूल्याँकन करना

शहरी मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (यू–आशा) भारत के राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ मिशन के प्रोत्साहित सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता हैं जो स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के रूप में कार्य करके समुदाय को स्वास्थ्य सेवाओं से जोड़ते हैं। वर्ष 2022–23 में, फाउंडेशन फॉर मेडिकल रिसर्च (एफएमआर, fmrindia.org) ने दो शहरों मुंबई और पुणे में मार्गदर्शी अनुसंधान लागू किया, जिसमें 300 से अधिक यू–आशा कार्यकर्ताओं एवं अन्य संबंधित हितधारकों को शामिल किया गया ताकि अंतिम व्यक्ति तक टीबी सेवाएँ पहुँचाने के लिए उनकी तैयारियों को समझा जा सके तथा समय पर एव नियमित देखभाल प्राप्त करने में सामुदायिक भागीदारी को सुविधाजनक बनाने का प्रयास किया जा सके। यह परियोजना नेशनल एकेडमी ऑफ साइंसेज के पार्टनरशिप फॉर एन्हांसड एंगेजमेंट इन रिसर्च (पीईईआर) कार्यक्रम के तहत गोदरेज इंडस्ट्रीज़ के सह–वित्तपोषण एवं महाराष्ट्र राज्य एंटी–ट्यूबरकोलासिस एसोसिएशन (एमएसएटीबीए) के समर्थन से शुरू की गई थी।

यू–आशा में टीबी से प्रभावित लोगों की पहचान करने, टीबी से पीड़ित लोगों और उनके परिवारों को मानसिक सहायता तथा पोषण, संक्रमण नियंत्रण, प्राथमिक प्रबंधन एवं दवा की प्रतिकूल प्रतिक्रियाओं को निर्दिष्ट कर परामर्श देने की काफी क्षमता पाई गई है जिससे सामुदायिक जागरूकता में बढ़ोत्तरी एवं गोपनीयता पर ध्यान देकर कलंक को कम करने में सहायता हो सके। उन्हें एक सक्षम पारिस्थितिकी तंत्र बनाने के लिए समुदाय एवं स्वास्थ्य प्रणाली से समर्थन की आवश्यकता है। वर्तमान दृष्टिकोण में, टीबी पर प्रशिक्षण के लिए केवल आधा दिन समर्पित किया जाता है, जिससे यू–आशा के लिए टीबी की अनिवार्यताओं, कार्यक्रम एवं जन–केन्द्रित देखभाल के प्रमुख घटकों जैसे टीबी कलंक, पोषण, पारिवारिक सहभागिता, बुजुर्गों के हस्तक्षेप तथा अन्य विविध आवश्यकताओं वाले लोगों के बारे में जानने के लिए कम समय बचता है। यू–आशा की भुगतान योजनाओं, कार्यभार संतुलन एवं कार्य की निरंतरता का पर्यवेक्षण तथा निरंतर सीखने एवं उन्नति के अवसरों जैसे संरचनात्मक समर्थन पर भी बहुत कम ध्यान दिया गया। मार्गदर्शक अनुसंधान ने महत्वपूर्ण कमियों के साथ–साथ समुदाय–आधारित टीबी कार्यक्रमों को मज़बूत करने और सभी तक पहुँचने के अवसरों को भी उजागर किया है।

क्रियान्वयन का आह्वान

टीबी को समाप्त करने के लिए आवश्यक नए उपकरणों के विकास, कार्यान्वयन एवं उन तक पहुँच में तेज़ी लाएँ

- वित्तपोषण के संरक्षित प्रवाह के साथ, वर्ष 2025 तक बीमारी की घटनाओं में तेज़ी से कमी लाने के लिए नए टीबी के टीकों की उपलब्धता तथा पहुँच सुनिश्चित करनी होगी।
- सुनिश्चित करें कि टीबी संक्रमण एवं रोग तथा दवा प्रतिरोधी टीबी (डीआरटीबी) सहित टीबीसे प्रभावित सभी लोगों को वर्ष 2024 के अंत तक नवीनतम लघु उपचार प्राप्त हों।
- नए अणुओं पर आधारित टीबीसंक्रमण और बीमारी के लिए लघु उपचार व्यवस्था विकसित करने के समानांतर देखभाल के नवीन बिंदु विकसित करें, जो बच्चों के अनुकूल हों, तथा नवीनतम एवं उभरते उपचार नियमों के लिए दवा प्रतिरोध को माप सकें।
- डिजिटल संवहनीय एक्स–रे मशीन, कृत्रिम बुद्धिमत्ता–समर्थित निदान तथा वनइम्पैक्ट जैसे सीएलएम तंत्र सहित डिजिटल प्रौद्यागिकियों में निवेश मज़बूत करें एवं उनका उपयोग करें।
- वित्तपोषित सामुदायिक सलाहकार तंत्र, समुदाय के नेतृत्व वाले अभियान और परिचालन अनुसंधान के साथ –डिज़ाइन और अनुकूलन से लेकर अपनाने, माँग निर्माण और मूल्याँकन तक – नए और उभरते उपकरणों को लागू करने और बाज़ार तक पहुँच में तेज़ी लाएँ।
- टीबी के लिए जन–केन्द्रित और सुलभ टीके, निदान, उपचार एवं डिजिटल प्रौद्योगिकियों का उत्पादन करने के लिए वैश्विक गठबंधन और गैर – लाभकारी उत्पाद विकास साझेदारी जैसे विकास करने वालों के बीच समन्वय करें, यह सुनिश्चित करें कि वे बौद्धिक संपदा अथवा संबंधित उद्योग या नियामक मूल्य निर्धारण बाधाओं से मुक्त हैं जो सामर्थ्य और पहुँच को बाधित करता है।

कार्यवाई क्षेत्र 4 : टीबी को खत्म करने के लिए आवश्यक धनराशि का निवेश करें

परिचय

टीबी उन्मूलन में सहायता के लिए अधिक वित्तीय निवेश की आवश्यकता इस रिपोर्ट के सभी परामर्शों में प्रतिध्वनित हुई। टीबी से प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज इस बात पर जोर देते हैं कि टीबी भी कोविड – 19 के समान अनुसंधान एवं विकास का हकदार है। वर्ष 2020 एवं 2021 के दौरान, कोविड–19 ने 26.5 लाख लोगों की जान ली, जिनमें से कई टीबी से प्रभावित होंगे।[88] इसी अवधि में, टीबी ने कम से कम 30 लाख लोगों की जान ली।[5,89] जबकि अरबों डॉलर कोविड–19 की प्रतिक्रियाओं और पुनर्प्राप्ति प्रयासों में लगाया गया, घरेलू अथवा बाहरी स्रोतों से टीबी पर प्रतिक्रिया में उन निवेशों की बमुश्किल छाया देखी गई। यह घोर अन्याय है कि टीबी से प्रभावित लोगों के जीवन का काई महत्व नहीं। यह अध्याय टीबी के वित्तपोषण में अंतर तथा निष्क्रियता की अस्वीकार्य लागत को उजागर करता है।

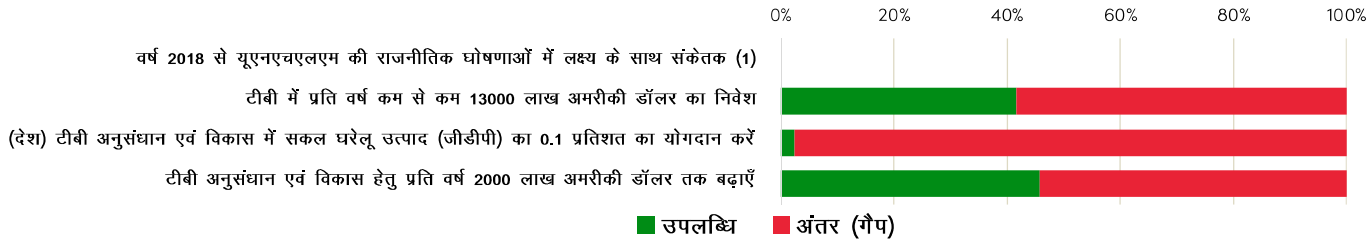
वर्तमान स्थिति

उपलब्धि (स्कोर कार्ड):

टीबी देखभाल में निवेश वर्ष 2019 से पहले के वर्षों में बढ़ा, किन्तु वर्ष 2020 में गिर गया, जिसका मुख्य कारण कोविड – 19 महामारी की प्रतिक्रिया का समर्थन करने के लिए संसाधनों का पथांतरण था। ऐसा प्रतीत होता है कि वे वर्ष 2021 में स्थिर हो गए हैं, जब टीबी का वित्तपोषण 5400 लाख अमरीकी डॉलर तक पहुँच गया था तथा अनुसंधान एवं विकास वित्तपोषण 9150 लाख अमरीकी डॉलर के उच्च रिकॉर्ड स्तर पर पहुँच गया। ये बडी रकम है, किन्तु टीबी प्रतिक्रिया के लिए अभी भी बहुत कम वित्तपोषण है। टीबी प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज इस बात पर अफसोस जताते हैं कि हम वर्ष 2018 के राजनीतिक घोषणापत्र (चित्र 11) में वादा की गई वित्तीय सुरक्षा को हासिल करने के आधे रास्ते पर भी नहीं हैं।[1,42] अन्य संक्रामक रोगों एवं प्रमुख स्वास्थ्य मुद्दों को संबोधित करने वाले निवेशों की तुलना में, टीबी के लिए धन अभी भी अनुपातहीन रूप से कम है। इससे भी अधिक, कई निवेश उन लक्ष्यों से बंधे नहीं हैं जो जन–केन्द्रित देखभाल जैसे सीआरजी, कलंक, कवीपी पर ध्यान और सर्वोत्तम उपलब्ध उपकरणों तक समान पहुँच का समर्थन करते हैं।

चित्र 11

टीबी को समाप्त करने के लिए आवश्यक धनराशि का निवेश करने पर उपलब्धियाँ



तालिका 5

वर्ष 2030 तक टीबी उन्मूलन की उपलब्धि में तेज़ी लाने के लिए वित्तपोषण की आवश्यकता

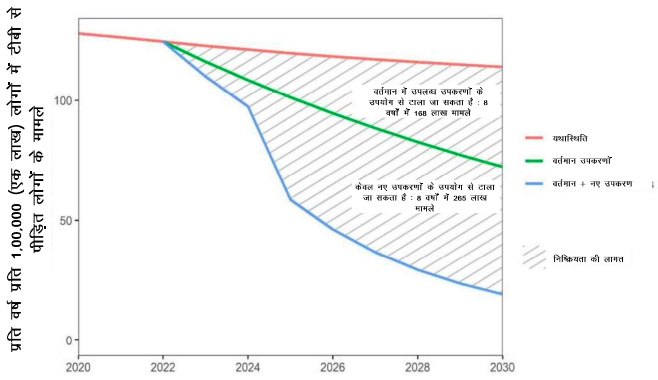
	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total
वैश्विक रूप से वित्तपोषण की आवश्यकता[1]	15.7	17.6	20.3	21.9	33.1	32.8	33.6	34.9	209.8

[1]अरब अमरीकी डॉलर में
सौजन्य : टीबी खत्म करने की वैश्विक योजना 2023–2030, स्टॉप टीबी पार्टनरशिप; पेज. 166

जैसा कि कहा गया कि, भले ही हम संयुक्त राष्ट्र के लक्ष्यों को प्राप्त करने में पीछे हैं, टीबी को समाप्त करने की वैश्विक योजना 2023 – 2030 से पता चलता है कि यदि पयाप्त वित्तीय एवं संबंधित राजनीतिक निवेश किया जाए तो टीबी को समाप्त करना संभव है। अनुमानित 210000 लाख अमरीकी डॉलर – वर्तमान निवेश का लगभग चार गुना – हमें अगले सात वर्षों में टीबी उनमूलन के लक्ष्य को प्राप्त करने में मदद कर सकता है (तालिका 5)।[6] निवेश पर लाभ बहुत बड़ा होने का अनुमान है – वर्ष 2050 तक डॉलर पर 40 अमरीकी डॉलर की बचत, एलएमआईसी में 60 अमरीकी डॉलर तक की बचत, तथा 160 – 270 लाख लोग टीबी से पीड़ित होने से बच जाएँगे। दूसरी ओर, निष्क्रियता की कीमत अस्वीकार्य है : लगभग 1 ट्रिलियन अमरीकी डॉलर तथा लाखों लोगों की जान चली गई (चित्र 12)।[6] टीबी प्रतिक्रिया के पर्याप्त और निरंतर वित्तपोषण के बिना, कार्यवाई के प्रत्येक क्षेत्र में प्रगति रूक जाएगी।

चित्र 12

वैश्विक योजना 2023 – 2030 को लागू करने में असफल होने की संभावित मानवीय लागत



सौजन्य : स्टॉप टीबी पार्टनरशिप, जिनेवा

अंतरराष्ट्रीय वित्तपोषण

टीबी के लिए सभी अंतरराष्ट्रीय वित्तपोषण का लगभग तीन–चौथाई ग्लोबल फंड के माध्यम से बहुपक्षीय वित्तपोषण से आता है।[5] ग्लोबल फंड की सातवीं पुनःपूर्ती 15700 लाख अमरीकी डॉलर है, जो एक बड़ी राषि है।[90] हालाँकि, टीबी[91] को केवल 18.6 प्रतिशत धनराशि आवंटित की गई है, बावजूद इसके कि टीबी से वार्षिक मृत्यु दर एचआईवी या मलेरिया से अधिक है।[92] (केस स्टडी 24) कई देशों में आर्थिक वृद्धि के कारण आवंटन में भरी कटौती देखी जा रही है[91]; अधिकांश के पास अभी भी कमी को पूरा करने के लिए पर्याप्त घरेलू क्षमता नहीं है।

संयुक्त राज्य अमरीका टीबी प्रतिक्रिया में सबसे अधिक द्विपक्षीय योगदानकर्ता है, जो टीबी के लिए अंतरराष्ट्रीय वित्तपोषण के 50 प्रतिशत का योगदानकर्ता है, जिसमें ग्लोबल फंड में योगदान भी शामिल है, इसके बाद फ्रांस और युनाइटिड किंगडम है।[5] अन्य बहुत कम देशों की टीबी में निहित हिस्सेदारी है। (केस स्टडी 25)

घरेलू निवेश

टीबी के बढ़ते राजनीतिक प्रालेख के कारण इसकी दृश्यतामें वृद्धि हुई है और प्रतिबद्धता की अभिव्यक्ति को बढ़ावा मिला है, जैसा कि इसमें दर्शाया गया है क्षेत्रीय (उदाहरण के लिए, आम अफ्रीका स्थिति[93]) तथा राष्ट्रीय (उदाहरण के लिए, ब्रिक्स[5,94]) स्तरों पर राजनीतिक घोषणा। ब्रिक्स देश सामूहिक रूप से घरेलू स्रोतों से उत्पन्न होने वाली सभी टीबी वित्तपोषण का दो तिहाई भाग व्यवस्थित करते हैं। भारत ने हाल के वर्षों में टीबी वित्तपोषण में वृद्धि देखी है, और बांग्लादेश, कंबोडिया और जाम्बिया जैसे अन्य टीबी प्रभावित देशों से निवेश में भी वृद्धि हुई है।[5] हालाँकि, अधिकांश टीबी प्रभावित देशों को अंतरराष्ट्रीय दानदाताओं के माध्यम से समर्थन दिया जाना जारी है। जैसा कि पहले बताया गया है, पिछले तीन वर्षों में कोविड – 19 के कारण टीबी में घरेलू निवेश में भी गिरावट आई है।[5]

अनुभव 24 ग्लोबल फंड की नवीनतम पुन:पूर्ति के लिए समुदाय संचालित अभियान – एक कीर्तिमान जो आवश्यकता की पूर्ति ना कर पाया

गंभीर वित्तीय दबाव के माहौल के बीच, ग्लोबल फंड ने 2023[90,91] के लिए 15700 लाख अमरीकी डॉलर का कीर्तिमान निवेश हासिल किया, जिसका बड़ा कारण #FightForWhatCount अभियान के प्रति विश्वभर के अधिवक्ताओं की रैली थी। इस उल्लेखनीय उपलब्धि के बावजूद, जुटाई गई राशि ज़रूरतों से कम है, खासकर टीबी के लिए। ग्लोबल फंड को महामारी के दौरान खोए लाभ को पुनः प्राप्त करने के लिए कम से कम 18000 अमरीकी डॉलर की आवश्यकता है।[103]

कुछ दाता देशों ने दूसरों की अपेक्षा अधिक योगदान दिया। संयुक्त राज्य अमरीका की प्रारंभिक महत्वकांक्षा एवं नेतृत्व, जिसने सभी दानदाताओं के लिए अपनी अंतिम प्रतिज्ञा में 30 प्रतिशत की वृद्धि करने का मानक ऊँचा रखा, अधिवक्ताओं को सहासी बनने व सशक्त बनाने के लिए महत्वपूर्ण था। जर्मनी एवं जापान जैसे देश शुरूआती 30 प्रतिशत की वृद्धि की प्रतिज्ञा की, जिसने कनाडा और यूरोपीय आयोग जैसे अन्य पारंपरिक रूप से "बड़े" दाताओं के बीच पक्षसमर्थकों को समर्थन देने के लिए महत्वपूर्ण गति प्रदान की, जिनके नेताओं ने अंततः न्यूयॉर्क में 30 प्रतिशत वृद्धि की घोषणा की। उन्नीस देशों ने अपनी पिछली प्रतिज्ञा से 30 प्रतिशत वृद्धि का लक्ष्य पूरा किया, जिसमें सात कार्यान्वयन देश भी शामिल हैं। दक्षिण कोरिया ने 250 लाख अमरीकी डॉलर से 1000 लाख अमरीकी डॉलर तक 300 प्रतिशत की वृद्धि के साथ एक उल्लेखनीय प्रतिज्ञा की। युनाइटेड किंगडम ने पिछले वर्षों से अपनी प्रतिज्ञा में लगभग 30 प्रतिशत की कटोती करके, अंतरराष्ट्रीय विकास में अपनी लंबे समय से चली आ रही नेतृत्वकारी भूमिका को खो दिया।[104]

टीबी से प्रभावित सामुदायिक समूह और नागरिक समाज संगठन वैश्विक सहयोगात्मक प्रयासों और एक दूसरे के बीच समन्वय के माध्यम से हासिल की गई 30 प्रतिशत से अधिक वृद्धि प्रतिज्ञाओं पर गर्व कर सकते हैं, लेकिन महामारी को हमेशा के लिए समाप्त करने के लिए संसाधन जुटाने पर अधिक ध्यान केंद्रित करने की आवश्यकता होगी। ग्लोबल फंड डिजीज स्पिलट में हाल की छोटी जीत के बावजूद, टीबी को एचआईवी/एड्स और मलेरिया की तुलना में सबसे कम लाभ मिल रहा है, और टीबी में 7000 लाख अमरीकी डॉलर से अधिक का भारी वित्तपोषण का अंतर है। टीबी को समाप्त करने के लिए आवश्यक संसाधनों को सुरक्षित करने के लिए #FightForWhatCounts अभियान की सफलताओं और चुनौतियों से सीख सकते हैं।[104] ग्लोबल फंड दाताओं द्वारा "अलग रखे गए" के बढ़ते उपयोग को देखते हुए, उम्मीद है कि इन स्रोतों से सीधे टीबी वित्तपोषण में वृद्धि देखने का एक तत्काल अवसर है, जिसे टीबी समुदाय को तलाशना चाहिए।

सर्वाधिक उपेक्षित क्षेत्र

अनुसंधान एवं विकास

वर्ष 2021 में, ट्रीटमेंट एक्शन ग्रुप (टीएजी) की वार्षिक रिपोर्ट टीबी अनुसंधान एवं विकास में 9150 लाख अमरीकी डॉलर के कीर्तिमान निवेश का खुलासा करती है।[95] योगदान सार्वजनिक निधि (70 प्रतिशत), परोपकरी दाता (14 प्रतिशत), निजी क्षेत्र (10 प्रतिशत) तथा बहुपक्षीय कर्ताओं (6 प्रतिशत) से आया। अधिकांश धनराशि उत्तरी देशों की सरकारों तथा मुट्ठी भर एजेंसियों जैसे बिल एंड मिलेंडा गेट्स फाउंडेशन, यूएस नेशनल इंस्टीट्यूट ऑफ हेलथ, यूएनआईटीएआईडी, यूएसएआईडी एजेंसियों से थी। निजी और परोपकारी कर्ताओं के साथ–साथ मध्यम और उच्च आय वाले लोगों का योगदान बहुत कम था, पिछले वर्षों की तरह नहीं। 215 टीबी प्रभावित देशों में से सिर्फ तीन देशों ने – आयरलैंड, फिलीपींस और दक्षिण अफ्रीका – ने टीबी आर एंड डी वित्तपोषण के मानदंड को पूरा किया, जिसे समग्र आर.एंड.डी. का 0.1 प्रतिशत के रूप में परिभाषित किया गया है।[5] दवा उद्योग से दवाओं एवं टीकों में निवेश विशेषरूप से कम था।[95] इसके विपरीत साक्ष्य होने के बावजूद, टीबी से निवेश पर अत्यधिक मुनाफा नहीं मिलता।[96] अन्य बहुपक्षीय वितपोषक जैसे जीएवीआई, कोइलीशन फॉर एपिडेमिक प्रिपेयर्डनेस इनोवेशनस् (सीईपीआई) तथा विकास बैंकों ने भी टीबी में नवाचारों का समर्थन करने के लिए महत्वपूर्ण संसाधनों का योगदान नहीं दिया। यह कोविड – 19 के लिए दिखाए गए समर्थन के बिलकुल विपरीत है।

टीबी की आर एंडी वित्तपोषण का लगभग[35] प्रतिशत दवाओं के अनुसंधान में, 17 प्रतिशत बुनियादी विज्ञान अनुसंधान में, 16 प्रतिशत परिचलन एवं महामारी विज्ञान अनुसंधान में, 15 प्रतिशत निदान अनुसंधान में, 12 प्रतिशत टीके के अनुसंधान में तथा 5 प्रतिशत अनुसंधान के बुनियादी ढ़ाचे एवं अनिदिष्ट परियोजनाओं में जाता है।[95] पिछले वर्षों की तुलना में, वर्ष 2021 में टीबी दवाओं, निदान एवं परिचालन तथा महामारी विज्ञान अनुसंधान में निवेश में वृद्धि देखी गई, लेकिन बाल–विशिष्ट अनुसंधान में कटौती एवं टीकों के लिए वित्त पोषण में कमी से इन लाभों का मुकाबला किया गया।[95] एक ऐसी बीमारी के लिए, जो सदियों से मानवता के साथ जी रही है, एक प्रभावी टीका विकसित करने के लिए संरक्षित धन की कमी और एक संक्रामक एजेंट के कारण मृत्यू के प्रमख कारणों में से एक बनी हुई है, जो हमारे पूरे समाज के लिए शर्मिंदगी का कारण होना चाहिए। चीज़ों को परिप्रेक्ष्य में रखने के लिए, कोविड – 19 महामारी के पहले वर्ष में, काविड – 19 का टीका विकसित करने के लिए 51000 लाख अमरीकी डॉलर का निवेश किया गया था और एक वर्ष के भीतर ही, एक नहीं बल्कि तीन नए टीके बाज़ार में उपलब्ध थे।[97] इसके विपरीत, वर्ष 2021 में टीबी के टीके की आर.एंड.डी पर 1200 लाख अमरीकी डॉलर से अधिक का खर्च नहीं किया गया।[95]

इस रिपोर्ट के लिए परामर्श किए गए तकनीकी विशेषज्ञों एवं शोधकर्ताओं का कहना है कि टीबी आर एंड डी वित्तपोषण के अंतर को कम करके नहीं आँका जा सकता। यह टीबी में नए परिवर्तनों में अंतर की जड़ है। वर्ष 2023 और 2030 के बीच, टीबी को समाप्त करने के लिए एसटीपी का वैश्विक योजना का अनुमान है कि, नई टीबी दवाओं और उपचार आहार, निदान एवं टीकों के लिए अनुसंधान एवं विकास में तेज़ी लाने के लिए 40000 लाख अमरीकी डॉलर की आवश्यकता है।6 टीबी अनुसंधान एवं विकास का समर्थन करने के लिए कोविड़–19 में निवेश का लाभ उठाने के अप्रयुक्त अवसर भी हैं, एक मुद्दा जिसे अगले अध्याय में उजागर किया गया है।

अनुभव 25 मध्य एवं पूर्वी अफ्रीकी महाद्वीप में विरकाल से निवेश में कमी

अफ्रीकी महाद्वीप टीबी के भारी बोझ वाले 30 देशों में से 17 का घर है। कई देशों में टीबी का पता लगाने की दर कम है, जो महामारी के दौरान और बढ़ गया। उदाहरण के लिए, गैबॉन ने वर्ष 2019 की तुलना में वर्ष 2020 में सूचनाओं में 80 प्रतिशत तक की गिरावट का अनुभव किया। अफ्रीका के डब्ल्यूएचओ के क्षेत्रीय कार्यालय के अनुसार, राष्ट्रीय कार्यक्रमों के कम वित्तपोषण से रोग का पता लगाने पर काफी प्रभाव पड़ा है। अफ्रीका के लिए डब्ल्यूएचओ के क्षेत्रीय निदेशक डॉ. मात्शिदिसो रेबेका मोइती ने 2022 में कहा था कि," हमें दीर्घकालिक अल्प निवेश को समाप्त करना चाहिए जो टीबी के बोझ को बड़ा रखता है, बड़ी संख्या में लोगों का पता नहीं चल पाता है, तथा रोकथाम और उपचार को कमजोर करता है"।[105] महाद्वीप के बाकी हिस्सों की तुलना में यह विशेषरूप से मध्य और पश्चिमी अफ्रीका का मामला है। उदाहरण के लिए दक्षिण अफ्रीका टीबी से लड़ने के लिए घरेलू वित्त सहायता को लगातार बढ़ा रहा है, 2020 में 81 प्रतिशत तक बढ़ाने की उम्मीद है। इसके विपरीत, कैमरून में, 2019 और 2020 के बीच टीबी घरेलू निवेश लगभग 40 प्रतिशत कम हो गया।[106]

डेडली डिवाइड 2.0 ऑनलाइन सर्वेक्षण में भाग लेने वाले अफ्रीका के फ्रांसीसी भाषी प्रतिवादियों ने भी वित्तपोषण में अंतराल को एक बड़ी समस्या के रूप में पहचाना है, और कहा कि घरेलू सरकारों के लिए टीबी की प्राथमिकता कम थी, जो बाहरी दानदाताओं पर बहुत अधिक निर्भर थी। वर्ष 2023 में, फ्रांस/एल" इनिशिएटिव के विशेषज्ञों ने "द एक्सेलेरेटर" लॉन्च किया, जो इन चुनौतियों से निपटने में मदद करने के लिए एक नया तरीका है, जिसमें देशों और भागीदारों की जरूरतों की अभिव्यक्ति के आधार पर कार्यवाई के अवसर शामिल हैं। नागरिक समाज और समुदाय–आधारित संगठनों के लिए अनुरूप समर्थन प्रदान करना उनके बाहरी मुल्याँकन की सिफारिशों का हिस्सा था, जिसे फ्रांसीसी नागरिक समाज संगठनों द्वारा समर्थन दिया गया था।

सीआरजी और कलंक में कमी

कार्यवाई क्षेत्र 2 में शुरू की गई सीएफसीएस की सफलता, सामुदायिक समावेशन और सशक्तिकरण तथा टीबी में सीआरजी पर ध्यान देने की दिशा में एक महत्वपूर्ण उपलब्धि है। वर्ष 2022 में सीएफसीएस वित्तपोषण का 11वें दौर कीर्तिमान स्थापित कर 105 लाख अमरीकी डॉलर तक पहुँच गया – 2007 में पहली बार शुरू होने पर प्राप्त वित्तपोषण से 20 गुना से अधिक – और 29 देशों में 100 संगठनों का समर्थन कर रहा है (चित्र 13)। यह मुख्य अनुदान तंत्र बना हुआ है, जो सीआरजी को संबोधित करने वाली गतिविधियों को शुरू करने के लिए समुदाय, नागरिक समाज और जमीनी स्तर के कर्ताओं के हाथों में शक्ति देता है। परिणाम दर्शाते हैं कि टीबी प्रभावित समुदाय सार्थक रूप से टीबी एजेंडे को आगे बढ़ा सकते हैं, बडे पैमाने पर निवेश का प्रबंधन कर सकते हैं, और एसटीपी के तकनीकी समर्थन के साथ, टीबी से पीडित लापता लोगों को खोजने के लिए देशों में सीआरजी के संस्थागत रूप से सहायता कर सकते हैं। (केस स्टडी 26) सीएफसीएस के साथ–साथ, ग्लोबल फंड, युएसएआईडी और टीबी रीच प्रस्तावों के साथ–साथ टीबी अनुसंधान एवं विकास में भी अधिक व्यापक रूप से, विशेष रूप से महामारी विज्ञान और परिचालन अनुसंधान में लिंग को संबोधित करने की उम्मीद बढ़ रही है।

हालॉकि, टीबी वित्पोषण वास्तुकला के अंदर, सीआरजी और कलंक मे कमी के लिए वित्तपोषण ना के बराबर है। औसतन, तेजी से वृद्धि के बावजूद, सीएफसीएस सीमित देशों की माँग का केवल 25 प्रमिशत ही पूरा कर पाया है। यह सीआरजी से संबंधित कार्य करने के लिए स्थानीय भागीदारों की बढ़ती माँग का प्रमाण है और सीएफसीएस के विकास के लिए महत्वपूर्ण अवसर है। पीपीपीआर और यूएचसी के लिए प्रतिस्पर्धी लक्ष्यों और खींच कर लाए गए आवंटन[98] के सामने, रणनीतिक पहल के लिए उत्प्रेरक वित्तपोषण जो आमतौर पर टीबी में सीआरजी का समर्थन करेगी, वह दाता एजेंडा से मिटाए जानेवाले पहले व्यक्ति हो सकते हैं। जब तक हम सीएफसीएस के लिए वित्तपोषण नहीं बढ़ाते और टीबी से प्रभावित सभी देशों के लिए समर्थन नहीं बढ़ाते हैं, तब तक सामुदायिक प्राथमिकताओं का समर्थन करने के लिए कोई सुरक्षा जाल नहीं है जो टीबी से पीड़ित लापता लोगों को ढुढ़ने में सहायक होते हैं। युएसएआईडी अन्य पहलों के साथ–साथ सीएफसीएस के माध्यम से सामुदायिक प्राथमिकताओं और स्थानीय स्वामित्व को संबोधित करने का समर्थन कर रहा है। ग्लोबल अफेयर्स कनाडा ने भी सार्थक योगदान दिया है, उदाहरण के लिए, टीबी रीच पहल के माध्यम से। यूरोपीय संघ के देश इस नेतृत्व का अनुसरण कर सकते हैं और इस महत्वपूर्ण अंतर को पाटने में मदद कर सकते हैं।

अनुभव 26 कांगो लोकतांत्रिक गणराज्य में सीआरजी के लिए वित्तपोषण बढ़ाना

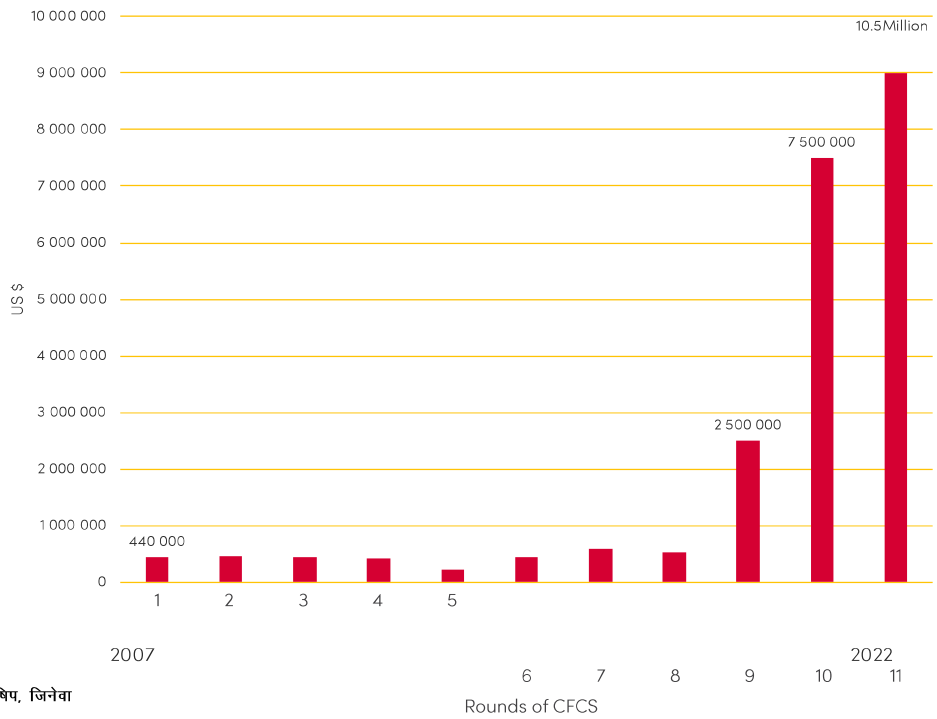
कांगो लोकतांत्रिक गणराज्य (डेमोक्रेटिक रिपब्लिक ऑफ कांगो – डीआरसी) टीबी, टीबी/एचआईवी और बहु डीआरटीबी के उच्च बोझवाले 30 देशों में से एक है। यह विश्व के उन 13 देशों में से एक है जहाँ टीबी से पीड़ित 75 प्रतिशत लापता लोग रहते है।[5, 55] केवीपी के सामने आने वाले मानवाधिकारों और लिंग संबंधी बाधाओं का आँकलन करने के लिए, 2018 में डीआरसी एनटीपी तथा टीबी से प्रभावित लोगों के नुतृत्व वाले एक संगठन, क्लब डेस एमिस डेमियन ने सीआरजी मुल्याँकन किया। टीबी से पीडित लापता लोगों को खोजने के लिए ग्लोबल फंड पहल के तहत एसटीपी से सहायता प्राप्त हुई थी। एनटीपी ने सीएडी107 की सहायता से तीन वर्षिये सीआरजी कार्य योजना (PA-CRG 2021–2023) विकसित की।

ग्लोबल फंड के अनुदान चक्र[7] एनएमएफ[4] वित्तपोषण अनुरोध के लिए निर्णय लेने की जानकारी देने के लिए, एनटीपी ने एसटीपी से पीए–सीआरजी 2021–23 की गहन समीक्षा शुरू की ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि सीआरजी को टीबी 2024–2028 के लिए एनएसपी में शामिल किया गया और प्राथमिकता दी गई और एनएमएफ[4] वित्तपोषण अनुरोध में लिखा गया। इन प्रयासों के परिणामस्वरूप, डीआरसी के सफल जीसी[7] में हस्तक्षेप में सीआरजी पर कई फोकस शामिल थे; टीबी सीआरजी बाधाओं को कम करना और उन पर काबू पाना; टीबी सीएलएम को बढ़ाना; मानवाधिकारों को बढ़ावा देना और उनकी रक्षा करना; लिंग–संवेदनशील कार्यक्रम को आगे बढ़ाना; तथा टीबी सेवा वितरण में टीबी सीआरजी को एकीकृत करना।

ग्लोबल फंड का वित्तपोषण अनुरोध एनटीपी को टीबी सीआरजी में निवेश बढ़ाने के लिए महत्वपूर्ण अवसर प्रदान करते हैं। देश एसटीपी के सामुदायिक सहायता पैकेज का उपयोग टीबी कार्यक्रम में सीआरजी बाधाओं की पहचान करने, उन्हें कम करने तथा उन पर काबू पाने के लिए तथा टीबी से पीड़ित लोगों को ढूंढ़कर उनका उपचार कराने के लिए कर सकते हैं।

चित्र 13

नागरिक समाज के लिए 11 से अधिक दौरों में सुविधाओ में विकास की चुनौती, 2022 – 2007



सौजन्य : स्टॉप टीबी पार्टनरषिप, जिनेवा

टीबी से प्रभावित परिवारों का विहंगम लागत (बहुत अधिक पूंजी का व्यय) का सामना करना

टीबी से प्रभावित लोगों की आर्थिक और कानूनी सहित सामाजिक सुरक्षा के लिए वित्तपोषण न के बराबर है। विश्व में, टीबी से प्रभावित परिवारों के बहुत अधिक पूंजी व्यय को कम करने के लिए अथवा उनका उस खर्च में हाथ बटाने के लिए कोई कोष नहीं है। टीबी से प्रभावित समुदायों के लिए आर्थिक सुरक्षा में निवेश के लिए बहुक्षेत्रीय एवं कानूनी सहायता तथा उन हस्तक्षेपों का समर्थन करने के लिए समर्पित वित्तपोषण की आवश्यकता होती है। जैसा कि स्थिति है, अधिकांश देशों के पास ऐसा कोई बजट आवंटित नहीं है जिसके माध्यम से टीबी से प्रभावित लोग सामाजिक सुरक्षा अथवा अन्य लाभ प्राप्त कर सकें; इस मुद्दे को कार्यवाई क्षेत्र 6 में उठाया गया है।

व्यापक, सतत और विविध वित्तपोषण की तत्काल आवश्यकता

टीबी वित्तपोषण के अंतर को कम करने के लिए अधिक उदार (व्यापक) तथा निरंतर निवेश की तत्काल आवश्यकता है, तथा वित्तपोषकों एवं वित्तपोषित प्राथमिकताओं दोनों के संदर्भ में अधिक विविधता है।

वर्तमान में, टीबी प्रतिक्रिया एक बहुपक्षीय दाता (ग्लोबलफंड) एवं द्विपक्षीय दाताओं के एक छोटे से समुह (मुख्य रूप से संयुक्त राज्य अमरीका) पर निर्भर करती है। टीबी में निहित स्वार्थ पैदा करने और रचनात्मक समाधानों को वित्त पोशित करने के लिए अन्य द्विपक्षीय स्रोतों और निती क्षेत्र से निवेश की आवश्यकता है जो बहुपक्षीय तंत्र के माध्यम से चूक सकते हैं खासकर केवीपी से संबंधित चुनौतियों के लिए जो क्षेत्र या देश विषिष्ट हैं। उदाहरण के लिए, 2020 में जी 20 के देश, जो वैश्विक टीबी के बोझ का 5 प्रतिशत प्रतिनिधित्व करते हैं, की सामूहिक जीडीपी 66 ट्रिलियन अमरीकी डॉलर थी, जो 2026 में 99 ट्रिलियन अमरीकी डॉलर होने का अनुमान है। एसटीपी का अनुमान है कि इस सामूहिक सकल घरेलू उत्पाद का केवल 0.01 प्रतिशत जुटाने से टीबी के खिलाफ लड़ाई के लिए प्रति वर्ष 6000 लाख अमरीकी डालूर अतिरिक्त उपलब्ध होंगे, और 2026[99] तक प्रति वर्ष 10000 लाख अमरीकी डॉलर उपलब्ध होंगे।

क्षितिज पर वित्तपोषण के नए स्रोत उभर रहे हैं, जैसे पीपीपीआर/कोविड – 19 वित्तपोषण, द ग्लोबल फंड द्वारा विश्व बैंक द्वारा उपलब्ध लोन वाय–डाउन तथा क्राउड फंडिंग।[100–102] आगे के लिए, टीबी में घरेलू निवेश के अवसरों को मज़बूत करने और टीबी को समाप्त करने के लिए पीपीपीआर तथा यूएचसी वित्त का उपयोग करने के लिए वित्तपोषण के नए स्रोतों की खेज की जानी चाहिए। इससे न केवल देशों को उपलब्ध धन के आवंटन और तकनीकी दक्षता में वृद्धि होगी, अपितु इससे सभी लोगों की जान भी बच जाएगी।

स्वास्थ्य क्षेत्र में प्राप्त सफलताओं के नाम पर उधार लेना, नए वित्तपोषण मॉडल भी टीबी के लिए नए निवेशकों को आकर्षित कर सकते हैं। सामाजिक अनुबंध, सामाजिक प्रभाव बांड, कम लागत वाले ऋण वित्तपोषण, एकत्रित दाता ट्रस्ट तथा संबंधित मॉडल स्थायी उच्च प्रभाव वाले कार्यक्रमों के साथ–साथ प्रभावति समुदायों एवं नागरिक समाज के नेतृत्व में मार्ग प्रशस्त कर सकते हैं। संयुक्त वित्तपोषण योजनाएँ मुफ्त सेवाओं तक पहुँचने से पहले (उदाहरण के लिए, टीबी की जाँच और निदान से पहले) लागत को कम करने के लिए प्राथमिक देखभाल जैसे कार्यक्रमों में संसाधन जुटाने में मदद कर सकती हैं। जन–केन्द्रित देखभाल और स्थानीय स्वामित्व किसी भी स्थायी निवेश के मूल में होना चाहिए, साथ ही निवेश करने वाले हितधारकों के बीच विश्वास निर्माण और दानदाताओं को की गई प्रतिबद्धताओं के लिए जवाबदेह बनाए रखने के लिए सीएलएम भी होना चाहिए।

अनुभव 27 बोत्सवाना में सामाजिक अनुबंध में टीबी प्रतिक्रियाओं हेतु नागरिक समाज संगठनों को शामिल किया जाता है।

सामाजिक अनुबंध तब होता है जब रोग की रोकथाम, उपचार, देखभाल एवं सहायता सेवाएँ जैसी सार्वजनिक सेवाएँ प्रदान करने के लिए नागरिक समाज संगठन (सीएसओ) अनुदान, अनुबंध अथवा सहकारी समझौतों के माध्यम से सरकारी धन प्राप्त करते हैं। सामाजिक अनुबंध नागरिक समाज के कर्ताओं की भूमिका की सरकारी मान्यता का सूचक है जिसमें उनके लोगों तक पहुँच बनाने के कौशल, सामुदायिक विश्वसनीयता एवं सामुदायिक संदर्भों एवं प्राथमिकताओं का सहज ज्ञान शामिल है।

स्वास्थ्य एवं कल्याण मंत्रालय तथा बोत्सवाना सरकार की राष्ट्रीय एड्स और स्वास्थ्य संवर्धन एजेंसी नियमतः सीएसओ के साथ सामाजिक अनुबंध कार्यान्वित करती है। बोत्सवाना नेटवर्क ने नैतिकता, कानून तथा एचआईवी/एड्स (Bonela, bonela.org) पर शिक्षा एवं संचार अभियानों को सफलतापूर्वक लागू किया है; टीबी, एचआईवी एवं संबंधित देखभाल सेवाएँ प्रदान की हैं, केवीपी के साथ स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को प्रशिक्षित किया है; कलंक को कम करने के लिए रणनीतियाँ विकसित की हैं; मानवाधिकार उल्लंघनों के मुद्दे का समाधान के लिए लैंगिक समानता एवं विधायी परिवर्तनों की वकालत की है; तथा टीबी सीआरजी को मूल्यांकन किया है। हासिल प्रगति को बनाए रखने के लिए, सामाजिक अनुबंध तंत्र एवं दिशानिर्देशों में शामिल करने के लिए, इसने कई सुझावों की अनुशंसा की है, जैसे प्रदर्शन आधारित वित्तपोषण, पूर्वानुमानित वित्तपोषण, वित्तपोषण हेतु स्पष्ट एवं सामान्य दिशानिर्देश (सभी सरकारी क्षेत्रों में), रिर्पोट के सरल नमूने, प्रदान किए गए सामाजिक अनुबंधों पर पारदर्शिता, तथा स्वास्थ्य वित्तपोषण, सामाजिक अनुबंधों की निगरानी एवं मूल्यांकन में सीएसओ का समावेश एवं जुड़ाव। ये सीएसओ को राष्ट्रीय टीबी प्रतिकियाओं में अधिक सार्थक रूप से कार्यरत होने में सहायता करेंगे तथा राष्ट्रीय टीबी प्रतिक्रिया में जवाबदेही की जिम्मेदारी को बढ़ा देगी।

वित्तपोषण अधिदेश में विविधता लाना भी महत्वपूर्ण है। कई समुदाय–प्राथमिकता वाली गतिविधियों में वित्तपोषण की कमी बनी रहती है। सीआरजी से संबंधित कठिनाईयों, जिनमें टीबी से प्रभावित परिवारों द्वारा वहन की जाने वाली राशि भी शामिल है, को संबोधित किया जा सकता है – और राजनीतिक घोषणा के तहत प्रतिबद्धताओं को प्राप्त किया जा सकता है – टीबी से प्रभावित लोगों और परिवारों के लिए सामाजिक, कानूनी और आर्थिक सुरक्षा प्रदान करने और बढ़ावा देने के लिए धन योजनाएँ विकसित करके, तथा क्षेत्रीय और बहुक्षेत्रीय प्रयासों के माध्यम से उन्हें बढ़ाना। समानता के चिन्ह जो अब ग्लोबल फंड प्रस्तावों से अपेक्षित हैं, इन सामुदायिक प्राथमिकताओं पर ध्यान बढ़ाने में मदद कर सकते हैं। ग्लोबल फंड प्रस्तावों में एक सामुदायिक अनुबंध यह सुनिश्चित कर सकता है कि इन सामुदायिक प्राथमिकताओं को वित्तपोषित योजनाओं में एकीकृत किया जाए तथा राष्ट्रीय बजट में मान्यता दी जाए। जैसा कि कहा गया है, सीएफसीए पहले से ही टीबी प्रतिक्रिया में सीआरजी का समर्थन करने के लिए एक प्रभावी तंत्र साबित हुआ है। टीबी से प्रभावित सभी देशों में अतिरिक्त वित्तपोषण इसके प्रभाव को तेज कर सकता है तथा 2030 तक टीबी उन्मूलन के लक्ष्य को प्राप्त करने में मदद कर सकता है।

इस विविधीकरण में टीबी आर.एंड.डी की भूमिका है। यूएसएआईडी का आगामी स्मार्ट4टीबी (SMART4TB) कार्यक्रम अनुसंधान क्षमता बनाने और रोकथाम, निदान, उपचार तथा देखभाल के लिए नए, परिवर्तनकारी दृष्टिकोण का मूल्याँकन करने और अनुसंधान को नीति और अभ्यास में अनुवाद करने के लिए 200000 लाख डॉलर के निवेश का वादा करता है। यह किसी भी दाता एजेंसी द्वारा टीबी अनुसांधान में सबसे बड़े निवेशों में से एक होगा, और इसमें महिलाओं और बच्चों पर ध्यान केंद्रित करने की प्राथमिकताएँ शामिल हैं।[86]

इस बात को कम करके नहीं आँका जा सकता कि कोविड – 19 महामारी और यूक्रेन में युद्ध जैसी अभूतपूर्व घटनाओं से विश्व स्तर पर और/या विशिष्ट क्षेत्रों में टीबी वित्तपोषण को बड़ा झटका लग सकता है। टीबी के लिए निर्धारित धनराशि हमेशा सीमित नहीं होती है और इसकी भरपाई किए बिना ही आसानी से इसका उपयोग कर लिया जाता है। राजनीतिक ध्यान एवं निवेश भी अब विभाजित हो गए हैं, एजेंडा में संरेखण के बावजूद, पीपीपीआर के लिए नई ऊर्जा एवं तंत्र टीबी को बाहर रखने की धमकी दे रहे हैं। फिर भी, कोविड – 19 महामारी की प्रतिक्रिया से पता चलता है कि व्यापक पैमाने पर निवेश और बहुक्षेत्रीय कार्यवाई के साथ, एक वायु द्वारा संक्रामित बीमारी, जो कई मायनों में, टीबी के साथ आच्छादित होती है, पर काबू पाया जा सकता है। दरअसल, संसाधन जुटाने और हर जगह उन्मूलन प्रयासों को आगे बढाने में मदद करने के लिए पीपीपीआर, यूएचसी और एएमआर के साथ अधिक संरेखण के माध्यम से टीबी अनुसंधान एवं विकास सहित टीबी के लिए वित्तपोषण का लाभ उठाया जा सकता है। इन मुद्दों को अगले अध्याय में उठाया गया है।

क्रियान्वयन का आह्वान

टीबी को खत्म करने के लिए आवश्यक धनराशी का निवेश करें

- वर्ष 2023 और 2030 के बीच 210000 लाख अमरीकी डॉलर के निवेश के माध्यम से टीबी वित्तपोषण के अंतर को कम करें, जिसमें टीबी आर एंड डी के लिए 40000 लाख अमरीकी डॉलर भी शामिल है, ताकि कार्यवाई के लिए छह बुलावे प्राप्त किए जा सकें और टीबी को समाप्त करने के लिए वैश्विक योजना को पूरा किया जा सके।
- टीबी और टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज भागीदारों के लिए आनुपातिक आवंटन के साथ एसटीपी सीएफसीएस और टीबी रीच, ग्लोबल फंड और यूनिटएड जैसे वैश्विक वित्तपोषण तंत्र की पुनः पूर्ति का समर्थन करें।
- टीबी के लिए घरेलू संसाधन जुटाएँ और मौजूदा निवेश का लाभ उठाने तथा बाहरी वित्तपोषण पर निर्भरता कम करने के लिए स्वास्थ्य प्रणालियाँ के साथ एकीकृत करें।
- बहुक्षेत्रीय निवेश, समन्वय और कानूनी ढ़ांचे के अनुप्रयोग के माध्यम से टीबी से प्रभावित परिवारों के सामने आने वाली बहुत बड़ी लागत को खत्म करना।
- निवेशकों के समूह का विस्तार करने और टीबी खर्च में दक्षता लाने के लिए वित्तपोषण में नवीनता लाएँ।
- सुनिश्चित करें कि टीबी को मान्यता दी जाए और महामारी की रोकथाम, तैयारी और प्रतिक्रिया, रोगाणुरोधी प्रतिरोध तथा सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज में निवेश हेतु शामिल किया जाए।

कार्यवाई क्षेत्र 5 : महामारी की रोकथाम, तैयारी एवं प्रतिक्रिया (पीपीपीआर) में, सूक्ष्मजीवरोधी प्रतिरोध (एंटीमाइक्रोबाइल रेज़िस्टेंस -एएमआर) तथा सार्वभौमिक स्वास्थ्य कार्यक्षेत्र (युनिवर्सल हैल्थ कवरेज: यूएचसी) में टीबी को प्राथमिकता

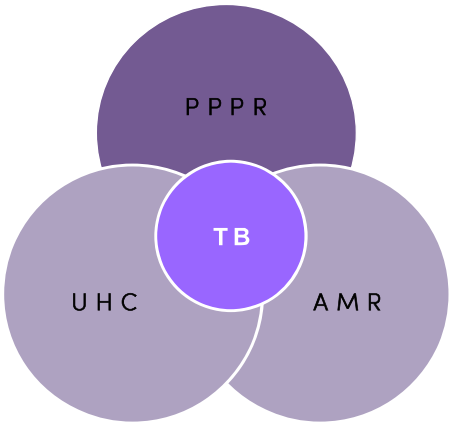
परिचय

वर्ष 2018 की राजनीतिक घोषणा में टीबी पर लोगों की प्रतिक्रिया को न्यायसंगत, अधिकार–आधारित तथा लोगों में संबंधित सुधार लाने की प्रतिबद्धता में सार्वभौमिक स्वास्थ्य कार्यक्षेत्र (युनिवर्सल हैल्थ कवरेज–यूएचसी) तथा सूक्ष्मजीवरोधी प्रतिरोध (एंटीमाइक्रोबाइल रेज़िस्टेंस–एएमआर) प्रबंधन को प्रगतिशील करने की प्रतिबद्धता शामिल थी।[1,42] वर्ष 2020 में, विश्व को कोविड – 19 महामारी का सामना करना पड़ा, जिससे सभी का ध्यान महामारी की रोकथाम, तैयारी एवं प्रतिक्रिया (पीपीपीआर) पर केंद्रित करने का मार्ग प्रश्स्त हुआ। राजनीतिक घोषणा में वर्ष 2020 की प्रगति रिपोर्ट में, टीबी पर प्रतिक्रियाओं के लिए इन तीनों गतिविधियों – पीपीपीआर, यूएचसी एवं एएमआर के सम्मिलित प्रभाव को मान्यता प्रदान की गई।[108] देशों से कोविड – 19 तथा अन्य उभरते खतरों के संदर्भ में टीबी की रोकथाम और देखभाल की सुरक्षा करने का आग्रह किया गया, समुदाय और नागरिक समाज की भागीदारी सहित, टीबी की प्रतिक्रिया पर कोविड – 19 महामारी के प्रभाव की निगरानी एवं समीक्षा करने का आग्रह किया गया और महामारी द्वारा सिखाए गए सबकों को अपनाकर "मज़बुती से पुनर्निमाण", टीबी कार्यक्रम को अधिक लचीला बनाने, लक्ष्य को प्राप्त करने के लिए पुनर्प्राप्ति योजनाओं को अमल में लाने के लिए तथा नई डिजिटल प्रौद्योगिकियों का पूंजीकरण करने का आग्रह किया गया। देशों से, टीबी से प्रभावित सभी लोगों के लिए किफायती उत्कृष्ट देखभाल उपलब्ध कराने के लिए यूएचसी को बढ़ावा देने, सूक्ष्मजीवरोधी प्रतिरोध (एएमआर) के अंतर्गत डीआरटीबी को राष्ट्रीय रणनीतियों एवं योजनाओं में शामिल करने की सिफारिष भी की गई।

अतः टीबी प्रभावित समुदाय एवं नागरिक समाज पीपीपीआर, यूएचसी तथा एएमआर जैसे प्रयासों में टीबी को प्राथमिकता देने पर ज़ोर देते हैं, ऐसा न केवल टीबी प्रतिक्रिया की सुरक्षा के लिए बल्कि सभी के बीच संबंधों एवं तालमेल को मज़बूत करने के लिए भी किया जाता है। (चित्र 14)

चित्र 14

पीपीपीआर, एएमआर एवं यूएचसी में टीबी की प्राथमिकता सुनिश्चित करना



पीपीपीआर को टीबी की मौजूदा महामारी को प्राथमिकता देनी चाहिए

विश्व की नवीनतम महामारी के प्रति वैश्विक प्रतिक्रिया ने इतिहास में देखी गई सबसे पुरानी महामारी जिससे जीतना मुश्किल है, उसको पीछे छोड़ दिया है। इसका सबसे बड़ा सबक यह है कि पर्याप्त राजनीतिक इच्छाशक्ति एवं निधी (धन) के साथ, वैज्ञानिक, नई खोज करने वाला, सरकारी एवं गैर–सरकारी कर्ता, के साथ प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज किसी संकट का सामना करने के लिए एकजुट हो सकते हैं। ये सभी मिलकर, मतभेदों एवं नियामकता की बाधाओं को दूर कर सकते हैं, कठिन अनुसंधान को कार्यान्वित कर सकते हैं, बाज़ार में माँग का सृजन कर सकते हैं, उपकरणों एवं सेवाओं तक शीघ्रता से पहुँच सकते हैं तथा प्रभाव उत्पन्न करने के लिए कार्यवाई की गति को मूल रूप से रूपांतरित कर सकते हैं। ऐसा कहा गया है कि, कोविड–19 की प्रतिक्रिया भी कमियों से परिपूर्ण थी। इससे कोविड के टीके को बाज़ार में उपलब्ध कराए जाने में हुई असमानताएँ एवं दरारें उजागर हुई, इसने प्रभावित समुदायों को जिन आपत्तिजनक लागतों का सामना करना पड़ा उसकी ओर सबका ध्यान आकर्षित किया – उदाहरण के लिए, वर्ष 2021 तक लगभग 1500 लाख से अधिक लोगों को अत्यधिक गरीबी में धकेल दिया गया – लोगों के मानवाधिकारों का उल्लंघन हुआ, उनके मानसिक स्वास्थ्य पर प्रभाव पड़ा, और अन्य विषयों में उनपर दीर्घकालिक प्रभाव पड़ा।[109,110] इस रिर्पोट पर विचार व्यक्त करने वाले लोगों ने बताया कि किस तरह से टीबी पीड़ित लोगों की गतिविधियों को अनावश्यक रूप से सीमित कर दिया गया तथा कुछ लोगों को टीबी की दवाएँ एकत्र करते समय गिरफतार कर लिया गया एवं केवीपी (की एंड वल्नरेबल पॉपुलेशन– प्रमुख एवं असुरक्षित जनसंख्या) असमान रूप से प्रभावित हुए।

टीबी, अपने आप में एक महामारी है, वर्तमान और भविष्य की महामारी की प्रतिक्रिया के रूप में इसकी काफी संभावना है।[111] निश्चित रूप से, कोविड–19 की प्रारंभिक प्रतिक्रिया टीबी कार्यक्रमों की विशेषज्ञता, बुनियादी ढ़ांचे और अनुभव पर बनाई गई थी, जिन्हें कोविड–19 से प्रभावित लोगों के लिए जाँच, उससे संबंध का पता लगाने, उसके चिन्हों में कमी होने, सहकर्मी समर्थन, समुदाय द्वारा की जाने वाली जाँच, द्वि दिशात्मक निदानिकी (दो दिशाओं में निदान पाना), मानव संसाधन एवं चिकित्सा सुविधाओं आदि की सहायता हेतु अतिशीघ्र अनुवादित किया गया। कोविड–19 में लगे गृहबंधन (लॉकडाउन) एवं प्रतिबंधों के दौरान, टीबी प्रभावित समुदायों एवं नागरिक समाज ने टीबी उपचार पर प्रभावित लोगों की देखभाल की निरंतरता बनाए रखने के लिए नए दृष्टिकोण विकसित किए गए, साथ ही उन समुदायों में टीबी की जाँच और परीक्षण कराई गई जिनके बारे में वे जानते थे कि वे दोनों संक्रमणों से अत्यधिक प्रभावित हो सकते हैं, यहाँ तक कि टीबी से प्रभावित लोगों के उपचार के लिए उन तक पहुँच बनाने के लिए कोविड–19 के संसाधनों का भी लाभ उठाया जा रहा है। (केस स्टडी 28) उन्होंने सीआरजी (कम्युनिटी, राइटस् जेन्डर – समुदाय, अधिकार, लिंग) उन बाधाओं को उजागर किया जो पीपीपीआर के विकास पर अधिक व्यापक रूप से जानकारी प्रदान कर सकती हैं। (केस स्टडी 29) उन्होंने ग्लोबल फंड के कोविड–19 के प्रतिक्रिया तंत्र (रिस्पांस मैकेनिज़्म) (सी19आरएम) में भी सहायता की, उसे वित्तपोषित किया तथा वित्त सहभागिता को बढ़ाने में सहायता की, जिससे टीबी और टीबी समुदाय की प्राथमिकताओं को प्रतिनिधित्व मिला।[112] टीबी समुदाय के लिए अब समय आ गया है कि टीबी पर दशकों में हुए शोध/काम के कारण मिली बौद्धिक विशेषज्ञता को पीपीपीआर की तालिका में जोड़ने का, टीबी में निवेश की सुरक्षा के लिए कोविड–19 से सीखे गए अवलोकनों और सबकों उपयोग करने का, उस

निवेश का लाभ उठाने का, टीबी जैसे महामारी से उभरने के लिए शीघ्र प्रतिक्रिया हेतु समर्पित निवेश का लाभ उठाने का, तथा संकट के समय समुदायों को प्रभावित करने वाली सीआरजी बाधाओं का समाधान करने का है। (केस स्टडी 30)

पीपीपीआर पर चर्चा, टीबी को समाप्त करने के लिए की गई कार्यवाहियों एवं प्रतिबद्धताओं के बिना नहीं हो सकती। पीपीपीआर के लिए वित्तीय मध्यस्थ कोश (फाइनेंशियल इंटरमीडियरी फंड), जिसे सामान्यतः "महामारी कोष" के नाम से जाना जाता है, एक सहयोगात्मक साझेदारी है जिसमें, दाता सरकारें, सह–निवेशक देश, संस्थान, नागरिक समाज संगठन, एवं अंतर्राष्ट्रीय संस्थाएँ शामिल हैं जो महत्वपूर्ण पीपीपीआर के लिए दीर्घकालिक वित्तपोषण का समर्थन करते हैं। तकनीकी विशेषज्ञ के रूप में डब्ल्यूएचओ और विश्व बैंक के सहयोग से आयोजित इस वित्तपोषण ने एलएमआईसी के लिए 300 मिलियन अमरीकी डॉलर के पहले दौर के अनुदान को मंजूरी दी है।[113] मौजूदा समय में टीबी जैसी महामारियों से लडने के लिए पीपीपीआर योजनाओं को वित्तपोषित किया जाना चाहिए, अतीत एवं वर्तमान की महामारियों से सार्वजनिक स्वास्थ्य एवं संक्रमण नियंत्रण विधियाँ सीखनी चाहिए, तथा पिछले तीन वर्षों में देखे गए कार्यक्रमों के बीच तालमेल बनाने के प्रयास किए जाने चाहिए।

अनुभव 28 नाइजीरिया में टीबी से पीड़ित लापता लोगों को ढूंढ़ने के लिए कोविड-19 टीकाकरण की गति में तेज़ी का लाभ उठाया जा रहा है

दिसंबर 2021 में, यूएसएआईडी ने उप–सहारा अफ्रीका में ग्लोबल वैक्सीन एक्सेस (ग्लोवैक्स) हेतु कोविड–19 टीकाकरण कार्यान्वयन को तेज़ करने हेतु और उसे ऊचाइयों तक ले जाने की एक पहल की शुरूआत की।[122] जैसा दृष्टिगत है, कई देशों में कोविड–19 महामारी के कारण टीबी ग्रसित लोगों की पहचान करने की दर में कमी आई है, केएनसीवी टीबी फाउंडेशन नाइजीरिया (kncvnigeria.org) – जो कि युएसएआईडी के टीबी एलओएन नामक परियोजना का कार्यान्वयन करती है तथा उनको ग्लोवैक्स का अनुदान भी प्राप्त है, उन्होंने देश के सात राज्यों में कोविड–19 टीकाकरण के साथ–साथ टीबी की जाँच के काम को बढ़ाने का कार्य भी प्राप्त किया।[123] केएनसीवी नाइजीरिया के कार्यकारी निदेशक डॉ.बेथैंड ओडुम ने स्पष्ट किया कि "हमें ज्ञात हुआ कि कोविड–19 अनुदान का फायदा उठाते हुए, हम टीबी के सक्रिय मामलों एवं टीबी से पीड़ित लोगों को ढूंढ़ने में तथा उससे बचाव के कार्य को बढ़ाने के लिए क्या–क्या कर सकते हैं"।

टीबी और कोविड़–19 से प्रभावित समुदायों पर इसका क्या प्रभाव पड़ा? ग्लोवैक्स अनुदान के पैसे से केएनसीवी नाइजीरिया ने तिपहिया साइकिले खरीदीं, जिसे "वैल्नैस ऑन व्हीलस केके" (डब्ल्यूओके) का नाम दिया। टीबी ग्रसित लोगों का पता लगाने में सहायता हेतु, उन साइकिलों के आकार में कुछ बदलाव कर उनमें छोटे आकार के डिजिटल एक्स–रे मशीन, ट्रूनेट तथा टीबी लैम्प जैसे उपकरणों से लैस किया, इसके साथ कोविड–19 की जाँच की स्वीकृति और टीकाकरण करवाने वाले लोगों की संख्या में भी सुधार हुआ। डब्ल्यूओके ने प्रशिक्षित सामुदायिक स्वयंसेवकों और स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को कोविड–19 और टीबी की जाँच के लिए बाज़ार से घर तक, दूर–दराज के दुर्गम समुदायों तक पहुँचाया, उनके परिणाम रिकॉर्ड करे तथा कोविड–19 का टीकाकरण करवाया। ग्लोवैक्स से मिले अनुदान धनराशि का उपयोग, परियोजना के लिए अतिरिक्त डिजिटल ऐक्स–रे मशीनें खरीदने के लिए भी किया गया।

केएनसीवी नाइजीरिया ने समुदायों को कोविड–19 की प्रतिक्रियाओं में शामिल करने और मिथकों को दूर करने हेतु "प्रोत्साहन" के रूप में टीबी की जाँच के साथ उच्च रक्तचाप तथा मधुमेह जैसी पुरानी बीमारियों की जाँच एवं उपचार का प्रावधान किया तथा उन मिथकों को दूर किया जो कोविड–19 टीकाकरण के प्रति झिझकों को बढ़ावा दे रहे थे। इस प्रकार प्रोत्साहित किए जाने पर कई समुदाय जो टीबी से भली भांति परिचित थे, कोविड–19 और उसके टीकाकरण के बारे में बातचीत करने को तैयार हो गए। मात्र तीन महीने की अवधि में परियोजना एक मिलियन से अधिक लोगों का टीकाकरण कर पाई और टीबी, उच्च रक्तचाप एवं मधुमेह की जाँच भी उपलब्ध हो सकी। परिणामों से पता चलता है कि एक राज्य में 4076 व्यक्तियों की टीबी हेतु जाँच की गई, एवं चार सप्ताह की अवधि में 35 व्यक्तियों में इस रोग के लक्षण पहचाने गए। इस बचाव कार्य से केएनसीवी ने सीखा, एक एकीकृत स्वास्थ्य सेवा बचाव पद्धति से स्वास्थ्य के विभिन्न बचाव कार्यों का लाभ, टीबी की जाँच का दायरा बढ़ाने, टीबी की अधिसूचनाओं एवं लोगों तक उपचार की उपलब्धता को बेहतर बनाने के लिए उठाया जा सकता है।

अनुभव 29 कोविड के दौरान समुदाय नेतृत्व वाली गतिविधियों से टीबी एवं पीपीपीआर में सीआरजी द्वारा सीखे गए सबक

चूँकि कई स्वास्थ्य प्रणालियों ने कोविड–19 की प्रतिक्रिया को प्राथमिकता दी, समुदाय के नेतृत्व में नई पद्धतियों के माध्यम से विशेषरूप से टीबी चैंपियंस (वे लोग जो टीबी से पीड़ित थे और वे उससे ठीक हो गए), समर्थक सहकर्मी तथा अन्य सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं (सीएचडब्ल्यू) की सहभागिता से टीबी प्रभावित लोगों की सेवा की निरंतरता सुनिश्चित करना महत्वपूर्ण हो गया था। टीबी सलाहकारों के वैश्विक गठबंधन (gctacommunity.org), KHANA (khana.org.kh), STP कीनिया (stoptbkenya.org) तथा STP इंडोनेशिया (stoptbindonesia.org) ने सामुदायिक सेवा बचाव के मॉडल का कंबोडिया, भारत, इंडोनेशिया तथा कीनिया में अध्ययन किया और सबकों के साथ–साथ वर्तमान और भविष्य की महामारियों के लिए सीआरजी – केंद्रित सेवा पद्धति के कुछ पहलू भी उनके हाथ लगे।[124]

1. टीबी चैंपियंस सहित अधिकांश सीएचडब्ल्यू को विज्ञापन संबंधी, आवागमन संबंधी (आने–जाने के संबंध में), तथा रोग निदान संबंधी कार्यों को करने के बावजूद पर्याप्त मुआवज़ा नहीं दिया जाता। सीएचडब्ल्यू के सभी स्तर के कार्यकर्ताओं को पेशेवर बनाया जाना चाहिए तथा अंतरराष्ट्रीय श्रम एवं मानवाधिकार कानूनों के अनुरूप उचित मुआवज़ा दिया जाना चाहिए। इसमें टेलीफोन–आधारित सेवाओं को तैनात करने के लिए वित्तपोषण एवं व्यावसायिक जोखिमों को कम करने के लिए पीपीई तक पहुँच शामिल है।

2. भले ही नए डिजिटल खोजें फल–फूल रही हैं और कई लोगों की सेवा तक पहुँच को सक्षम बना रही हों, इसके बावजूद कुछ विशेष समूहों के बीच असमानताएँ बढ़ सकती है जैसे कि बुजुर्ग और वे लोग जिनके पास स्मार्टफोन नहीं हैं, वे ऑनलाइन बचाव सहायता से चूक जाते हैं, दूसरों की अपेक्षा अधिक सामाजिक अलगाव का अनुभव करते हैं, और इस प्रकार समझौतेपूर्ण सेवा का अनुभव करते हैं। डिजिटल विभाग को पीपीपीआर मॉडल से अलग कर देना चाहिए।

3. केवीपी जैसे कि वे लोग जो एक रोग के साथ आने वाले दूसरे रोग के प्रति अतिसंवेदनशील होते हैं उनको महामारी के दौरान लॉकडाउन में अलग–अलग निदान, उपचार, आर्थिक एवं सामाजिक आवश्यकताएँ होंगी। व्यक्ति–केन्द्रित उचित पद्धति की योजना घर से/स्व–परीक्षण, आर्थिक सहायता तथा खाद्य सुरक्षा जैसी आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए बनाई जानी चाहिए।

4. टीबी के उपचार में सहायक पोषण संबंधी सहायता को कम करके नहीं आँका जा सकता। देशों को टीबी के उपचार में खाद्य पोषण प्रदान करने के लिए बजट बनाना चाहिए, ताकि सीएचडब्ल्यू को, जिन लोगों की वे सेवा करते हैं उनके पोषण की आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए अपनी जेब से पेसे ना खर्च करने पड़े।

5. प्रभावित सामुदायिक समूहों को, प्रतिनिधित्व के माध्यम से, सार्थक परामर्श प्रस्तुति के माध्यम से, राष्ट्र हित में निर्णय लेने वाले निकायों जैसे महामारी कोष, आगामी डब्ल्यूएचओ के भविष्य के चिकित्सा उपाय मंच एवं निदान नीति समूह के तकनीकी विशेषज्ञों के रूप में सभी स्तरों पर शामिल होने की आवश्यकता है।

टीबी प्रभावित समुदाय एवं नागरिक समाज जो कोविड–19 महामारी के दौरान टीबी की प्रतिक्रियाओं में संलग्न थे, उनका व्यावहारिक ज्ञान यह सुनिश्चित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है कि टीबी तथा अन्य महामारियों के प्रति प्रतिक्रियाएँ भविष्य में अधिकार–आधारित, लिंग–उत्तरदायी और समुदाय–केन्द्रित बनी रहें।

अनुभव 30 कोविड-19 के कारण उत्पन्न व्यवधानों के बीच टीबी पर नवीन प्रतिक्रियाएँ

कोविड–19 महामारी के कारण कई देशों में टीबी सेवाओं पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ा। प्रभावित समुदायों के सहयोग से, देशों नी टीबी सेवा की निरंतरता को बनाए रखने में मदद करने वाली कई पद्धतियाँ लागू की, जिसमें, उपचार और सहायता के लिए टीबी से पीड़ित व्यक्तियों के पास स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने वाले व्यक्ति के दौरे की अवधि बढ़ाई गई, प्रत्येक दौरे पर टीबी–रोधी दवाओं की आपूर्ति एक महीने या उससे अधिक के लिए कर दिया जाना, दूर से परामर्श एवं डिजिटल उपकरणों के उपयोग का बढ़ावा देना शामिल था। डब्ल्यूएचओ ने वर्ष 2021 में सर्वोत्तम कार्य प्रणालियों के उदाहरणों का दस्तावेजीकरण किया जिसके कारण समुदाय–समर्थित संयोजन से लेकर टीबी सेवा तक में सीखे गए नए ज्ञान और सबकों को प्रचार प्रसार किया जा सके।[125] उदाहरण के लिए :

भारत में, टीबी प्रयोगशाला के कर्मियों को कोविड–19 प्रतिक्रिया के लिए तैनात कर दिया गया था, जिसके कारण से टीबी निदान सेवा में कमी रह गई। बिहार के सामुदायिक संगठन इनोवेटर्स इन हेल्थ ने जिले की मदद के लिए, जिले द्व ारा भेजे गए डिब्बों/पात्रों पर कार्य हेतु एक अतिरिक्त जीनएक्सपर्ट मशीन खरीदी और प्रयोगशाला के लिए बाहर के कर्मचारियों को काम पर रखा। सरकार ने सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को उन लोगों की निगरानी का अतिरिक्ति कार्यभार दिया जो टीबी से ग्रसित थे, तथा उनको टीबी से देखभाल के लिए कई अतिरिक्त सेवाएँ प्रदान की और टीबी की शीघ्र पहचान के लिए पूरी सहायता की गई। टीबी कार्यक्रम की विशेषज्ञ एमटीबी/आरआईएफ परीक्षण क्षमता में 67 प्रतिशत की वृद्धि हुई तथा दो साथ आने वाले रोगों (को–मोर्बिडीटीज) एचआईवी और मधुमेह के परीक्षण में सुधार हुआ, परियोजना की महामारी के बावजूद निजी प्रयोगषालाओं का उपयोग करके लक्ष्य पूरा करने में सहायता की गई।

म्यांमार में, संघ ने डीआरटीबी वाले लोगों के लिए अपने सामाजिक आर्थिक सहायता कोष को आवश्यकतानुसार अनुकूल किया, टीबी परीक्षण के समय फोन पर परामर्श दिया गया और डिजिटल कैश ट्रांसफर (वेव मनी) का उपयोग किया गया ताकि डीआरटीबी से पीड़ित 95 प्रतिशत से अधिक लोगों तक आर्थिक सहायता पहुँच सके। इन पद्धतियों से डीआरटीबी वाले लोगों ओर उनके संपर्कों के लिए कठिनाइयाँ और पीड़ा कम हो गई।

पाकिस्तान में, मर्सी कॉर्प्स संस्था द्वारा समर्थित जिलों में कोविड–19 लॉकडाउन, चिन्हों, स्वास्थ्य कार्यकर्ताओंकी कमी तथा सामुदाय द्वारा निर्दिष्ट नामों में अंतराल के कारण टीबी अधिसूचनाओं में 39 प्रतिशत की कमी देखी गई। इस गिरावट का मुकाबला करने के लिए, उन्होंने निदान केंद्रों, निजी अस्पतालों एवं अक्षम लोगों के लिए "आउटरीच चेस्ट कैंप" आयोजित किए, तथा लक्षित परियोजनाओं के माध्यम से टीबी निदान एवं उपचार सेवाओं में सुधार हेतु सार्वजनिक–निजी बचाव कार्य लागू किए; संवादात्मक फोन कॉल के माध्यम से लोगों को स्व–निर्दिष्ट किया जाना; महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की नियुक्ति; सामुदायिक सवारों द्वारा थूक के नमूनों को प्रयोगशाला तक भिजवाना; तथा जागरूकता फैलाने के लिए फोरम बनाए गए। परिणामस्वरूप, टीबी से पीड़ित 98 प्रतिशत लोग समर्थित जिलों में बिना किसी रूकावट के अपना उपचार जारी रखने में सक्षम हुए।

संकट के समय में, उप–राष्ट्रीय स्तर पर कार्यरत टीबी प्रभावित समुदाय एवं नागरिक समाज के कार्यकर्ता सेवा की उच्च गुणवत्ता बनाए रखते हुए नए परिवर्तन और परिस्थितियों को स्वीकार्य एवं सुलभ बनाने के रास्ते खोज सकते हैं। सामुदायिक मानदंड़ों एवं मूल्यों की गहरी समझ से उपजी उनकी रचनात्मकता और सफलता का उपयोग पीपीपीआर के लिए रणनीतियों के समर्थन के लिए किया जाना चाहिए।

टीबी वैश्विक एएमआर प्रतिक्रिया का एक हिस्सा होना चाहिए

टीबी सबसे घातक और दुर्बल कर देने वाली संक्रामक बीमारियों में से एक है। टीबी के जीवाणु में दवा से प्रतिरोध की क्षमता होती है। प्रत्येक वर्ष, पाँच लाख लोगों में रिफैम्पिसिन/मल्टी डीआरटीबी विकसित हो जाती है, और आधे से भी कम लोगों का सफलतापूर्वक उपचार हो पाता है; उन रोगों से जिनमें बहुत बड़े पैमाने में दवा से प्रतिरोध की क्षमता होती है, उन रोगों से ग्रसित लोगों में से मात्र एक तिहाई लोग ही ठीक हो पाते हैं; डीआरटीबी से होने वाली मौतें अनुमानित रूप से सभी मौतों के एक चौथाई हिस्सा होगी जो एएमआर जीवाणु के कारण होती है। फिर भी, एएमआर प्रतिक्रियाओं के लिए बनाई गई योजनाओं की वैश्विक गणनाओं में, टीबी को बार–बार और अक्षम्य रूप से नज़रअंदाज़ किया जाता है। इसे प्रमुख एएमआर वित्तपोषित योजनाओं से बाहर रखा गया है और कोई प्राथमिकता नहीं दी गई है।[114] एएमआर[115] पर वैश्विक रणनीतिक प्राथमिकताएँ बहुक्षेत्रीय समन्वय और सुदृश निगरानी तंत्र के माध्यम से इसके प्रमुख निर्धारकों को लक्षित करेंगी, जिसमें जीवाणुरोधी का दुरूपयोग और अति प्रयोग, कमज़ोर निदान, अनुचित उपचार एवं निर्धारित पद्धतियाँ, संक्रमण की खराब रोकथाम एवं नियंत्रण शामिल हैं। ये निर्धारक डीआरटीबी के उभरने में स्पष्ट हैं तथा डीआरटीबी की प्रतिक्रियाओं में बहुक्षेत्रीयता जोरदार ढ़ंग से व्यक्त की गई है। यदि एएमआर को टीबी प्रतिकियाओं में गूंथ दिया जाए अथवा इसके विपरीत टीबी प्रतिक्रियाओं को एएमआर में गूंथ दिया जाए तो इसमें एक स्पष्ट तालमेल मिल सकता है।[116] किसी भी अन्य जीवाणु रोग के समान, टीबी को भी छोटी अवधी के उपचार, नए अणुओं एवं शीघ्रता से निदान की आवश्यकता है। टीबी की दवा में संवेदनशीलता परीक्षण और डीआरटीबी की निगरानी में वृद्धि एएमआर में हो रहे प्रयासों में सहायता कर सकती है, तथा एएमआर में व्यापक रूप से हो रहे बहुक्षेत्रीय प्रयासों से टीबी पर वैश्विक एवं राष्ट्रीय प्रतिक्रियाओं को बहुत लाभ हो सकता है। डीआरटीबी से प्रभावित लोगों के लिए नवीनतम जीवाणुरोधी आहार तक पहुँच सुनिश्चित करने में सफलताओं को देखते हुए, टीबी से प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज एएमआर में पक्ष समर्थन के प्रयासों को भली प्रकार से बता सकते हैं। हालाँकि, एएमआर रोगजनकों के लिए व्यापक रूप से प्रचारित डब्ल्यूएचओ की प्राथमिकता की सूची में टीबी एक पाद टिप्पणी (फुटनोट) बना हुआ है (मुख्य रिर्पोट में इसके लिए एक अध्याय समर्पित होने के बावजूद)[115] और अभी भी एएमआर[117] को वैश्विक डेटाबेस की निगाह रखने वाले रोगों की सूची से बाहर रखा गया है। टीबी के प्रति इस दृष्टिहीनता में सुधार की आवश्यकता है। टीबी में संसाधनों के लिए स्पर्धा करते समय एएमआर पद्धति की भाषा और सिद्धांतों को अपनाया जा सकता है।

यह देखते हुए, कि टीबी निदान और मौतों की संख्या में से लगभग 50 प्रतिशत जी20 देशों से आती है, जिनके पास उसका अच्छा उत्तर देने के लिए वित्तीय क्षमता भी है, वैश्विक एएमआर प्रतिक्रिया के भाग के रूप में, बहु संख्यक डीआरटीबी को संबोधित करने की दिशा में अपनी प्रतिबद्धता को पूरा करने के लिए आवश्यक कार्यवाइयों एवं निवेशों के साथ जी20 के सदस्यों के साथ संपर्क स्थापित करने का अवसर है। वर्ष 2022 में, टीबी प्रतिक्रिया के लिए वित्तपोषण, निवेश को बढ़ावा देने, एएमआर से संघर्ष हेतु वन हेल्थ बहुक्षेत्रीय पद्धतियों के अंतर्गत टीबी प्रतिक्रिया को बढ़ावा देने, एवं एएमआर गतिविधियों कें कार्यान्वयन में बहु और व्यापक डीआरटीबी को शामिल करने की कार्यवाई हेतु आवाहन के लिए

Source: (Pulmonology Advisor: https://www.pulmonologyadvisor.com/home/topics/tuberculosis/who-end-tuberculosis-strategy-progress-stalled-in-light-of-covid-19/).

डब्ल्यूएचओ, एसटीपी, ग्लोबल टीबी कॉकस, ग्लोबलफंड, युएसएआईडी, वर्ल्ड बैंक और एसटीपी इंडोनेशिया के सहयोग से जी20 सदस्यों के परामर्श से इंडोनेशिया जी20 प्रेसीडेंसी ने मसौदा तैयार कराया।[118] वर्ष 2021 में, एएमआर एक्सेलेरेटर एवं इनोवेटिव मेडिसिनस इनिशिएटिव ने टीबी की दवाओं पर सभी सार्वजनिक अनुसंधानों एवं विकास के खर्च में 9 प्रतिशत तक का योगदान दिया। अतः टीबी से प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज मुख्यधारा की एएमआर रणनीतियों में टीबी का व्यापक एकीकरण देखने की उम्मीद करते हैं, जिसमें टीबी एवं एएमआर पर एएमआर त्वरक (गति बढाने वाला) अनुसंधान भी शामिल है।

टीबी एवं यूएचसी

यूएचसी वित्तीय समस्याओं से पीड़ित हुए बिना आवश्यक स्वास्थ्य सेवाएँ प्राप्त करने वाले लोगों के लक्ष्य का प्रतिनिधित्व करता है, जो टीबी प्रतिक्रिया के प्रहरी (सेंटिनल) लक्ष्यों के अनुरूप हैं।[119] (केस स्टडी 31) आवश्यक स्वास्थ्य सेवाओं का एक सूचकांक विकसित करने में, जिससे यूएचसी की दिशा में होने वाली प्रगति को मापा जा सकता है, जिसके लिए डब्ल्यूएचओ ने 16 संकेतकों की पहचान की है, जिनमें से एक टीबी उपचार का कार्यक्षेत्र है।[120] जाँच के नमूनों का अध्ययन करके पता चलता है कि, वास्तव में टीबी समग्र यूएचसी सेवा कार्यक्षेत्र का एक महत्वपूर्ण संकेतक है, खासकर एलआईसी में।[121] इसमें आश्चर्य की बात नहीं है कि टीबी गरीब और सीमांत आबादी को असमान रूप से प्रभावित करता है, और यदि हम उन तक नहीं पहुँचते हैं तो हम यूएचसी हासिल नहीं कर पाते हैं। इस वास्तविकता को देखते हुए, यूएचसी को मज़बूत करने के प्रयासों के लिए टीबी प्रवेश बिंदु हो सकता है और होना भी चाहिए तथा यूएचसी की उपलब्धि के लिए यह एक सर्वोत्तम संकेतक है। यूएचसी के लिए प्रत्येक राष्ट्रीय आवश्यक सेवा पैकेज में टीबी जाँच और निदान, उपचार (निवारक उपचार सहित) एवं देखभाल/सेवा को शामिल किया जाना चाहिए। यह न केवल युएचसी के एजेंडा को आगे बढ़ाएगा, अपितु टीबी प्रतिक्रिया की स्थिरता भी सुनिश्चित करेगा। (केस स्टडी 32)

अनुभव 31 प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज के बीच यूएचसी और टीबी के प्रति प्रतिक्रियाओं के दृष्टिकोण को पंक्तिब) करना

ग्लोबल फंड एडवोकेसी नेटवर्क एशिया–प्रशांत क्षेत्र तथा एपीसीएएसओ (pcaso.org) ने एक बैठक संचालित की जिसमें एशिया–प्रशांत क्षेत्र के समुदाय एवं नागरिक समाज के यूएचसी कॉकस को, मॉडल के स्पष्ट करने एवं प्रभावित समुदायों एवं नागरिक समाज की प्राथमिकताओं और आवश्यकताओं पर प्रत्युत्तर देने के लिए आमंत्रित किया गया।[126]

1. जन–केंद्रित यूएचसी, बीमारियों की अपेक्षा लोगों एवं समुदायों की सेवा करने में हो तथा जिसका ध्यान संपूर्णता, निष्पक्षता एवं स्थिरता से देखभाल करने में हो। स्वास्थ्य सेवा लेागों की विभिन्न सामाजिक पहचानों से प्रभावित एवं निर्धारित होती है और इसलिए विभेदित एवं अनुरूप दृष्टिकोण की आवश्यकता हो सकती है।

2. निष्पक्षता और अधिकार यूएचसी की अभिपुष्टि करते हुए, जो असमानताओं को स्वीकारते हैं तथा सबसे बहिष्कृत समुदायों की स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच को प्राथमिकता देते हैं। इसमें प्रमुख आबादी के खिलाफ दंडात्मक कानूनों को हटाना शामिल है जो उनके यौन रूझान, लिंग, पहचान अथवा अभिवयिक्त, नशीली दवाओं के उपयोग, यौन कार्य में संलग्नता, या एचआईवी, प्रवासी होने अथवा अन्य स्थितियों पर आधारित है और जिसमें यौन प्रजननीय स्वास्थ्य एवं अधिकार, स्वास्थ्य के एक मूल अधिकार के रूप में शामिल है।

3. यूएचसी जो सार्थक रूप से समुदाय और नागरिक समाज को सरकार और विकास के भागीदारों के बराबर के साझेदार के रूप में, पर्याप्त संसाधन, कानूनी सक्षमता एवं केवीपी को संलिप्त करने के साथ रूपरेख तैयार करने में, बजट बनाने में, स्वास्थ्य नीतियों एवं योजनाओं की समीक्षा के कार्य में शामिल करता है।

4. प्रभावी और स्थायी रूप से वित्तपोषित यूएचसी, वित्तीय कठिनाईयों के बिना सेवाओं तक पहुँच सुनिश्चित करता है। जिसके लिए वह, वैश्विक एकजुटता का सहारा लेकर सरकारों तथा अर्तराष्ट्रीय दानदाताओं से निवेश बढ़ाने का आह्वान करता है, आवश्यक दवाओं और सेवाओं पर से उपयोगकर्ता शुल्क हटवाता है, स्वास्थ्य व्यय में तकनीकी एवं आवंटन दक्षता में सुधार सुनिशिचित कर, सामुदायिक गतिशीलता और नेतृत्व के लिए धनराशि निर्धारित करता है तथा गरीब एवं हाशिए पर स्थित समुदायों को संसाधनों का आवंटन सुनिश्चित करता है।

5. "यूएचसी जो (वे) चाहते हैं" उसको प्राप्त करने के लिए, उत्तरदायित्व तंत्र जो पारदर्शी हो, सरकारों की प्राथमिक भूमिका और दायित्व की पहचान कर सकता हो और समुदाय एवं नागरिक समाज को सार्थक रूप से शामिल कर सकता हो, की आवश्यकता होती है।

यूएचसी कॉकस मानता है कि, यूएचसी और टीबी (तथा मलेरिया और एचआईवी) से संबंधित एसडीजी लक्ष्य एक दूसरे पर निर्भर करते हैं। इस रिपोर्ट में यूएचसी के लिए समुदाय–केंद्रित विचारों तथा टीबी प्रभावित समुदायों द्वारा व्यक्त कार्यवाई के आह्वान का एक दूसरे के ऊपर आच्छादित होना (ओवरलैप), यूएचसी और टीबी के बीच बेहतर समर्थन और प्राकृतिक अवसरों का मार्ग प्रशस्त करता है।

अनुभव 32 यूएचसी कार्यान्वयन में कमियाँ चाड में टीबी के खराब परिणामों को आकार देती हैं

कई अफ्रीकी देशों में, विशेषरूप से चाड में, आबादी का एक बड़ा हिस्सा अत्यधिक गरीबी की स्थिति में रहता है। विविध प्रकार के संकट देशों को सामाजिक और स्वास्थ्य सेवाओं का न्यूनतम रक्षा कवच प्रदान करने से भी रोकते हैं। वर्ष 2015 में, चाड में सार्वभौमिक स्वास्थ्य रक्षा कवच के लिए एक राष्ट्रीय रणनीति अपनाई गई और वर्ष 2019 में कानून संख्या 035/पीआर/2019 की घोषणा के बाद लागू की गई।[127] वित्त पोषण, पहुँच तथा सेवा की गुणवत्ता, विशेषरूप से आवश्यक दवाओं तक पहुँच सहित मुफ्त सेवा में सुधार के लिए प्रदर्शित राजनीतिक इच्छाशक्ति के बावजूद, वित्तपोषण बहुत कमजोर रहा और यूएचसी सिद्ध नहीं हो पाई। वंचित, अलग–थलग समुदाय संचार और बुनियादी ढ़ांचे की बाधाओं के कारण स्वास्थ्य के अपने अधिकार का आनंद लेने में असमर्थ हैं। उनके पास टीबी जाँच, निदान, उपचार और निरंतर देख–रेख की सेवाओं तक बहुत सीमित पहुँच है, जो टीबी प्रतिक्रिया के खराब परिणामों को स्पष्ट कर सकता है। वर्ष 2020 में, टीबी पीड़ित 43 प्रतिशत लोगों तक चेतावनी की सूचनाएँ नहीं पहुँच पाई और 5600 लोगों की टीबी से मृत्यु हो गई।[106] आवश्यक स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच में आने वाली बाधाओं को, टीबी सहित, बाधा के रूप में नहीं देखा जाता।

यूएचसी कानून की घोषणा के चार वर्षों बाद भी, विभिन्न तकनीकी भागीदारों के समर्थन के बावजूद, चाड को अभी भी शासन संबंधी, संरचनात्मक संबंधी एवं वित्तीय समस्याओं का सामना करना पड़ रहा है। सीआरजी और बहुत बड़ी लागत का आँकलन एनटीपी को यूएचसी प्राप्त करने तथा टीबी को वर्ष 2030 तक समाप्त करने के उद्देश्यों तक पहुँचने के लिए अपनी राष्ट्रीय रणनीति को दोबारा तैयार करने की अनुमति दे सकता है।

टीबी प्रभावित समुदाय पीपीपीआ, एएमआर, और युएचसी के साथ अपनी कड़ियों को मज़बूत कर सकते हैं

प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज को, न केवल टीबी के लिए बल्कि पीपीपीआर, एएमआर और यूएचसी के लिए भी समान मताधिकार एवं शासन व्यवस्था में सीटें – वैश्विक एवं राष्ट्रीय स्तर पर – तथा कार्यान्वयन व्यवस्था और उत्तरदायित्व तंत्र के लिए वित्तपोषण के साथ समान भागीदार के रूप में शामिल करने वाले प्रारूप (माडॅल) की आवश्यकता है। टीबी से प्रभावित समुदायों एवं नागरिक समाजों के पास इन संवादों में योगदान देने का प्रत्यक्ष अनुभव है। इन महत्वपूर्ण घटनाओं में से प्रत्येक में टीबी की दृश्यता तथा प्राथमिकता सुनिश्चित करने के लिए इससे बेहतर समय नहीं है, ताकि उस संवाद के दौरान राजनीतिक नेताओं और निवेशकों के एजेंडा में टीबी उन्मूलन शीर्ष पर रहे। टीबी प्रभावित समुदायों एवं नागरिक समाज का समर्थन इन मंचों पर अपनी बात रखने के लिए, टीबी को समाप्त करने की दिशा में ध्यान रखने और निवेश को सुरक्षित रखने के लिए किया जाना चाहिए तथा स्वास्थ्य में व्यापक प्रयासों में योगदान देना, जिससे निस्संदेह टीबी से प्रभावित समुदायों के जीवन और कल्याण में सुधार होगा।

क्रियान्वयन का आह्वान

टीबी की महामारी की रोकथाम, तैयारी एवं प्रतिक्रिया (पीपीपीआर), रोगाणुरोधी प्रतिरोध (एएमआर) तथा सार्वभौमिक स्वास्थ्य सुरक्षा आवरण (कवरेज) (यूएचसी) में प्राथमिकता दें।

- सुनिश्चित करें कि पीपीपीआर को अनुभवों का लाभ मिल सके तथा वर्तमान की टीबी जैसी महामारियों तथा भविष्य में वायुजनित महामारियों में इसकी भूमिका को संरेखित वित्तपोषण के साथ संबोधित करें।
- सुनिश्चित करें कि टीबी दवा–प्रतिरोध को एएमआर निगरानी में शामिल किया जाए तथा एएमआर रणनीतिक योजना एवं संरेखित वित्तपोषण में इसे संबोधित किया जाए।
- सुनिश्चित करें कि प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल एवं युएचसी में राष्ट्रीय मौलिक सेवा पैकेजों में टीबी की जाँच, रोकथाम, परीक्षण एवं निदान, उपचार तथा देखभाल शामिल हों। और साथ ही साथ, यह सुनिश्चित करें कि केवीपी और परिवार के सदस्यों सहित टीबी से प्रभावित सभी लोग राष्ट्रीय यूएचसी योजनाओं में नामांकित हों तथा उसके तहत संरक्षित हों, ताकि टीबी की उपयोगिता यूएचसी की प्रगति ओर के एक संकेतक के रूप में हो सके।
- वैश्विक एवं राष्ट्रीय स्तर पर शासन व्यवस्था में प्रतिनिधित्व एवं अभिव्यक्ति के साथ, टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज के सार्थक समावेश के लिए पीपीपीआर (महामारी कोश सहित), एएमआर तथा यूएचसी प्रतिक्रियाओं में समान रूप से भागीदारी के लिए वित्तपोषित प्रारूप (मॉड़ल) विकसित करें।

कार्यवाई के क्षेत्र 6 : बहुक्षेत्रीय कार्यवाई, निर्णायक नेतृत्व और जवाबदेही के लिए प्रतिबद्ध

परिचय

यह देखते हुए कि टीबी को अपने सामाजिक निर्धारकों एवं प्रभावों से अलग नहीं किया जा सकता है, इस पर प्रतिक्रियाएँ एनटीपी अथवा स्वास्थ्य मंत्रालयों के कार्यक्षेत्र में शामिल नहीं की जा सकती। टीबी से रोकथाम, निदान, उपचार तथा देखभाल; टीबी से देखभाल के नए तरीके एवं नए उपकरणों तक पहुँच अथवा पीपीटी, यूएमआर तथा यूएचसी में प्रतिक्रियाओं के पूरक लक्ष्यों तक पहुँच बनाने में सिलो पद्धति (भंडारण हेतु कोषागार) बाधा के रूप में काम करती है।

टीबी प्रतिक्रिया में नेतृत्व और जवाबदेही बहुक्षेत्रीयता के इस महत्वपूर्ण आह्वान में स्थित है। विभिन्न स्तरों पर राजनीतिक नेतृत्व और बहु–हितधारकों का उत्तरदायित्व स्वास्थ्य मंत्रालय, वित्त पोषण निकायों तथा तकनीकी कर्ताओं से परे है; तथा कार्यवाई में तेज़ी लाने और उत्तरदायित्व प्रणाली बनाने के लिए टीबी प्रतिक्रिया का स्वतंत्र, पारदर्शी तथा मूल्याँकन होना आवश्यक है। टीबी के प्रति किसी भी प्रतिक्रिया का अंतिम उत्तरदायित्व टीबी से प्रभावित लोगों तथा नागरिक समाज का है। हमें निर्णय लेने वाली और योजना बनाने वाली कार्यशालाओं में जो यह निर्धारित करती हैं कि वादे पूरे ना होने की स्थिति में हमारे साथ क्या होगा, कैसे होगा और हमारे प्रति किसकी जवाबदेही होगी, उन स्थानों पर हमें दृढ़ता से उपस्थित रहना चाहिए।

यह अंतिम अध्याय टीबी प्रतिक्रिया में बहुक्षेत्रीय कार्यवाई, निर्णायक नेतृत्व, समयोचित डेटा तथा उत्तरदयित्व में वृद्धि तथा प्रतिबद्धताओं, महत्वपूर्ण अंतरालों एवं अवसरों को स्पष्ट करने पर केंद्रित है।

वर्तमान स्थिति

उपलब्धि (स्कोर कार्ड):

वर्ष 2019 में, डब्ल्यूएचओ ने टीबी के लिए एक बहुक्षेत्रीय उत्तरदायित्व रूपरेखा (एमएएफ टीबी) जारी की तथा एमएएफ–टीबी को देशों के अनुरूप बनाने और कार्यान्वित करने के लिए हिताधिकारों को तकनीकी मार्गदर्शन प्रदान किया। इसे अंतर्राष्ट्रीय श्रम संगठन (आईएलओ), अंतर्राष्ट्रीय प्रवासन संगठन, शरणार्थियों के लिए संयुक्त राष्ट्र उच्चायुक्त (यूएनएचसीआर), विश्व खाद्य कार्यक्रम (डब्ल्यूएफपी), संयुक्त राष्ट्र बाल कोश (यूनिसेफ), डब्ल्यूएचओ सिविल सोसाइटी टास्क फोर्स (सीएसटीएफ) तथा नागरिक समाजों एवं सामुदायिक संगठनों सहित कई अन्य संयुक्त राष्ट्र एजेंसियों ने साथ मिलकर तैयार किया। एमएएफ–टीबी के चार घटक हैं : टीबी से संबंधित वैश्विक/राजनीतिक प्रतिबद्धताएँ, विशेषरूप से, वर्ष 2018 में की गई राजनीतिक घोषणा, एसडीजी एवं टीबी समाप्ति रणनीति; बहु–क्षेत्रीय कार्यवाई को क्रियान्वित करना, टीबी पर राष्ट्रीय प्रतिक्रियाओं पर नज़र रखने के लिए निगरानी और सूचना संबंधी प्रक्रियाएँ; तथा उच्च स्तरीये नेतृत्व के साथ राष्ट्रीय प्रतिक्रियाओं की समय–समय पर समीक्षा, बहुक्षेत्रीय परिप्रेक्ष्य, एवं टीबी प्रभावित समुदायों तथा नागरिक समाज सहित हितधारक।[128] वर्ष 2021 तक, जाँच सूची (चेकलिस्ट) का उपयोग करके एमएएफ–टीबी का आधारभूत मूल्याँकन 45 देशों में पूरा किया गया। उन्होंने कार्यान्वयन में प्रमुख कमियों का खुलासा किया (तालिका 6)।[74]

तालिका 6

बहुक्षेत्रीय कार्यवाई तथा जवाबदेही पर हासिल की गई प्रगति

1. प्रतिबद्धताओं से नीतियों तक का रूपांतरण	67 प्रतिशत देशों ने राष्ट्रीय नीतियों के प्रति प्रतिबद्धता का रूपांतरण किया
2. बहुक्षेत्रीय कार्यवाईयाँ	56 प्रतिशत देशों ने, एनएसपी बहुक्षेत्रीय कार्यवाई के साथ संरेखित है (प्राथमिक देखभाल, एचआईवी के साथ एकीकरण)। 33 प्रतिशत देशों के पास राष्ट्रीय स्तर पर बहुक्षेत्रीय निकाय हैं; 50 प्रतिशत देश टीबी के अन्य सामाजिक निर्धारकों को संबोधित करते हैं (उदाहरण के लिए अल्प–पोषण, गरीबी)
3. मूल्याँकन एवं रिपोर्टिंग प्रक्रियाएँ	89 प्रतिशत देशों के पास सुदृढ़ निगरानी तंत्र हैं; 53 प्रतिशत देशों के पास अन्य राष्ट्रीय स्तर का डेटा है(उदाहरण के लिए लागत, डीआरटीबी); 51 प्रतिशत देशों के पास बाल्यावस्था मे टीबी होने की निचले स्तर की रिर्पोट है; 50 प्रतिशत से अधिक देशों के पास डिजिटल निगरानी तंत्र नहीं है; 20 प्रतिशत देश टीबी प्रभावित समुदायों एवं नागरिक समाज को मुल्यांकन एवं रिर्पोटिंग में संलग्न करते हैं।
4. सामयिक समीक्षा	80 प्रतिशत देशों के राजनीतिक नेतृत्व द्वारा कोई उच्च–स्तरीय समीक्षा नहीं की जाती है; 50 प्रतिशत देशों के स्वास्थ्य क्षेत्र से अलग कोई हितधारक नहीं हैं; उत्तरदायी हितधारकों के कार्य–प्रदर्शन को मापने के लिए देशों के पास कोई संकेतक नहीं हैं; उत्तरदायी हितधारकों द्वारा टीबी की विशिष्ट गतिविधियों के लिए देशों के पास कोई बजट नहीं है।
	33 प्रतिशत देशों में सभी चारों घटक मौजूद हैं।

डब्ल्यूएचओ एमएएफ–टीबी द्वारा: अनुकूलन एवं कार्यान्वयन में प्रगति[74]

वर्ष 2020 में, राजनीतिक घोषणाओं में की गई प्रतिबद्धताओं का पालन करते हुए, टीबी के वैश्विक लक्ष्यों को प्राप्त करने एवं राजनीतिक घोषणा के कार्यान्वयन की दिशा में डब्ल्यूएचओ के महानिदेशक ने एक प्रति रिपोर्ट जारी की, जिसमें कहा गया कि, "हालांकि कुछ प्रगति हुई है, फिर भी विश्व को लक्ष्य तक पहुँचाने के लिए तत्काल प्रभाव से और अधिक महत्वाकांक्षी निवेशों तथा कार्यों की आवश्यकता है, खासकर कोविड–19 महामारी के संदर्भ में"।[108] टीबी प्रभावित समुदाय एवं नागरिक समाज को टीबी पर वर्ष 2023 में होने वाली यूएनएचएलएम में कार्यवाई करने की स्पष्ट आवश्यकता महसूस होती है और यह इस रिपोर्ट में कार्यान्वयन के आवाहन में प्रतिबिंबित है।

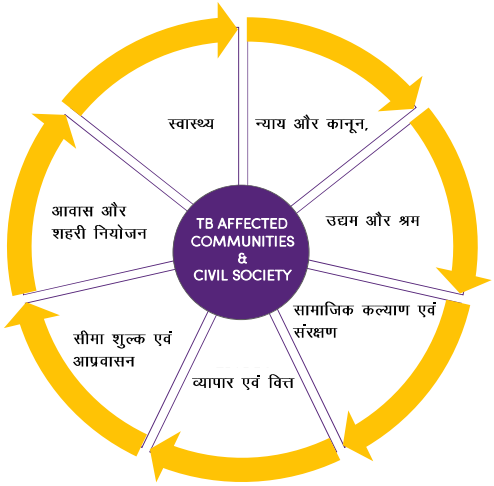
स्वास्थ्य एवं गैर–स्वास्थ्य क्षेत्रों की सहभागिता

गैर–स्वास्थ्य क्षेत्र की टीबी प्रतिक्रिया में बहुत हद तक सहभागिता नहीं रही है। केवल 50 प्रतिशत एनटीपी ही स्वास्थ्य क्षेत्र के बाहर के क्षेत्रों से जुड़ते हैं (तालिका 6)।[74] उनके समर्थन के लिए वित्तीय निवेश और बहुक्षेत्रीय संबंधों के बिना, टीबी उन्मूलन का लक्ष्य पहुँच से बाहर रहेगा (चित्र 15)। उदाहरण के लिए, टीबी के परीक्षण एवं निदान के लिए आवश्यक एवं दवाओं की सुचारू प्रबंध एवं आयात के लिए व्यापार, वित्त एवं सीमा शुल्क मंत्रालयों द्वारा उच्च स्तरीय खरीद–फरोख्त की आवश्यकता होती है। टीबी प्रभावित समुदायों के सामने आने वाली सामाजिक एवं आर्थिक बाधाओं से निपटने के लिए शहरी नियोजन, आवास, श्रम तथा सामाजिक सुरक्षा मंत्रालयों के बीच समन्वयन की आश्यकता हैं।

स्वास्थ्य क्षेत्रों में भी, जैसा कि एमएएफ–टीबी आधारभूत आँकलन (बेसलाइन असेसमेंट) में बताया गया, टीबी से प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज में भी समन्वयन की दशा अच्छी नहीं है। टीबी कार्यक्रमों तथा शिशु एवं मातृ स्वास्थ्य, दीर्घकालिक/टीबी के बाद की संबंधित विकलांगताओं एवं एचआईवी से अलग अन्य रोग जो टीबी के साथ–साथ आ जाते हैं,इनके बीच कमज़ोर अथवा कोई संबंध नहीं है। इस बात के साक्ष्य मौजूद होने के बावजूद कि, टीबी प्रभावित देशों में 60 प्रतिशत लोग निजी क्षेत्र के स्वास्थ्य केन्द्र की प्रारंभिक देखभाल का उपयोग करते हैं, कुल मिलाकर, निजी क्षेत्र के साथ समन्वय भी अपर्याप्त है।[129] पीपीपीआर, एएमआर तथा यूएचसी में टीबी की दृश्यता सुनिश्चित करने के लिए टीबी देखभाल के लिए अन्य स्वास्थ्य कार्यक्रमों एवं स्वास्थ्य के बाहर के क्षेत्रों का सहयोग अपेक्षित होगा।

चित्र 15

प्रभावी टीबी प्रतिक्रिया के लिए सभी क्षेत्रों में व्यापक कार्यवाईयों की आवश्यकता होती है।



टीबी प्रभावित समुदायों एवं नागरिक समाज की सहभागिता

कई देशों में, टीबी से प्रभाति समुदाय तथा नागरिक समाज समूह, जिसमें टीबी उत्तरजीवी (टीबी से जीवित बचे लोग) के नेतृत्व वाले समूह एवं सामाजिक वेधशालाएँ शामिल हैं, बहुक्षेत्रीय कार्यवाई एवं उत्तरदायित्व हेतु राष्ट्रीय एवं क्षेत्रीय पक्ष–समर्थन मंच की स्थापना एवं सुदृढ़ीकरण कर रहे हैं।(केस स्टडी 33) (केस स्टडी 34) सर्वेक्षण प्रतिक्रियाओं से पता चलता है कि कई प्रतिवादी टीबी प्रभावित समुदायों एवं नागरिक समाज से जुड़ रहे हैं, विशेषरूप से टीबी से प्रभावित लोग और टीबी उत्तरजीवी लोग, एनटीपी तथा अन्य स्वास्थ्य क्षेत्रों के लोग, अन्य समुदाय/नागरिक समाज संगठन, तथा राष्ट्रीय मंत्रालयों से बाहर के राजनीतिक एवं सामाजिक नेता (चित्र 16)। इससे पता चलता है कि बहुक्षेत्रीय समन्वय एवं कार्यवाई की आवश्यकता है। हालाँकि, वित्तपोषण की कमी – जिसे कार्यावाई क्षेत्र 4 में भी उठाया गया था – को एकबड़ी बाधा के रूप में उद्धृत किया (उठाया जाना) गया है। टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज को भी इतिहास में टीबी प्रतिक्रियाओं में उनके बहिष्कार से जूझना पडा है, कुछ अन्य विन्यासों (सेटिंग्स्) में असाधारण बदलावों के बावजूद कई देशों ने अभी तक इस पर ध्यान नहीं दिया है; इसे कार्यवाई क्षेत्र 2 में भी उठाया गया था। कई प्रतिवादियों ने इस बात पर ध्यान दिया है कि वैश्विक एवं क्षेत्रीय स्तर पर देखी जाने वाली सामुदायिक सहभागिता और सशक्तिकरण की गति हमेशा देशों और स्थानीय समुदायों के अंदर नहीं देखी जाती। वास्तविकता में, अधिकांश प्रतिवादियों (36 प्रतिशत) ने, जिन्होंने विभिन्न क्षेत्रों के साथ जुड़ने की बात कही, इन मुलाकातों को औपचारिक भागीदार की तुलना में विशिष्ट परियोजनाओं के बारे में परामर्श के रूप में वर्णित किया, जो किसी जाववदेही तंत्र से बंधे नहीं है।

अनुभव 33 उच्च आय वाले देशों में लोगों का तंत्र (नेटवर्क) पक्ष–समर्थन में लगा है।

उच्च आय वाले देशों में टीबी को खत्म करने के लिए प्रतिबद्ध लोगों का तंत्र (नेटवर्क) नई ऊर्जा के साथ सक्रिय हो रहा है। उदाहरण के लिए, पक्ष–समर्थक संगठन रिज़ल्टस् यूके (results.org.uk), युनाइटिड किंगडम, ने टीबी को समाप्त करने के लिए यूके के शिक्षाविदों तथा पेशेवरों के एक नए तंत्र को विकसित करने और बनाए रखने में मदद की (UKAPTB, ukaptb.org), जो कि अब टीबी पर यूके की नीतियों में सुधार करने और टीबी अनुसंधान के लिए अधिक संसाधन जुटाने के लिए आम जनता, लोक सेवकों तथा राजनेताओं के अभियान चला रहा है, पक्ष–समर्थन जुटा रहा है तथा उन्हें शिक्षित कर रहा है। इसी प्रकार, डेनमार्क में, ग्लोबल टीबी कॉकस, एड्स फ़ोंडेट एवं एमएसएफ एक साथ आए और संसद में एक नए टीबी/एचआईवी कॉकस का आयोजन किया। अंत में, कनाडा में, प्रतिबद्ध सहयोगियों के साथ मिलकर, रिज़ल्ट्स कनाडा ने नीतिगत कार्यों को बढ़ावा देने, सार्वजनिक जागरूकता पैदा करने और टीबी से प्रभावित समुदायों को संगठित करने के लिए स्टॉप टीबी कनाडा (stoptbcanada.com) को दोबारा मज़बुत करने में मदद की। इससे टीबी पीपल कनाडा (stoptbcanada.com@tbpeoplecanada) की शुरूआत हुई, जो टीबी से पीड़ित लोगों और उनके परिवार के सदस्यो, दोस्तों तथा सेवादारों के लिए देश का पहला सहायक समुदाय है।

स्वैच्छिक कर्मी द्वारा संचालित एवं बूटस्ट्रैप स्टार्ट–अप (वह कंपनी जिसमें एक ही स्वामी का पैसा लगा होता है और बाहर के किसी निवेशक का पैसा नहीं लगा होता है, उस पैसे के मुनाफे से ही कंपनी पनपती है) बजट द्वारा समर्थित कई तंत्र अपने देशों में टीबी को समाप्त करने की दिशा में राजनीतिक इच्छाशक्ति के निर्माण में महत्वपूर्ण भूमिका निभा रहे हैं। वर्तमान और भविष्य में, प्रारंभिक पक्ष–समर्थक एवं संसदीय चैंपियन के बीच रिश्तों और क्षमता का निर्माण टीबी को समाप्त करने के लिए लड़ाई में संलग्न होने के लिए किया जा रहा है।

"स्टाप टीबी कनाडा के साथ मेरी भूमिका के लिए धन्यवाद — इसने मुझे ऐसे मंचों में प्रतिस्थापित किया हैं जहाँ मैं कई दूरदराज के स्वदेशी समुदायों में काम करने के बाद टीबी के साथ अपने पेशेवर एवं व्यक्तिगत अनुभवों का उपयोग करके जागरूकता पैदा कर सकता हूँ। "

टीना कैम्पबेल, स्टाप टीबी सह–सभापति तथा उत्तरी अंतर–जनजातीय स्वास्थ्य प्राधिकरण (एनआईटीएचए) की टीबी सलाहकार।

@Photo credit - Stop TB Canada

जब बहुक्षेत्रीय कार्यवाई एवं संपर्क क्षेत्रों को सक्षम बनाने के लिए सामुदायिक नेतृत्व का उपयोग किया गया, तो टीबी से प्रभावित लोगों को इसका बहुत लाभ हुआ। (केस स्टडी 35) सीएफसीएस ने टीबी प्रभावित समुदायों को भी बढ़ने में सक्षम बनाया तथा पत्रकारों, मशहूर हस्तियों एवं अन्य सार्वजनिक हस्तियों के साथ संबंध बना उन्हें उद्देश्य के साथ जोड़ा — जैसा कि कार्यवाई क्षेत्र 4 में प्रस्तुत किया गया। टीबी से प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज के सहयोग से टीबी से निपटने के लिए समर्पित संसदीय कॉकस के उद्भव ने जागरूकता बढ़ाने और वैश्विक टीबी उन्मूलन के लक्ष्यों के समर्थन में घरेलू संसाधन जुटाने की माँग विकसित की (केस स्टडी 36)। ग्लोबल टीबी कॉकस के प्रयासों के लिए आभार, उदाहरण के लिए, अब टीबी का उल्लेख प्रत्येक जी20 स्वास्थ्य मंत्रियों एवं रायट्राध्यक्षों की घोषणाओं में किया जाता है।[130] हालाँकि, डब्ल्यूएचओ की रिपोर्ट से पता चलता है कि केवल 41 प्रतिशत देश ही राष्ट्रीय प्रतिक्रियाओं में टीबी प्रभावित समुदायों एवं नागरिक समाज को शामिल कर रहे हैं।[74] इससे पता चलता है कि हम अभी भी सर्वव्यापी लक्ष्य प्राप्त नहीं कर पाए हैं।

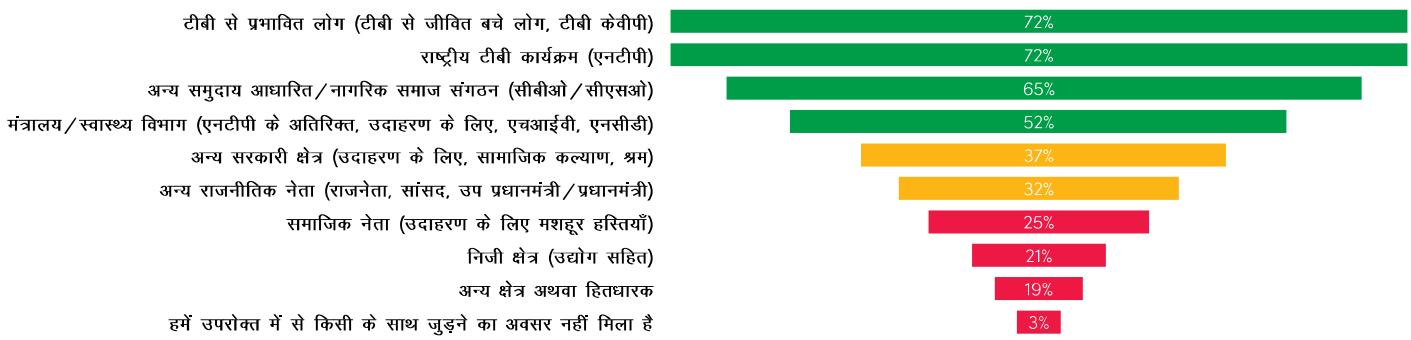
अनुभव 34 राष्ट्रीय स्टॉप टीबी साझेदारी अध्याय

वर्तमान मे, दाता देश एवं कार्यान्वयन करने वाले देशों में 30 सक्रिय राष्ट्रीय स्टॉप टीबी साझेदारी (stoptb.org) मंच हैं, और उनमें से 16 को अनुदान और तकनीकी सहायता के माध्यम से समर्थित किया जाता है (वर्ष 2023 के लिए दो अन्य की परिकल्पना की गई है)। इन मंचों के कारण बहुक्षेत्रीय कार्यों का प्रोत्साहन करने में कई हितधारक एक साथ आए। मानवाधिकार, लांछन और केवीपी से संबंधित सामुदायिक प्राथमिकताओं में वृद्धि को सक्षम करने में उनकी कुछ उपलब्धियाँ नीचे सूचीबद्ध हैं :

- **कम्बोडिया :** प्रेस और टॉक शो के माध्यम से मीडिया में व्यापक रूप से सहभागिता, टीबी को खत्म करने पर चर्चा को मुख्यधारा में लाना।
- **कांगो लोकतांत्रिक गणराज्य :** सात प्रमुख एवं असुरक्षित आबादी का पता लगाना तथा राष्ट्रीय टीबी प्रशासन में प्रत्येक समूह के प्रतिनिधित्व की सुविधा।
- **इंडोनेशिया :** ग्लोबल फंड के सह प्रमुख प्राप्तकर्ता के रूप में कार्य करते हुए इंडोनेशियाई अध्यक्षता के दौरान जी20 के एजेंडा के भाग के रूप में टीबी उन्मूलन को बढ़ावा देना।
- **कीनिया :** टीबी के कलंक और भेदभाव को समाप्त करने तथा सेवाओं तक पहुँच पर राष्ट्रीय टीबी मानवाधिकार अभियान में मशहूर हस्तियों एवं समुदायों को एकजुट करना।
- **नाइजीरिया :** घरेलू संसाधन जुटाने में वृद्धि के लिए उच्च स्तरीय पक्ष–समर्थन; राजनीतिक अभिजात वर्ग, मीडिया एवं मशहूर हस्तियों की सहभागिता; नाइजीरिया संसदीय टीबी कॉकस की स्थापना एवं समर्थन तथा टीबी पीपल नाइजीरिया, टीबी उत्तरजीवी तथा टीबी से प्रभावित लोगों का एक राष्ट्रीय तंत्र।
- **पाकिस्तान :** टीबी खत्म करने के लिए राष्ट्रपति डॉ. आरिफ़ अल्वी एवं अन्य राष्ट्रीय नेताओं के साथ उच्च स्तरीय बातचीत।
- **ताजिकिस्तान :** टीबी की दृश्यता एवं प्रालेख में वृद्धि हेतु पॉपस्टार (पॉप संगीत का गायक) एवं अन्य मशहूर हस्तियों को टीबी चैंपियन के रूप में शामिल करना।
- **तंज़ानिया एवं युगांडा :** टीबी को नियंत्रित करने के लिए अच्चतम स्तर पर राजनीतिक नेताओं की सहभागिता तथा वर्ष 2030 तक इस बीमारी को समाप्त करने की प्रतिबद्धता सुनिश्चित करना।
- **यूक्रेन :** देश में टीबी को खत्म करने के लिए समाज को लामबंद करना। युद्ध की शुरूआत के बाद, नागरिक समाज सहभागिता के मानवीय प्रयासों के बीच समन्वय की सुविधा प्रदान कर रही है।
- **ज़ाम्बिया :** कई प्रांतों में सक्रिय टीबी के मामलों का पता लगाना और टीबी जागरूकता कार्यक्रम।

चित्र 16

सर्वेक्षण प्रतिवादियों के बीच बहुक्षेत्रीय जुड़ाव



अनुभव 35 वैश्विक टीबी कॉकस में पक्ष समर्थन की रीढ़ बनते सांसद

ग्लोबल टीबी कॉकस (GTBC, globaltbcaucus.org) एक राजनीतिक प्रतिनिधियों का अनूठा अंतरराष्ट्रीय तंत्र है। इसमें 2500 से अधिक सदस्य हैं और इसने 56 राष्ट्रीय टीबी कॉकस, चार क्षेत्रीय नेटवर्क तंत्र (अफ्रीका, अमरीका, एशिया प्रशांत, यूरोप) और एक भाषाई तंत्र (फ्रैंकोफोन) की शुरूआत करने में मदद की है ताकि सांसदों को टीबी चैंपियन बनने के लिए प्रेरित किया जा सके, जो कानून के पालन को बढ़ावा देते हैं तथा न्यायसंगत, जन–कंद्रित मानवाधिकार आधारित और लिंग परिवर्तनकारी टीबी प्रतिक्रियाओं का समर्थन करते हैं। सदस्य संस्थापक दस्तावेज़, बार्सिलोना की घोषणा में उल्लिखित सिद्धांतो का पालन करते हैं : "गैर–पक्षपातपूर्ण और समावेशी आचरा में भौगोलिक तथा राजनीतिक विभाजनों से बढ़कर काम करना; टीबी महामारी के खिलाफ लड़ाई में शामिल नागरिक समाज और अन्य सभी हितधारकों के साथ जुड़ना; तथा बीमारी से जुड़े कलंक और सामाजिक अलगाव का सामना करना है"[132]

जीटीबीसी क्षेत्रीय स्तर पर राजनीतिक रूचि और गति बढ़ाने में महत्वपूर्ण प्रगति कर रहा है। उदाहरण के लिए, फ्रैंकोफोन क्षेत्र का जीटीबीसी, चाड, कैमरून, गैबान, नाइजर और कोटे डी आइवर में टीबी प्रतिक्रिया में लगे सांसदों की संख्या में लगातार वृद्धि देख रहा है। वर्ष 2021 में, कॉकस 2018 यूएनएचएलएम लक्ष्यों के तहत, उपलब्धियों के आधारभूत मूल्याँकन के लिए फ्रैंकोफोन अफ्रीका में क्षेत्रीय टीबी छाता नेटवर्क तंत्र, डीआरएएफ टीबी के साथ प्रयासों में शामिल हुआ। इससे चाड, सेनेगल, डीआरसी तथा मॉरीशस के सांसदों की विशेषता वाले पाँच वीडियो बनाए गए, ताकि टीबी के खिलाफ लड़ाई का समर्थन करने के लिए एकजुट हो आवाज़ उठाई जा सके और घरेलू निवेश तथा संसाधनों का आवाह्न किया जा सके।

कई क्षेत्रीय प्रयासों का राष्ट्रीय स्तर पर प्रभाव देखा जा सकता है। उदाहरण के लिए, ईईसीए में, कॉकस ने प्रगति कार्य में तेजी लाने के लिए, टीबी (एमएएफ–टीबी) को समाप्त करने, राष्ट्रीय स्तर पर प्रतिक्रियाओं पर संसदीय भागीदारी के स्तर और प्रसार का आँकलन करने तथा एमएएफ–टीबी प्रक्रिया में सांसदों की भूमिका को परिभाषित करने के लिए बहुक्षेत्रीय जवाबदेही तंत्र के अनुबंध 4 का संचालन किया। इसमें वर्ष 2022 में एक टीबी कानून पर कार्यशाला का आयोजन तथा उसके बाद "पूर्वी यूरोप और मध्य एशिया में जन–केंद्रित, अधिकार–आधारित टीबी कानून" पर एक रिपोर्ट का बनना शामिल था। इस रिपोर्ट में ईईसीए क्षेत्र में टीबी संबंधित कानून की वर्तमान स्थिति को रेखांकित किया गया है, साथ ही जन–कंद्रित, अधिकार आधारित टीबी कानून को बढ़ावा देने के लिए 15 आवश्यक सिफारिशें भी दी गई हैं। इन सिफारिशों का उपयोग अब मोल्दोवा में टीबी कानून की समीक्षा में मार्गदर्शन के लिए किया जा रहा है।

अनुभव 36 सामाजिक वेधशालाएँ – नागरिक समाज की क्षेत्रीय लामबंदी

"सामाजिक वेधशालाएँ" (एसओ) एक तंत्र है, जिसका उद्देश्य नागरिक समाज को संगठित करना, सामाजिक निगरानी करना तथा राजनीतिक प्रभाव का समर्थन करना है। इसको वर्ष 2022 में ग्लोबल फंड के समर्थन से सोशियोस एन सलूड तथा अमरीका के टीबी गठबंधन द्वारा सफलतापूर्वक प्रतिस्थपित किया गया था।[133] एसओ को एकीकृत समुदाय आधारित टीबी रोकथाम, निदान, उपचार एवं देखभाल के आधार पर पीएएचओ एंगेज–टीबी रणनीति के कार्यान्वयन के समर्थन हेतु बनाया गया था। यह नागरिक समाज के अभिसरण के लिए एक स्थान है जो बीमारी की समस्या को स्पष्ट करता है और टीबी के खिलाफ राष्ट्रीय एवं क्षेत्रीय नियंत्रण रणनीतियों में नागरिक समाज की भागीदारी को बढ़ावा देता है और मजबूत करता है। प्रत्येक एसओ को इस प्रकार संरचित किया गया है कि उसमें निम्न शामिल हो सकते हैं:

1. नागरिक समाज के इच्छुक सदस्यों की एक महासभा।
2. एक तकनीकी सचिवालय, जो आमतौर पर एक गैर–सरकारी संगठन (एनजीओ) है, जिसके पास एक मेज़बान के रूप में, समुदाय में टीबी पर काम करने और वेधशाला के प्रशासन के लिए पाँच वर्ष से अधिक का अनुभव है।
3. समापन के विभिन्न स्तरो पर एसओ के प्रभाव का अध्ययन करने के लिए एक संगठन।

प्रत्येक एसओ की आम सभा किए जाने वाले कार्यों के क्षेत्रों को निर्धारित करती है। अमरीका में, चिन्हित क्षेत्रों में सार्वजनिक नीति, मानवाधिकार, गरीब आबादी, सामुदायिक निगरानी, सिंडीमिक्स, क्षमता निर्माण, निगरानी, पक्षसमर्थन तथा अनुसंधान, प्रकरण प्रबंधन, मनोसामाजिक पहलू और सामाजिक सुरक्षा शामिल है। एसओ सीआरजी ढ़ांचे सांस्कृतिक प्रासंगिकता और सबसे गरीब समुदायों के लिए अलग–अलग केंद्र बिंदुओं को बढ़ावा देने के लिए एक महत्वपूर्ण स्थान बन गए हैं।

नेतृत्व और उत्तरदायित्व

इसकी पहली सिफारिशों में से एक वर्ष 2018 की राजनीतिक घोषणा पर 2020 की प्रगति रिपोर्ट है, जो राज्य या सरकार के प्रमुखों के नेतृत्व में बहुक्षेत्रीय सहयोग और उत्तरदायित्व की दिशा में कार्यवाई का आग्रह करता है। किन्तु अधिकांश देश अभी भी टीबी से संबंधित मामलों में स्वास्थ्य के अलावा अन्य क्षेत्रों को शामिल नहीं कर रहे हैं (तालिका 6)।[74] गैर–स्वास्थ्य क्षेत्रों में टीबी विशिष्ट गतिविधियों के लिए संकेतकों की अनुपस्थिति, और किसी अन्य क्षेत्र में टीबी विशिष्ट गतिविधियों के लिए वित्तपाषण की कमी से प्रभावित समुदायों एवं नागरिक समाज को शामिल करने की कार्यवाई में रूकावट पैदा कर रही है।(केस स्टडी 37)

अतः टीबी प्रतिक्रिया में नेतृत्व एवं उत्तरदायित्व काफी हद तक राष्ट्रीय स्तर पर एनटीपी एवं स्वास्थ्य मंत्रालयों के दायरे में रहती है, जो वैश्विक स्तर पर दाता एजेंसियों एवं डब्ल्यूएचओ के प्रति भी उत्तरदायी रहते हैं। कई मोर्चों पर यह समस्याग्रस्त हो सकता है। प्रथम, एनटीपी तथा वैश्विक टीबी कार्यक्रम प्रगति की निगरानी के लिए संकेतकों के एक प्रतिबंधित वर्ग पर भरोसा करते हैं, जो टीबी से प्रभावित लोगों के सामने व्यापक रूप से आने वाली वास्तविकताओं और चुनौतियों के लिए लगभग पूरी तरह से नैदानिक और सशयपूर्ण है। यद्यपि लैंगिक विभेदित डेटा की सूचना दी जाने लगी है, साथ ही साथ टीबी से जुड़े सहवर्ती जोखिम भी, अन्य कहीं भी सामाजिक, आर्थिक एवं अधिकारों संबंधित संकेतकों को, जिन्हें प्रभावित समुदायों द्वारा प्राथमिकता दी जाती है वे देखभाल में सहभागिता (अथवा सहभागिता से हाथ छुड़ाना) देते हैं, उन्हें शामिल नहीं किया गया है। दूसरा, सेवाएँ प्रदान करने वाले कार्यक्रम, सेवा वितरण पर मार्गदर्शक चार्ट, उन्हें अपनी प्रगति या उसकी कमी के लिए उचित रूप से उत्तरदायी नहीं ठहराया जा सकता है। टीबी प्रतिक्रिया में जवाबदेही के वाहक, टीबी प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज के कर्ताओं को स्वतंत्र, पारदर्शी जवाबदेही का समर्थन करने के लिए टीबी प्रतिक्रियाओं की निगरानी और प्रदर्शन मुल्यांकन में और उन चैनेलों के माध्यम से एकीकृत किया जाना चाहिए जो सामाजिक सेवा वितरण अनुबंधों से मुक्त हैं। एमएएफ–टीबी बेसलाइन आकलन से पता चलता है क जो देश टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज को राष्ट्रीय प्रतिक्रियाओं में शामिल करते हैं, उनमें से केवल आधे ही समुदायों के कार्यक्रम की निगरानी और समीक्षा प्रक्रियाओं में शामिल करते हैं।[74] इस प्रकार का संरक्षित समावेशन टोकनवाद की सीमा पर हैं, और जवाबदेही प्रक्रिया को खतरे में डाल सकता हैं। तीसरा, उच्च स्तरीय नुतृत्व और शासन के बिना, अन्य सरकारी क्षेत्रों के बीच समन्वय, संसाधन जुटाने और जवाबदेही में कठिनाईयाँ होंगी। कोविड–19 महामारी ने दिखया है कि प्रगति में तेजी लाने के लिए राजनीतिक नेताओं की भगीदारी सबसे महत्वपूर्ण ताकतों में से एक है।

अनुभव 37 फ्रैंकोफोन अफ्रीका में बहुक्षेत्रीय जवाबदेही में बढ़ोत्तरी

फ्रेंकोफोन अफ्रीका रिस्पॉन्स डायनैमिक्स ऑन ट्यूबरकुलोसिस (डीआरएएफ टीबी, draftb.org) फ्रैंकोफोन पश्चिम और मध्य अफ्रीका में राजनीतिक घोषणा की दिशा में हुई प्रगति को मापने के लिए प्रतिबद्ध है। सीएफसीएस के समर्थन से, डीआरएएफ टीबी ने 12 देशों, बेनिन, बुर्किना फासो, बुरूंडी, कैमरून, चाड, कांगो, डीआरसी, गैबान, गिनी, कोटे डी आइवर, नाइजर और सेनेगल में बहुक्षेत्रीय जवाबदेही ढ़ांचे के कार्यान्वयन का आधारभूत मुल्यांकन किया, जिसमें राष्ट्रीय टीबी कार्यक्रमों के प्रतिनिधियों के साथ साक्षात्कार शामिल है।[134]

हालाँकि, यह पाया गया कि सभी देशों ने संयुक्त राष्ट्र एसडीजी और डब्ल्यूएचओ एन्ड टीबी रणनीति के साथ टीबी के लिए अपने एनएसपी को संरेखित किया, फिर भी किसी के पास टीबी उन्मूलन (2017) की डब्ल्यूएचओ वैश्विक मंत्री स्तरीय सम्मेलन की मास्को घोषणा अथवा यूएनएचएलएम की टीबी (2018) पर राजनीतिक घोषणा नहीं थी। ये देरी संयुक्त राष्ट्र के महासचिव और डब्ल्यूएचओ की 2020 की प्रगति रिपोर्ट में परिलक्षित (देखी जा सकती है) हुई, जहाँ अफ्रीका को टीबी केंद्रित क्षेत्र के रूप में जाना जाता है, जहाँ कुल आबादी में से 25 प्रतिशत लोग टीबी से पीडित थे; और मूल्याँकन किए गए 12 देशों में, 78000 लोग इसके कारण मारे गए थे, जिनमें 24000 लोग एचआईवी से पीड़ित थे।135

मूल्याँकन का निष्कर्ष था कि सभी 12 देशों में वैश्विक प्रतिबद्धताओं को पूरी तरह से लागू नहीं किया जा रहा था। जिन प्राथमिकता वाले क्षेत्रों पर विशेष ध्यान देने की आवश्यकता है उनमें उच्च स्तरीय नेतृत्व शामिल है; बहुक्षेत्रीय जवाबदेही ढ़ांचे की स्थापना; पर्याप्त और चिरस्थायी वित्तपोषण; अनुसंधान एवं नवाचार; तथा उन निर्धारकों की भूमिका पर विचार करना जो महामारी में पनपते हैं जैसे गरीबी, भेद्यता और लैंगिक असमानता।

अनुभव 38 समुदाय-आधारित निगरानी (सीएलएम) टीबी सेवा वितरण में ठोस बदलाव लाने में सक्षम बनाती है।

सीएलएम के लिए वनइम्पैक्ट टूल का उपयोग करते हुए, सीएफसीएस द्वारा वित्तपोशित समुदाय और जमीनी स्तर के संगठन सेवा वितरण में प्रमुख बाधाओं को व्यवस्थित रूप से दस्तावेज करने और विभिन्न सेटिंग्स में टीबी शिष्टाचार तथा प्रथाओं में बदलाव के लिए कार्यवाई को उत्प्रेरित करने में सक्षम थे।

डेमोक्रेटिक रिपब्लिक ऑफ कांगो में, क्लब डेस एमिस डेमियन ने किंशासा और कांगो सेंट्रल प्रांतों में स्वास्थ्य सुविधाओं में दवा स्टॉकआउट, अनाधिकृत उपयोगकर्ता शुल्क और टीबी कलंक के उच्च स्तर पर प्रकाश डाला। इसके परिणामस्वरूप एनटीपी के साथ एक समझौते का ज्ञापन हुआ जिसमें उन्हें सामूदायिक परिप्रेक्ष्य से दवा के भंडार के बारे में सचेत किया गया, स्वास्थ्य सुविधाओं को अनाधिकृत शुल्क लेने से रोकने वाले पत्र जारी किए गए तथा राष्ट्रव्यापी टीबी कलंक मूल्याँकन करने का केंद्रीय निर्णय लिया गया। पाकिस्तान में ननकाना साहिब जिले में सामाजिक विकास एसोसिएषन ने पुरूष डॉक्टरों से देखभाल करने वाली महिलाओं के सामने स्वीकार्य चुनौतियों का खुलासा किया। इस प्रकार चिकित्सा परामर्श प्रोटोकॉल में बदलाव किया गया, जिसमें महिला डॉक्टरों की उपस्थिति में वृद्धि भी शामिल थी। युगांडा में, फिलोमेरा होप फाउंडेशन ने दूरसंचार प्रदाता एयरटेल के साथ एक समझौते के माध्यम से कलंक से निपटने, लिंग संवेदनशील प्रोग्रामिंग के पक्षसमर्थन करने और कलंगला के दूरदराज द्वीप समुदाय में निदान केन्द्रों में टीबी के लिए मोबाइल परीक्षण का विस्तार करने के लिए सीएलएम जनित डेटा का उपयोग किया। यूक्रेन में, टीबी के लिए कार्यरत लोगों ने टीबी से पीड़ित लोगों के बीच उच्च स्तर के भेदभाव को उजागर किया, जिसके कारण उन्हें टीबी से प्रभावित लोगों के अधिकारों की रक्षा और बढ़ावा देने के लिए एक टीबी कानून के विकास का पक्षसमर्थन करना पडा।

इसलिए सीएलएम सामुदायिक जुड़ाव और गतिशीलता, क्षमता निर्माण, रियल टाइम डेटा संचालन प्रतिक्रियाओं, समुदाय के नेतृत्व वाले समाधानों के साथ मानवाधिकार बाधाओं पर काबू पाने और एनटीपी तथा टीबी प्रभावित समुदायों के बीच मजबूत साझेदारी का प्रवेश द्वार हो सकता है। देशों के ये उदाहरण सीएलएम में इसकी प्रक्रिया और प्रभाव दोनों के संदर्भ में विश्वसनीयता बढ़ाने में मदद करते हैं।

Images - Airtel #UgNeedsMoreofU

समुदाय के नेतृत्व वाली निगरानी

एनटीपी को सेवा उपलब्धता, पहुँच एवं गूणवत्ता, वस्तु आपूर्ति एवं वितरण, तथा अन्य मानवाधिकार बाधाओं की महत्वपूर्ण चुनौतियों का समाना करना पड़ता है जो स्वास्थ्य परिणामों एवं कार्यक्रम के लक्ष्यों को नकारात्मक रूप से प्रभावित करते हैं, जैसा कि प्रतिवादियों द्वारा दोहराया गया एवं अन्य अध्यायों में उठाया गया। सीएलएम एक आड़ का कार्य करता है जो इन चुनौतियों के दौरान ऐसे डेटा अंतरालों को भरने का काम करता है।[73] सीएलएम के तहत, टीबी प्रभावित समुदाय व्यवस्थित एवं नियमित रूप से सेवा प्रावधान और गुणवत्ता के साथ–साथ सेवा वितरण स्थानों एवं देखभाल के मार्ग से कलंक और मानवाधिकारों के उल्लंघन पर डेटा की रिपोर्ट बनाते हैं तथा विशलेषण करते हैं। यह जानकारी सेवा वितरण अंतराल, मानवाधिकारों और पहुँच को रोकने वाली कलंक बाधाओं, तथा सेवाओं में सुधार के लिए आवश्यक लक्षित कार्यवाई और टीबी से प्रभावित लोगों के अनुभव पर गहरी और अनूठी अंतर्दृष्टि प्रदान कर सकती है, जिसके परिणामस्वरूप व्यक्तियों और समुदाय से व्यापक रूप से बेहतर स्वास्थ्य परिणाम प्राप्त होंगे। इसलिए सीएलएम एक आड़ का कार्य करता है जो सेवा वितरण और मानवाधिकार बाधाओं को दूर कर सकता है जो स्वास्थ्य परिणामों और कार्यक्रम लक्ष्यों को नकारात्मक रूप से प्रभावित करते हैं।

महत्वपूर्ण रूप से, सीएलएम राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस) का पूरक है तथा, साथ में, ये डेटा समग्र कार्यान्वयन में सूधार और प्रोग्रामेटिक जोखिमों को कम करने के लिए टीबी कार्यक्रमों के लिए राष्ट्रीय रणनीतिक और परिचालन योजना को भी सूचित कर सकते हैं।[73,131] (केस स्टडी 39) सीएलएम के बारे में सर्वेक्षण के सवालों का जवाब देने वाले टीबी प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज संगठनों के लगभग दो तिहाई (64 प्रतिशत) प्रतिनिधि, इस क्षेत्र में अधिक निवेश की आशा व्यक्त करते हुए, अलग–अलग क्षमताओं में टीबी प्रतिक्रिया के सीएलएम में लगे हुए थे। उन्होंने एनटीपी के साथ टीबी प्रतिक्रिया की समीक्षा में शामिल होने के अवसर में अत्यधिक अतिरिक्त उपयोगिता देखी तथा अन्य भागीदार, टीबी सेवाओं तक पहुँचने में अवधारणात्मक रूप से, लिंग ओर अधिकार संबंधी बाधाओं और समर्थकों को आकर्षित किया तथा टीबी प्रतिक्रिया में प्रभावित सामुदायिक प्राथमिकताओं और जवाबदेही को बढ़ाने में योगदान दिया।

अनुभव 39 दिजबूती में टीबी से प्रभावित परिवारों के लिए सामाजिक सुरक्षा और स्वास्थ्य बीमा तक पहुँच का विस्तार

डब्ल्यूएचओ के तकनीकी मार्गदर्शन के साथ किए गए एमएएफ–टीबी बेसलाइन मूल्याँकन ने टीबी के सामाजिक निर्धारकों और प्रभावों को संबोधित करने के लिए बहुक्षेत्रीय कार्यवाई मे कई अंतराल और टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज की अपर्याप्त भागीदारी को उजागर किया। हालाँकि, ऐसी महत्वपूर्ण सफलता की कहानियाँ भी थीं जो बहुक्षेत्रीय समन्वय में निवेश की माँग पैदा करने का काम कर सकती है।[74]

दिजबूती में, विश्व खाद्य कार्यक्रम (डब्ल्यूएफपी) ने राष्ट्रीय सामाजिक सुरक्षा कार्यक्रम, प्रोग्राम नेशनल डी सॉलिडारिटे फैमिली (पीएनएसएफ) को नकद हस्तांतरण कार्यक्रम के साथ मिल कार्यक्रम को पूरक बनाया, ताकि कोविड–19 महामारी के दौरान एचआइवी और टीबी से प्रभावित सबसे गरीब परिवारों की सुरक्षा में मदद मिल सके। डब्ल्यूएफपी ने पीएनएसएफ को उन परिवारों को अपने चल रहे परिवार सहायता कार्यक्रम में शामिल करने की वकालत भी की। डब्ल्यूएफपी ने गैर–सरकारी संगठनों, ले रिसेउ और सॉलिडेरिट फेमिनिन के सहयोग से तथा स्वास्थ्य मंत्रालय और सामाजिक मामलों और एकजुटता मंत्रालय (एमएएसएस) के सहयोग से, एचआईवी और टीबी प्रभावित परिवारों को नौ महीने तक नकदी पहुँचाई। कलंक और भेदभाव से संबंधित बाधाओं को कम करने में मदद करने के लिए लाभार्थियों को भी अन्य पीएनएसएफ लाभार्थियों की तरह एमएएसएस द्वारा प्रबंधित राष्ट्रीय सामाजिक रजिस्ट्री में नामांकित किया गया था। एक बार नामांकित होने के बाद, लाभार्थी स्वचालित रूप से प्रोग्राम डी असिस्टेंस सोशलडे सैंटे (पास) के तहतस्वास्थ्य बीमा के लिए पात्र हो जाते हैं।[74,136]

सामुदायिक कर्ता न केवल समुदाय के प्रमुख द्वारपाल के रूप में काम करते हैं, बल्कि वे टीबी प्रतिक्रियाओं में सरकारी और गैर–सरकारी कर्ताओं के बीच मध्यस्थता और समन्वय को बढ़ावा देने में भी मदद कर सकते हैं।

वन इम्पैक्ट कम्युनिटी–लेड मानिटरिंग कार्यवाई के क्षेत्र 2 में शुरू किया गया, टीबी में सामुदायिक भागीदारी और जवाबदेही के लिए अभिनव, अधिकार आधारित दृष्टिकोण है जो वैश्विक, क्षेत्रीय और राष्ट्रीय टीबी समुदायों द्वारा समर्थित है। यह टीबी पर अधिकार आधारित प्रतिक्रिया के लिए सामुदायिक सहभागिता, डेटा संग्रह और विश्लेषण, प्रतिक्रियाओं और प्रणालियों को अनुकूलित करने के लिए प्रौद्योगिकी का लाभ उठाता है। सामुदायिक नेतृत्व, देश के स्वामित्व, जन केंद्रितता, संस्थागतकरण और विकास के सिद्धांतों पर बनाए गए, वनइम्पैक्ट सीएलएम दृष्टिकोण को प्रभावित टीबी समुदायों द्वारा रणनीतिक मार्गदर्शन, समर्थन और जवाबदेही के लिए एनटीपी से निरंतर जुड़ाव के साथ डिज़ाइन, नेतृत्व और कार्यान्वयन किया गया। यह 26 देशों में कार्यान्वयन के छह वर्षों के अनुभव पर आधारित है।[73, 131] (केस स्टडी 40)

वन इम्पैक्ट कम्युनिटी –लेड मॉनिटरिंग (सीएलएम)

वन इम्पैक्ट एक डिजिटल मंच है जो टीबी प्रतिक्रिया के लिए सामुदायिक सहभागिता, सामुदायिक सशक्तिकरण और समुदाय के नेतृत्व वाले निगरानी समाधान का संचालन करता है। इसे स्टॉप टीबी पार्टनरशिप द्वारा प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज और तथा डयूर प्रौद्योगिकी के साथ मिलकर विकसित किया गया था, और इसमें तीन घटक शामिल है :

- डाउनलोड करने योग्य मोबाइल एप्लिकेशन, टीबी से प्रभावित लोगों को टीबी पर "चलती–फिरती जानकारी" प्रदान करती है, साथ ही उनके अधिकारों, टीबी से प्रभावित लोगों की देखभाल, प्रोत्त्साहन सेवाएँ, तथा चुनौतियों का जल्द समाधान करने के लिए साथियों से अप्रत्यक्ष संपर्क के बारे में जानकारी प्रदान करता है।
- प्रथम प्रतिवादी डैशबोर्ड, प्रतिवादियों को रिपोर्ट की गई चुनौतियों पर नज़र रखने, समन्वय करने और प्रतिक्रियाएँ जुटाने की अनुमति देता है।
- जवाबदेही डैशबोर्ड, समुदाय के अधिवक्ताओं को रिपोर्ट की गई चुनौतियों के रूझानों की निगरानी और विश्लेषण करने की अनुमति, तथा पक्षसमर्थन, कार्यवाई और प्रोग्रामेटिक परिवर्तन के लिए सीएलएम रिपोर्ट तैयार करें।

वर्ष 2017 से, सीएलएम एवं संबंधित सामुदायिक कार्यों का समर्थन करने के लिए 26 से अधिक परियोजनाओं/देशों में वनइम्पैक्ट लागू किया गया।

अनुभव 40 मानवाधिकार और जवाबदेही – फिलीपींस में उपलब्धियाँ

फिलीपींस में, स्वास्थ्य सेवा उपयोगकर्ताओं से जानकारी प्राप्त करने के लिए कई बार पहल की गई। इसमें टीबी समुदाय के नेतृत्व वाली निगरानी (सीएलएम) का संचालन और जवाब देही स्कोरकार्ड (अंकतालिका) का विकसित किया जाना शामिल है। वर्ष 2022 में, अचीव (ACHIEVE) के नेतृत्व में स्कोरकार्ड पहल ने राष्ट्रीय जवाब देही में टीबी प्रभावित समुदाय और नागरिक समाज के महत्वपूर्ण योगदान का प्रतिनिधित्व किया। इसमें कुछ दिलचस्प निष्कर्ष भी सामने आए। कुल मिलाकर, टीबी रोग से पीडित लोगों और टीबी उत्तरजीवियों (सर्वाइवरस) ने फिलीपींस में टीबी सेवाओं को 5 में से 4.25 अंक दिए गए हैं, जो दर्शाता है कि फिलीपींस टीबी कार्यक्रम में कई गुण भी हैं। हालाँकि, आगे के विश्लेषण से पता चलता है कि टीबी से पीड़ित लोगों को ठीक करने पर ध्यान केंद्रित करने से सेवाओं तक पहुँचने के दौरान उनके द्वारा अनुभव की जाने वाली कमियों पर असर पड़ सकता है। जिन अंतरालों की पहचान की गई, वे देश के टीबी सीआरजी मूल्याँकन के निष्कर्षों को दर्शाते हैं और इसमें शामिल हैं:

- डॉक्टरों और टीबी से प्रभावित लोगों के बीच अपर्याप्त संचार, जिसके परिणामस्वरूप उन्हें अपने उपचार के बारे में कुछ भी समझ नहीं आया;
- चिकित्सा सेवाओं की आवश्यकता वाले लोगों की संख्या के सापेक्ष अपर्याप्त चिकित्सा कर्मचारी; तथा
- उपचार तक अपर्याप्त पहुँच

टीबी में सीएलएम राष्ट्रीय कार्यक्रमों के कामकाज में महत्वपूर्ण अंतर्दृष्टि प्रदान कर सकता है, जिसमें सकारात्मक पहलू भी शामिल हैं तथा देखभल की गुणवत्ता बढ़ाने और टीबी प्रभावित समुदायों के सामने आने वाली सीआरजी से संबंधित बाधाओं को दूर करने के लिए तत्काल ध्यान देने से लाभ होगा।

टीबी समुदाय रिपोर्ट:

टीबी प्रभावित समुदाय टीबी कार्यक्रमों और सेवाओं के बारे में क्या कहते हैं ?

सामुदायिक स्कोरकार्ड वितरण सेवा की समीक्षा और मूल्यांकन करने तथा अपने जनादेश और अपने लोगों के प्रति सरकार की जवाबदेही सुनिश्चित करने का एक साधन है।

2022 में ए.सी.एच.आई.वी.ई. और पी.ए.एस.टी.बी. ने यू.एस.ए.आई.डी. के सहयोग से टीबी सेवाओं पर टीबी प्रभावित लोगों की प्रतिक्रिया प्राप्त करने के लिए सामुदायिक मानवाधिकार स्कोरबोर्ड विकसित किया।

टीबी स्कोरकार्ड सितंबर 2022 से नवंबर 2022 तक सात पायलट क्षेत्रों में स्थापित किया गया था।

अंक प्राप्त
5 में से 4.25

संपूर्ण टीबी अनुभव

स्कोरकार्ड प्रतिवादियों ने यह रेटिंग दी जो इस कथन की व्याख्या करता था, "यह ठीक है, सबसे महत्त्वपूर्ण बात ठीक होना है।"

यह रेटिंग कार्यक्रम के प्रति उत्तरदाताओं की सराहना को दर्शाती है, लेकिन साथ ही टीबी सेवाओं में कमियों को दूर करने के प्रति उनके झुकाव को दर्शाती है, उन कमियों को जिन्हें टीबी मुक्त पीएच के लिए ठीक करने की आवश्यकता है।

प्रमुख क्षेत्र

निदान

59.7%

(1,012 में से 604) उत्तरदाताओं ने कहा कि उन्होंने अपने एक्स–रे के लिए भुगतान कर दिया (–पी एच पी 150 से 400)।

60.5%

ने टीबी संपर्क ट्रेसिंग की प्रक्रिया से गुजरने की सूचना दी, और कहा कि घर के अन्य सदस्यों (83.8 प्रतिशत) की भी टीबी के लिए जांच की गई थी। हालाँकि, जांच किए गए लोगों में से केवल 77.6 प्रतिशत ने परीक्षण किए जाने की सूचना दी, और इसके अलावा केवल 25.7 प्रतिशत को टीबी निवारक चिकित्सा प्राप्त हुई।

उपचार

उपचार की शुरूआत, दुष्प्रभाव– 5.3 प्रतिशत ने निदान के बाद उपचार शुरू होने का इंतजार किया।

76.7 प्रतिशत ने दुष्प्रभाव का अनुभव होने की सूचना दी, लेकिन उनमें से 6.3 प्रतिशत ने कहा कि इन को संबोधित नहीं किया गया।

15.9%

ने कहा कि सुविधा स्थान बहुत सुलभ नहीं है क्योंकि वहाँ परिवहन महंगा है (91.3 प्रतिशत)।

93.3%

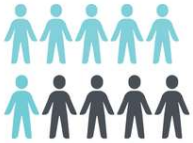
ने बताया कि उनकी जरूरतों को पूरा करने के लिए पर्याप्त कर्मचारी थे। हालाँकि, 4 प्रतिशत को लगा कि वे सहायक और मिलनसार नहीं थे।

अतिरिक्त लागत

टीबी का उपचार अक्सर रोगियों को बिना किसी कीमत के प्रदान किया जाता है, टीबी प्रभावित परिवारों द्वारा किए गए अतिरिक्त खर्च का उनके वित्त और उनके हित पर नकारात्मक प्रभाव पड़ सकता है।

स्कोरकार्ड में पाया गया कि जिन लोगों ने अपने एक्स रे के लिए भुगतान किया था, उनका इलाज ज्यादातर सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्रों में हुआ है।

लगभग 60 प्रतिशत उत्तरदाताओं द्वारा एक्स रे की लागत **₱150-₱400** का भुगतान किया जाता है।



सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं में एक्स रे के लिए भुगतान करने वालों में से 60.8 प्रतिशत ने बेरोजगार होने की सूचना दी।

कलंक और भेदभाव

13.7%
ने कार्यस्थल पर भेदभाव होने की सूचना दी।

10.4%
ने नौकरी के लिए आवेदन करने में कठिनाइयों की सूचना दी।

9.1%
ने बताया कि टीबी होने के कारण निष्कासन हो गया।

कोविड-19 महामारी

महामारी के दौरान कुल उत्तरदाताओं में से 68.68 प्रतिशत टीबी से पीड़ित थे।

14.6%

ने बताया कि जिस सुविधा पर उनका इलाज किया गया वह स्थान सुलभ नहीं था।

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE | ACHIEVE | PMSTB Philippine Alliance to Stop TB

@Courtesy ACHIEVE

वास्तविक समय के आंकड़े (रियल-टाइम डेटा)

(वास्तविक समय डेटा; रियल–टाइम डेटा) से तात्पर्य उस जानकारी से हैं जो उत्पन्न होते ही, उपयोग के लिए उपलब्ध करा दी जाती है।)

इसके अन्य निष्कर्षों में, एमएएफ–टीबी आँकलन यह भी प्रदर्शित करता हैं कि पचास प्रतिशत से अधिक देश अभी भी टीबी की वस्तुस्थिति की निगरानी (सर्वेलन्स) के लिए कागज पर ही सूचनाओं को अंकित करते हैं, अर्थात कागज–आधारित निगरानी पर निर्भर हैं, जिसमें त्रुटियाँ होने और विलम्ब (देरी) होने की संभावना होती है और सीआर–संबंधी अवरोधों को पूर्णतः नजर अंदाज कर देता हैं या अधिकतम् असंगत रूप से कब्जा कर लेता हैं।[74] हाल ही में एसटीपी और द ग्लोबल फंड द्वारा टीबी पर की जा रही डिजिटल निगरानी प्रणालियों का आँकलन किया गया, उन्होंने पाया कि 19 अत्यधिक प्रभावित देशों में उपयोग की जाने वाली इन प्रणालियों की परिपक्वता में वृहत स्तर की भिन्नता हैं।[72] इसमें तकनीकी, मानव संसाधन और बुनियादी ढांचे की बाधाएँ व्याप्त थी, जिसमें खराब इंटरनेट कनेक्टिविटी, आईटी संबंधी क्षमता, डेटा संचालित कार्यवाई का मार्गदर्शन करने के लिए एआई जैसे उन्नत विश्लेषण, निगरानी के लिए प्रणालियाँ शामिल थी। टीबी से पीड़ित लोगों की स्क्रीनिंग से लेकर उपचार पूरा होने तक, या विस्तृत डेटा प्राप्त करने के लिए मानकीकृत दृष्टिकोण की सामुदायिक बाधाएँ संनिहित थी।

टीबी के प्रति प्रतिक्रियाओं को वास्तविक समय डेटा द्वारा सूचित किया जाना चाहिए। डब्ल्यूएचओ ग्लोबल टीबी रिपोर्ट वार्षिक रिपोर्टिंग के लिए सबसे मजबूत वैश्विक निगरानी मंच हैं, 2020 में, यह टीबी पर राष्ट्रीय अधिसूचनाओं की मासिक रिपोर्टिंग को शामिल करने के लिए परिपक्व हो गया। यह अभी भी अपर्याप्त हैं और अन्य महामारियों और वैश्विक महामारियों की निगरानी में अपनाई गई निगरानी प्रणालियों से पीछे हैं। अगर हमें कभी वास्तविक समय डेटा को प्राथमिकता देने के विषय में पुनः याद दिलाने की आवश्यकता पड़े, फिर वैश्विक टीबी डेटा पर एक अद्यतन प्रस्तुत करना–एक महामारी के बीच में–महामारी से पहले के डेटा का उपयोग करना सबसे संभव उदाहरण हैं।

निष्कर्ष

आज, टीबी पर हुई सर्वप्रथम यूएनएचएलएम के पाँच साल बाद, 2018 के राजनीतिक घोषणा का लगभग कोई भी लक्ष्य हासिल नही किया गया हैं (कर पाये हैं)। दरअसल, हम कोविड–19 महामारी से पहले ही उक्त लक्ष्यों को प्राप्त करने में चूकने लगे थे। इस असफल नतीजे का परिणाम क्या हैं? इसके लिए किसे जिम्मेदार ठहराया जा सकता हैं और कैसे ? यह वह जवाब देही प्रणाली नहीं हो सकती, जिसके टीबी प्रभावित समुदाय हकदार हैं। जैसा कि हम उन हितधारकों और प्रणालियों की सराहना करते हैं जिन्होंने पिछले पाँच वर्षो में महत्वपूर्ण जीत हासिल की है, हम में से जो लोग टीबी के साथ जीवनयापन् कर रहे हैं और टीबी के विकास के जोखिमों का सामना करने के लिए अब उन नुकसानों को चुपचाप तर्कसंगत बनाने से संतुष्ट नहीं हैं, जहाँ महत्वपूर्ण लक्ष्यों से चूक गए थे। जैसा कि हम टीबी के प्रति एक पुनर्कल्पित प्रतिक्रिया का सृजन कर रहे हैं– इस रिपोर्ट में टीबी से प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज के योगदानकर्ताओं की समेकिम आवाज के माध्यम से व्यक्त होने वाली कार्यवाई के आह्वान के साथ–हम टीबी पर 2023 यूएनएचएलएम में जवाबदेही सुनिश्चित करने के लिए अधिक स्पष्ट और निडर दृष्टिकोण का आग्रह करते हैं।

इस रिपोर्ट में जैसा कि 40 केसों (प्रकरणों) के अध्ययन के अंतर्गत लोगों ने अपने अनुभव प्रमाणिक कथनों के माध्यम से प्रदर्शित किए है, जिसमें बताया गया है कि दुनिया भर में केवल मुट्ठी भर लोग सामुदायिक नेतृत्व वाली कार्यवाईयों का प्रतिनिधित्व करते हैं, टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज के पास टीबी के प्रति प्रतिक्रिया को सूचित करने एवं सहभागिता करने की अधिक व्यापक क्षमता हैं। वे सार्वजनिक सेवाओं के उपभोक्ता के रूप में, पहले से ही सरकार के कई क्षेत्रों के साथ निरंतर जुड़े हुए हैं। टीबी के अनुभव के विषय में उनके सहज ज्ञान को देखते हुए, इस प्राथमिकता वाले क्षेत्र में प्रगति को आगे बढ़ाने के लिए इससे बेहतर कोई सहयोगी नहीं हैं।

टीबी पर 2023 यूएनएचएलएम के लिए तत्कालिक अनुरोध

टीबी के लिए कार्यवाई, निर्णायक नेतृत्व और जवाबदेही सुनिश्चित करने के लिए हम राष्ट्राध्यक्षों से टीबी पर 2023 यूएनएचएलएम में भाग लेने और टीबी प्रतिक्रिया के लिए बढ़ी हुई प्रतिबद्धताओं में उनकी सहभागिता का आग्रह करते हैं। टीबी एक ऐसी बीमारी हैं, जो हमें गहराई से घातक तरीके से प्रभावित करती है और जो प्रतिदिन हमारे प्रियजनों को मार रही हैं। सभी देशों के प्रतिनिधिमंडलों में नागरिक समाज को शामिल करने के लिए, इस रिपोर्ट में कार्यवाई हेतु यूएचसी एवं पीपीपीआर ने आह्वान किया, अतः संबंधित यूएनएचएलएम के लिए ब्रीफिंग में उन्हें एकीकृत किया गया हैं, जो 2023 में भी हो रही हैं। हम महासभा के संयुक्त राष्ट्र (यूनाइटेड नेशंस) के अध्यक्ष से सह–सुविधाकर्ताओं, डब्ल्यूएचओ और एसटीपी के साथ, बहु हितधारक सुनवाई एवं यूएनएचएलएम के लिए अवधारणाओं, एजेंडा और वक्ताओं को निर्धारित करने में, टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज के साथ साझेदारी करने के लिए भी आग्रह करते हैं। हम यह सुनिश्चित करना चाहते हैं कि टीबी (से प्रभावित लोगों) को वह ध्यानाकर्षण मिले जिसके वे हकदार हैं, इसे संयुक्त राष्ट्र महासभा और स्वास्थ्य एचएलएम के व्यस्त एजेंडे द्वारा दरकिनार, वंचित और (स्वकेंद्रित लाभ हेतु) प्रयुक्त नहीं किया जाए।

क्रियान्वयन का आह्वान

बहुक्षेत्रीय कार्यवाई, निर्णायक नेतृत्व और जवाबदेही के लिए प्रतिबद्धता

- इस, टीबी की जवाबदेही रिपोर्ट में कार्यवाई के लिए किए गए आह्वान हेतु पत्रकारों, सांसदों, मशहूर हस्तियों एवं अन्य सार्वजनिक हस्तियों के साथ साझेदारी विकसित करें और क्रियान्वित करें।
- सभी हितधारकों की जवाबदेही एवं लक्ष्यों का प्राप्त होने को सुनिश्चित करने के लिए, जब अतिरिक्त तंत्र विकसित कर रहे हों तो क्षेत्र–व्यापी सहयोग को सुदृढ करें और टीबी के लिए मल्टीसेक्टोरल अकाउंटबिलिटी फ्रेमवर्क (एमएएफ) को अपनाएं।
- टीबी से प्रभावित समुदायों के सामने आने वाली वास्तविकताओं को समझने और उनका समाधान करने के लिए सीएलएम मॉडल को लागू करें। इन वास्तविक बाधाओं में टीबी को एक कलंक मानना और मानवाधिकारों का उल्लंघन शामिल है। और इन बाधाओं को दूर करने में समुदाय के नेतृत्व वाली कार्यवाईयों का दस्तावेजीकरण करें। इस डेटा का उपयोग राष्ट्रीय टीबी, पीपीपीआर एवं यूएचसी प्रतिक्रियाओं को सार्थक सहयोग देने में और सीआरजी के प्रति जवाबदेही को सुदृढ करने के लिए करे।
- राष्ट्रीय टीबी प्रतिक्रियाओं और मूल्याँकन में, बहुक्षेत्रीय कार्यवाई एवं जवाबदेही तंत्र में राज्य प्रमुखों, उच्चस्तरीय नेतृत्व और टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज को शामिल करें तथा उनकी प्रतिबद्धताओं को पीपीपीआर, एएमआर एवं यूएचसी की कार्यवाई में परिवर्तित कराएं, जिसमे टीबी पर 2023 यूएनएचएलएम भी शामिल हैं।
- डब्ल्यूएचओ से वास्तविक समय में निगरानी प्रणालियों और डेटा रिपोर्टिंग के लिए एक समयसारिणी और संक्रमणकालीन योजना विकसित करने का अनुरोध करें।
- देश समन्वय तंत्र (सीसीएम) एवं राष्ट्रीय प्रतिक्रियाओं की निगरानी और समीक्षा से संबंधित तकनीकी कार्य समूहों के अंतर्गत टीबी प्रभावित समुदायों एवं नागरिक समाज को शामिल करने का अधिकार दें, जिसमें बाद के वर्षो में जवादेही रिपोर्ट के विकास का समर्थन करने के लिए एसटीपी समुदाय और एनजीओ प्रतिनिधिमंडलों का समर्थन भी शामिल हैं।

संलग्नक:
कार्य-प्रणाली/क्रियाविधि

समीक्षा/अवलोकन

इस रिपोर्ट के लिए डेटा संग्रह उपकरण प्रथम डेडली डिवाइड रिपोर्ट के लिए विकसित किए गए थे। सर्वेक्षण आनॅलाइन पोस्ट किए गए, वे इंग्लिश (54.9 प्रतिशत), रूसी (16.3 प्रतिशत), फ्रेंच (15.7 प्रतिशत) और स्पेनिश (13.1 प्रतिशत) में पूरे हुए। साक्षात्कार निजी तौर पर वस्तुतः उत्तरदाताओं की प्राथमिकताओं के आधार पर, उपरोक्त इंगित भाषाओं और अन्य भाषाओं में आयोजित किए गए। सर्वेक्षण और साक्षात्कार के सभी प्रश्न वैकल्पिक थे। उत्तरदाताओं को अपना, संगठन और/या देश का नाम गुप्त (छिपाने) या प्रकट करने का विकल्प दिया गया और स्पष्ट रूप से आगामी रिपोर्ट में उस जानकारी में से किसी एक या सभी को साझा करने की अनुमति माँगी गई हैं। सर्वेक्षणों और साक्षात्कारों में उठाए गए बिंदुओं को प्रमाणित करने के लिए धूसर और प्रकाशित साहित्य से दस्तावेज एकत्र किए गए थे। एशिया, एंग्लोफोन अफ्रीका, पूर्वी यूरोप और मध्य एशिया, अमेरिका और उच्च आय वाले देशों से उभरे सर्वेक्षण और साक्षात्कार डेटा के आधार पर क्षेत्रीय विश्लेषण का मसौदा तैयार किया गया था। विश्व स्तर पर कार्य करने वाले व्यक्तियों के साक्षात्कार के डेटा को कथात्मक रूप से संश्लेषित किया गया था। अपरिष्कृत डेटा, क्षेत्रीय विश्लेषण और वैश्विक संश्लेषण का पुनरावर्ती विश्लेषण किया गया। टीबी प्रभावित समुदायों और नागरिक समाज द्वारा चिंहित कार्यवाई के प्राथमिकता वाले क्षेत्रों से संबंधित प्रमुख उपलब्धियों, अंतरालों और अवसरों को प्रकाश मे लाने के लिए छह मुख्य अध्यायों को विकसित किया गया था। इसकी समग्रता से प्रस्फुटित राजनीतिक प्रतिबद्धता के संबंध में उपलब्धियाँ में 2018 में टीबी पर प्रथत यूएनएचएलएम, डब्ल्यूएचओ की टीबी को समाप्त करने की रणनीति और टीबी प्रभावित समुदाय एवं नागरिक समाज की प्राथमिकताओं के संबंध में एक उपलब्धि, समुदाय की सर्वोत्त्म प्रथाओं और चुनौतियों के प्रकरणों का और संदर्भ संबंधित दिशानिर्देशों, रिपोर्टो, प्रकाशनों और संसाधन सामग्रियों के लिए, जिनमें सर्वेक्षण द्वारा अनुशंसित सामग्री भी शामिल है एवं उत्तरदाताओं का साक्षात्कार लें।

इस प्रयास से डेटा संग्रह, विश्लेषण और लेखल के चरण में छह महीने का समय लगा, हांलाकि सामुदायिक सहभागिता और इसकी योजना महीनों पहले आरम्भ हो गई थी। सर्वेक्षण और साक्षात्कार नवंबर एवं दिसंबर 2022 के मध्य पूर्ण किए गए। विश्लेषण और लेखन का कार्य दिसंबर 2022 और मार्च 2023 के बीच पूरा किया गया। इस रिपोर्ट के समन्वयक संगठन एफ्रो ग्लोबल एलायंस और स्टॉप टीबी पार्टनशिप थे। डेटा क्षेत्रीय प्रमुख, टीबी प्रभावित समुदायों के प्रतिनिधियों और नागरिक समाज–मेरिंडा सेबयांग (एशिया), ओलायाइड अकन्नी (एंग्लोफोन अफ्रीका), बर्ट्रेंड कम्पोएर (फ्रैंकाफोन अफ्रीका) तिमुर अब्दुल्लाव (पूर्वी यूरोप और मध्य एशिया), डेलियाना गार्सिया (अमेरिका), रोबिन वाइट (उच्च आय वाले देश), एवं वैश्विक सामाजिक विज्ञान टीबी शोधकर्ता अमृता दफतरी शामिल है।

डेटा को समेकित किया गया प्रत्येक नेतृत्व द्वारा क्षेत्रीय स्तर पर और वैश्विक स्तर पर एक साथ विश्लेषित किया गया, इस कार्य को शोधकर्ता पुष्पिता समीना और शीला नोरीगा मेस्टेंजा और उनकी टीम के द्वारा संपादित किया गया। इस रिपोर्ट का प्रथम मसौदा अमृता दफतरी के द्वारा तैयार किया गया था, और फिर इसे सभी प्रमुखों, समन्वय करने वाले संगठनों, तकनीकी कर्मियो और एक डिजाइन टीम के साथ समीक्षा एवं प्रतिक्रिया के लिए साझा किया गया था। इस रिपोर्ट के विषय के तरीकों और प्रक्रिया के बारे में अधिक जानने के इच्छुक किसी भी व्यक्ति को ईमेल आईडी – info@stoptbdevelopingngo.org पर सम्पर्क करने के लिए आमंत्रित किया जाता हैं।

अतिरिक्त तालिकाएँ

तालिका 7

अतिरिक्त तालिकाएँ

	टीबी से प्रभावित लोग, जिसमें टीबी उत्तरजीवी लोग शामिल हैं[1]	किसी संगठन का प्रतिनिधि१[1,2]	कुल
एशिया	14	76	90
अफ्रीका (फ्रैंकोफोन) (एंग्लोफोन)	69 (30) (39)	209 (105) (104)	328 (135) (193)
अमरीका	33	80	113
पूर्वी यूरोप और मध्य एशिया	63	77	140
उच्च–आय वाले देश	3	53	56
अज्ञात[3]	113	20	133
कुल	295	565	860

[1] स्व–चिन्हित

[2] समुदाय आधारित, नागरिक समाज अथवा अन्य संगठन जिसमें पत्रकार, शोधकर्ता, तकनीकी विशेषज्ञ, वित्तपोषक तथा सरकार अथवा संसद के प्रतिनिधि

Table 8

Interview respondents

Name	Country[1]	Primary affiliation
AFRICA **Anglophone Africa, Francophone Africa**		
Abedola Adams	Nigeria	TB Voices
Alberto Manhique	Mozambique	Association of Mozambican Mineworkers (AMIMO)
Anicet Digui	Cameroon	For Impacts In Social Health (FIS Cameroon)
Bertrand Odume	Nigeria	KNCV Tuberculosis Foundation
Carol Nawina	Zambia	Community Delegation to the Stop TB Partnership Board
Cecilia Senoo	Ghana	Hope for Future Generations (HFFG)
Daniel Ogbuabor	Nigeria	University of Nigeria Nsukka (UNN)
Deborah Ogwuche Ikeh	Nigeria	Global TB Caucus
Dembele Mathurin	Burkina Faso	National TB Program, Burkina Faso
Donald Denis Tobaiwa	Zimbabwe	Jointed Hands Welfare Organisation
Endalkachew Fekadu	Ethiopia	Volunteer Health Services
Evaline Kibuchi	Kenya	Stop TB Partnership Kenya
Fitsum Lakew Alemayehu	Ethiopia	WACI Health
Fourati Rachid	Tunisia	National TB Program, Tunisia
Gisèle Badoum	Burkina Faso	The Union
Ingrid Schoeman	South Africa	TB Proof
Jerry Amoah-Larbi	Ghana	National TB Voice Network
Jorge Mucambe	Mozambique	Association of Mozambican Mineworkers (AMIMO)
Joseph Kayira	Uganda	Philomera Hope Foundation
Kambou Edouard	Côte D'Ivoire	Alliance Nationale pour le Développement et la Santé en Côte D'Ivoire (Alliance Côte D'Ivoire)
Koffi N'guessan Blaise	Côte D'Ivoire	Aide Internationale pour le Développement Durable (AIDD)
Kouassi Koffi Anicet	Côte D'Ivoire	Collectif des Organisations de Lutte contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires en Côte d'Ivoire (COLTMR)
Lourenco Zunguene	Mozambique	Association of Mozambican Mineworkers (AMIMO)
Lynette Mabote	South Africa	UNITAID
Mahoumbou Jocelyn	Gabon	National TB Program, Gabon
Manefoue Fotsa Joséphine	Cameroon	TBpeople Cameroon
Mayowa Joel	Nigeria	Stop TB Partnership, Stop TB Partnership Nigeria
Mbitikon Olivia	Central Africa Republic	Independent
Moises Uamusse	Mozambique	Association of Mozambican Mineworkers (AMIMO)
Mombo Guy	Gabon	Réseau National pour la promotion de la santé sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes en population et Développement (RENAPSAJ)

Nana Gleeson	Botswana	Botswana Network on Ethics, Law and HIV/AIDS (BONELA)
Olivier Rusumba	Democratic Republic of Congo	Ambassadeurs de la Lutte contre la TB
Oluseyi Kadiri	Nigeria	Centre for Positive Health Organisation
Paulino Lai	Mozambique	Association of Mozambican Mineworkers (AMIMO)
Pedro Cumbane	Mozambique	Association of Mozambican Mineworkers (AMIMO)
Peter Ngola Owiti	Kenya	Stop TB Partnership Community Delegation
Pierre Claver Ndayizeye	Burundi	Alliance Burundaise contre le SIDA et pour la Promotion de la Santé (ABS)
Rhoda Igweta	Kenya	Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (EGPAF)
Rodrick Mugishagwe	Tanzania	Tanzania TB Community Network (TTCN)
Roger Paul Kamugisha	Uganda	Kuboresha – Africa Limited
Rosemary Mburu	Kenya	WACI Health
Sekouna Sélavie	Guinea	TBpeople Guinea
Thokozile Phiri Nkhoma	Malawi	Facilitators of Community Transformation (FACT)
Timothy Wafula	Kenya	Kenya Legal & Ethical Issues Network on HIV and AIDS (KELIN)
Watara Yahaya	Ghana	Community Delegation to the Stop TB Partnership Board
Yahaya Kasimu	Nigeria	TB Voices
AMERICAS		
Ana Carolina Gaillard	Argentina	TB Caucus of the Americas
Claudio Marte	Dominican Republic, Bolivia	TB Caucus of the Americas
Danytza Machado	Bolivia	Observatorio Social de Bolivia
Deccy Gonzalez	Colombia	Observatorio Social de Colombia
Emmanuel Carmona	Mexico	TB Caucus of the Americas
Eva Limachi	Bolivia	TB Caucus of the Americas Focal Point
Fatima Leticia Luna Lopez	Mexico	National TB Program, Mexico
Félix Ajpi	Bolivia	TB Caucus of the Americas
Francisco Olivares	Chile	TB Caucus of the Americas Focal Point
Franklin Ysaías Peña Villalona	Dominican Republic	TB Caucus of the Americas
Giorgio Franyuti	Mexico	Medical Impact
Hector Javier Sanchez Perez	Mexico	El Colegio de la Frontera Sur
Ignacio Ibarra	United States of America	Pan American Health Organization (PAHO)
Jaime Argueta	El Salvador	TB Caucus of the Americas
Juan Luis Castro	Chile	TB Caucus of the Americas
Kathy Britto	Dominican Republic	TB Caucus of the Americas
Leonid Lecca	Peru	Socios en Salud, TB Caucus of the Americas Focal Point
Luis Enrique Gallo Cantera	Uruguay	TB Caucus of the Americas
Luis Sanchez	Guatemala	TB Caucus of the Americas Focal Point
Marcia Leao	Brazil	Observatório Social do Brasil, TB Caucus of the Americas Focal Point
Marta Angelica Pineda de Navas	El Salvador	Australia-Japan Foundation

Myriam Caballero	Paraguay	Altervida
Noe Flores	Honduras	TB Caucus of the Americas Focal Point
Pastor Vera Bejarano	Paraguay	TB Caucus of the Americas
Pedro Avedillo	United States of America	Pan American Health Organization (PAHO)
Rasel Antonio Tomé Flores	Honduras	TB Caucus of the Americas
Sandra Patricia Escandon Moncaleano	Colombia	TB Caucus of the Americas Focal Point
Sarita Aguirre	Paraguay	National TB Program, Paraguay
Soledad Tamayo	Colombia	TB Caucus of the Americas
Sonia Marina Gutierrez Raguay	Guatemala	TB Caucus of the Americas
Victor Castillo	Panama	TB Caucus of the Americas
Zulma Unzain	Paraguay	Alvida, TB Caucus of the Americas Focal Point
ASIA		
Achut Sitaula	Nepal	Trisula Plus
Akramul Islam	Bangladesh	BRAC
Andrew Codlin	Vietnam	TB Help
Ani Hernasari	Indonesia	REKAT
Blessina Kumar	India	Global Coalition of TB Advocates (GCTA)
Budi Hermawan	Indonesia	Perhimpunan Organisasi Pasien (POP) TB Indonesia
Choub Sok Chamreun	Cambodia	KHANA
Elvi Siahaan	Indonesia	Yayasan Menara Agung Pengharapan Internasional
Heny Prabaningrum	Indonesia	PR Consortium STPI-Penabulu
Iman Abdurrakhma	Indonesia	Jaringan Indonesia Positif
Khuat Thi Thai Oanh	Vietnam	Center for Support Community Development Initiatives (SCDI)
Luan Nguyen	Vietnam	TB Relief
Lukman Hakim	Indonesia	Stop TB Partnership Indonesia
Mara Quesada	Philippines	ACHIEVE Philippines
Masaki Inaba	Japan	Global Africa-Japan Forum
Prashant Warier	India	Qure.ai
Priyanka Aiyer	India	Global Coalition of TB Advocates (GCTA)
Rachel Forse	Vietnam	Friends for International TB Relief (FIT)
Ramya Ananthakrishnan	India	Resource group for Education and Advocacy for Community Health (REACH)
RD Marte	Thailand	Asia Pacific Council of AIDS Service Organizations (APCASO)
Shilpa Karvande	India	Foundation for Medical Research (FMR)
Subrat Mohanty	India	NGO Delegation to the Stop TB Partnership
Thea Hutanamon	Indonesia	Stop TB Partnership Indonesia
Vidula Purohit	India	Foundation for Medical Research (FMR)

EASTERN EUROPE & CENTRAL ASIA		
Alesia Matusevich	Ukraine, Portugal	Global TB Caucus
Cristina Celan	Moldova	Centre for Health Policies and Studies (PAS Center)
Dilshat Khaitov	Kyrgyzstan	TBpeople Kyrgyzstan
Elena Rzhepishevskaya	Ukraine, Sweden	TBnet
Jamshed Murtazakulov	Tajikistan	Parliament of Tajikistan
Nikoloz Mirzashvili	Georgia	TBpeople Network
Olya Klymenko	Ukraine	TBpeople Ukraine
Safarali Naimov	Tajikistan	Stop TB Partnership Tajikistan
Yuliia Kalancha	Ukraine	TB Europe Coalition
HIGH INCOME COUNTRIES		
Amanda Banda	Switzerland	Médecins Sans Frontières (MSF)
Bertie Squire	United Kingdom	Liverpool School of Tropical Medicine
Caoimhe Smyth	Switzerland	Stop TB Partnership
Cheri Vincent	United States of America	U.S. Agency for International Development (USAID)
Clarisse Veylon-Hervet	France	French Ministry of Foreign Affairs
Colin Smith	United States of America	Results US
Draurio Barreira	Switzerland	UNITAID
Erick Fleutelot	France	Expertise France/L'initiative
Erika Arthun	United States of America	Bill & Melinda Gates Foundation
Fifa A Rahman	United Kingdom	Global Matahari Solution
Francesca Belli	Italy	Global Health Advocates
Gang Sun	Switzerland	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)
Gilles Cesari	Switzerland	The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
Hannah Monica Dias	Switzerland	World Health Organization Global TB Programme
Himanshu Patel	Canada	TBpeople Canada (+ 2 persons)
Hyeyoung Lim	Switzerland	Stop TB Partnership
Islam Tauhidul Islam	Switzerland	World Health Organization Global TB Programme
Jacqueline Huh	Switzerland	Stop TB Partnership
James Malar	Switzerland	Stop TB Partnership
Karishma Saran	Switzerland	FIND: Global Alliance for Diagnostics
Kate O'Brien	United States of America	We are TB (+ 3 persons)
Kate Thomson	Switzerland	The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
Katherine Horton	United Kingdom	The Union Working Group on Gender Equity in TB
Kavindhran Velen	Switzerland	FIND: The global Alliance for Diagnostics
Kelly Collins	United States of America	Dimagi
Kerry Millington	United Kingdom	LIGHT Research Consortium
Kobto Koura	France	The Union
Lana Syed	Switzerland	World Health Organization Global TB Programme

Lasha Goguadaze	Switzerland	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC)
Laurel Sprague	Switzerland	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)
Lindsay McKenna	United States	Treatment Action Group (TAG)
Lucica Ditiu	Switzerland	Stop TB Partnership
Nuccia Saleri	Switzerland	The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
Olive Mumba	Switzerland	The Global Fund
Patricia Waterous	Canada	Dimagi
Priya Amin	Canada	Stop TB Canada
Rhea Lobo	India, Denmark	Community Delegation to the Stop TB Partnership Board
Suvanand Sahu	Switzerland	Stop TB Partnership
Tereza Kasaeva	Switzerland	World Health Organization Global TB Programme
Véronica Noseda	France	Expertise France/L'initiative
Vinny Wooding	United Kingdom	Results United Kingdom
Viorel Soltan,	Switzerland	Stop TB Partnership
Wayne Van Gemert	Switzerland	Stop TB Partnership

[1] Regional classification is based on location of work and/or residence, although many respondents live and work in multiple countries/regions and/or globally. The writers of this report apologize for any errors.

Table 9

Organizations represented in surveys and interviews

100 Percent of Life, Ukraine
Act for Involvement, Moldova
Action against AIDS, Germany
Action des jeunes pour la lutte contre la tuberculose (AJLTB), Chad
Action for Health Initiatives, Inc. (ACHIEVE), Philippines
Action for Peace, Education and the Defense of Human Rights (APEDH), Democratic Republic of Congo
Advocacy Network Africa (AdNetA), Kenya
Advocates for Health and Development Initiative (AHDI), Nigeria
Advocates of Hope for Community (AHFCO), Eswatini
AIDS Foundation East West-Kyrgyzstan (AFEW), Kyrgyzstan
Affirmative Action, Cameroon
Afric'Mutualite, Benin
Africa Biodynamic Centre (ABC), Ghana
Africa Coalition on Tuberculosis (ACT!), Nigeria
Africa Global Alliance
Africa University FACT Partnership
Afrihealth Optonet Association, Niger
Afro Global Alliance, Ghana
AGBB
Aide Internationale pour le Développement Durable (AIDD), France
AIDS-Fondet, Denmark
Aisha Buhari Foundation, Nigeria
Ajuda De Desenvolvimento de Povo para Povo (ADPP), Angola
Albergue las Memorias A.C., Mexico
Alliance Burundaise contre le SIDA et pour la Promotion de la Santé (ABS), Burundi
Alliance Burundaise pour la Lutte contre la Tuberculose, la lèpre et les autres Maladies (ABTL), Burundi
Alliance for Public Health, Ukraine
Alliance Myanmar, Myanmar
ALVIDA, Paraguay
Amoru AIDS Support Community Initiative, Uganda
Andres Soriano Foundation,
Community Advocacy Against Poverty, Ghana
Community Consortium STPI-Penabulu, Indonesia
Community Delegation to the Stop TB Partnership Board
Community Empowerment for Peace and Health Initiative (CEPI), Nigeria
Community Humanitarian Inter-livelihoods and Emergency (CHIEF), South Sudan
Concern Health Education Project (CHEP), Ghana
Convictus Ukraine, Ukraine
Corporacion Casa de Amigos con Alcance, Colombia
Corresponsales Clave, Peru
Country Coordinating Mechanism, Belarus
Damien Foundation, Nigeria
Debriche Health Development Centre, Nigeria
Délégation Régionale de la Santé Publique du Centre, Cameroon
Department of Health and Family Welfare, India
Descom Global Care Initiative TB Network Anambra Chapter, Nigeria
Dimagi Inc., United States
Disaster and Environmental Management Trust, Zimbabwe
Diversity and Solidarity Trust, Sri Lanka
Dopasi Foundation, Pakistan
Dream Weaver Organization, Ghana
Dynamics of the Francophone Africa Response to Tuberculosis (DRAF TB), Cameroon
Eastern Africa National Network of AIDS and Health Service Organization, Tanzania
Eden Spring of Hope, Ghana
EKB, Ukraine
Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (EGPAF), Kenya
Enable the Disable Action (EDA), Democratic Republic of Congo
Facilitators of Community Transformation (FACT), Malawi
Khmelnitsky National University Training Center for Distance Education, Ukraine
Khulna Mukti Seba Sangtha (KMSS), Bangladesh
KNCV Indonesia (YKI), Indonesia
KNCV Tuberculose Foundation, The Netherlands
Kuboresha-Africa Limited, Uganda
Latin American and Caribbean Network of Environmental Fund (RedLAC), Ecuador
Leiden University Medical Center (LUMC), The Netherlands
Lesotho Country Coordinating Mechanism (LCCM), Lesotho
LHL International Tuberculosis Foundation Norway
Liga Antituberculose Colombiana, Colombia
LIGHT Research Consortium, United Kingdon
L'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) Mauritanie, Mauritania
Liverpool School of Tropical Medicine, United Kingdom
London School of Hygiene and Tropical Medicine, United Kingdom
MAD Consulting, Kazakhstan
Makueni ExTB TB networking support group, Kenya
Malawi-Liverpool-Wellcome Clinical Research Programme (MLW), Malawi
Media for Social Change and Development, Nigeria
Medical Impact, Mexico
Médecins Sans Frontières (MSF)
Medicines Patent Pool (MPP), Switzerland
Melita Matiso Multipurpose Centre, South Africa
Menara Agung Pengharapan (MAP) Foundation International, Indonesia
Mesa Tem tica de VIH y Derechos Humanos (MCP-ES), El Salvador
Methadone Family Against Drug Abuse, Tanzania
Middle East and North Africa Harm Reduction Association
Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME), Burkina Faso
Réseau Ivoirien des organisations de personnes vivant avec le VIH-SIDA (RIPPlus), Cote d'Ivoire
Reseau National des Associations de lutte contre la Tuberculose et la Co-infection TB/VIH ALT, Centrafrique
Réseau Nigérien des Personnes vivant avec le VIH/Sida (RENIP+), Niger
Respiratory Society of Kenya (ReSoK), Kenya
Respiratoires en Cote d'Ivoire, Cote d'Ivoire
Resource Group for Education and Advocacy for Community Health (REACH), India
RESULTS United Kingdom
RESULTS United States
Rhodapomak Lifeskills Foundation
Roots Link Africa
Rural Health Advocacy Project, South Africa
SAFI, Tajikistan
Saglamliga Khidmat, NGO, Azerbaijan
SCDI, Vietnam
SCORE TB Ghana
Seek To Save Foundation, Ghana
Service de Pneumologie Hôpital Fann / Task Force recherche opérationnelle tuberculose, Senegal
SHDEPHA+ Network, Tanzania
Shepherd for Health Environment Advocacy and Development Centre, Nigeria
SID, Lebanon
Sir HN Hospital and Research Centre, Mumbai, India
Society for Family Health, Nigeria
Society for Positive Atmosphere and Related Support to HIV and AIDS (SPARSHA) Nepal
Socios En Salud, Peru
SORAK Development Agency, Uganda
SOS Tuberculosis and Respiratory Diseases (SOS TBMR), Morocco
Sous-direction lutte contre le VIH, Senegal

Inc., Philippines
Antenne Régionale Abengourou, Côte d'Ivoire
Aramis, Congo
Asia Pacific Council of AIDS Service Organization (APCASO)
Asociacion Benefica Ser Humano, Spain
Asociación Salvadoreña Para La Formación Y Capacitación Integral Sostenible, El Salvador
Assocation Chabab El Borj, Morocco
Association Affiliate Network, Kyrgyzstan
Association des Anciens Patients Tuberculeux du Bénin, Bénin
Association des Femmes Actives pour le Développement, Guinea
Association of Mozambican Mineworkers (AMIMO), Mozambique
Association For Promotion Sustainable Development, India
Association for Rural Area Social Modification, Improvement and Nestling (ARASMIN), India
Association for Social Development, Pakistan
Association Health Mission, Serbia
Association of Brothers and Sisters United (AFSU), Cameroon
Association of Former Tuberculosis Patients (ASSAP), Benin
Association of People Affected by Tuberculosis (ASPAT), Peru
Honduran Association Against Tuberculosis in Honduras, Honduras
Association rêve de vivre positive (ARV Positive), Algeria
Australia Japan Foundation (AJF), Japan
Association des Volontaires pour le Triomphe des Initiatives de Développement à la Base (AVOTRIDEB), Benin
B Control Program, Pakistan
BAK-AIDS BAKWATA, Tanzania
Bangladesh Garments Manufacturers and Exporters Association (BGMEA), Bangladesh
Be Glad Care and Support Foundation, Nigeria
Bill & Melinda Gates Foundation*, United States
Blossom Trust, Virudhunagar, Family Support Centre, Ukraine
Family Welfare Foundation, Tanzania
Faol, Uzbekistan
Federal University of Sciences Otukpo, Nigeria
FIND: The Global Alliance for Diagnostics, Switzerland
Focus Droits et Acces-asbl (FDA), Democratic Republic Congo
Fondation femme plus (FFP), Democratic Republic of Congo
For Impact in Social Health (FIS), Cameroon
Foundation for Environmental Watch (FEW), Ghana
Foundation for Medical Research, India
Fraser Health Region, Canada
Fraternité, Cote d'Ivoire
Free Zone, Ukraine
French Ministry of Foreign Affairs, France*
Friends for International TB Relief (FIT), Vietnam
Frontera Sur School (ECOSUR), Mexico
Fundación Grupo Efecto Positivo (FGEP), Argentina
Gender Perspective and Social Development Centre (GPSDC), Nigeria
Georgetown Global Health LLC, Cameroon
Ghana Health Service, Ghana
Ghana HIV & AIDS Network, Ghana
Global Africa-Japan Forum, Japan
Global Alliance for Human Rights, India
Global Alliance of National Human Rights (GANHRI), India
Global Fund Advocates Network Asia Pacific (GFAN AP), Singapore
Global Health Advocates, Italy
Global TB Caucus - EECA Region
Global Coalition of TB Activists (GCTA)
Government of Tajikistan, Tajikistan
Great Lakes Agency for Peace and Development Africa (GLAPD), Australia
Greater Life Empowerment Access Initiative, Nigeria
Guinean Alliance for Civil Society (AGUISOC), Guinea
Guinéenne Émancipées pour le Progrès et la Citoyenneté (GEPC), Guinea
(MENAHRA), Lebanon
Middle East and North Africa International Treatment Preparedness Coalition(MENA ITPC), Morocco
Ministry of Health, Saudi Arabia
Ministry of Health, Somalia
Ministry of Health Isiolo, Kenya
Monde des Enfants pour l'Atténuation de la Pauvreté du Frère Rural au Togo (MECAP FR TG), TOGO
Mongolian Tuberculosis Coalition, Mongolia
Movement Against TB, HIV/AIDS and Malaria in Nigeria (MATHAMAN), Nigeria
Multidimensional Resource Centre Nepal, Nepal
Murna Foundation, Nigeria
Mwitikio wa Kudhibiti Kifua Kikuu na Ukimwi Tanzania (MKUTA), Tanzania
Nari Maitree, Bangladesh
National Alliance for Development and Health in Cote D'Ivoire, Cote D'Ivoire
National Autonomy University of Mexico, Mexico
National Centre for Infectious Diseases, Singapore
National Collaborating Centre for Infectious Disease, Canada
National Collective of General Practitioners of Morocco (MG Maroc), Morocco
Nacional Federico Villarreal University, Peru
National Institute for Research in Tuberculosis, India
National Organization of Peer Educators (NOPE), Kenya
National Pirogov Memorial Medical University, Ukraine
National Reference Tuberculosis Laboratory, Portugal
National Research Center for Phthisiopulmonology, Kazakhstan
National TB Elimination Programme, India
National Tuberculosis and Leprosy Control Program, Uganda
National TB Control Program, Pakistan
National TB Program, Burkina Faso
National TB Program, Mexico
National TB Program (PNLT), Chad
National TB Program (PNLT), Gabon
South Africa Miners Association (SAMA), South Africa
Southeastern National TB Center Southern, United States
Southern African Miners Association (SAMA), South Africa
SPIN Plus, Tajikistan
Sportsmen / Women Fighting HIV and TB (SPOFA), Kenya
Social Science and Health Innovation for Tuberculosis (SSHIFTB), Canada
STEPS Tanzania
Stop TB Partnership
Stop TB Partnership Canada
Stop TB Partnership Ghana
Stop TB Partnership Indonesia
Stop TB Partnership Kenya
Stop TB Partnership Mozambique
Stop TB Partnership Tajikistan
Stop TB Partnership Ukraine
Strategic Coalition against Tuberculosis, Cameroon
Sustainable Development and Cooperation of Sweden in Bolivia (ASDI), Bolivia
Synergie des Organisations de la Société Civile pour la promotion des droits humains et de l'environnement, Democratic Republic of Congo
Tanzania Advocacy Centre for Development (TACEDE), Tanzania
Tanzania Health Promotion Support (THPS)
Tanzania STP Co/Health Promotion Tanzania (HDT), Tanzania
Tanzania TB Community Network, Tanzania
TB Caucus of the Americas
TB Caucus of the Americas Focal Point, Chile
TB Coalition, Azerbaijan
TB Coalition Americas, Colombia
TB Help, Vietnam
TB HIV Care, South Africa
TBnet Sweden
TBnet Ukraine
TBpeople Canada, Canada
TBpeople Global, United Kingdom
TBpeople Network, Georgia
TBpeople Philippines Organization Inc., Philippines
TBpeople-Kyrgyzstan, Kyrgyzstan
TBpeople-Ukraine, Ukraine
TB Proof, South Africa
TB Relief, Vietnam

India
Botswana Network on Ethics, Law and HIV/AIDS (BONELA), Botswana
BRAC, Bangladesh
Bridge Consultants Foundation, Pakistan
Buzurg, Tajikistan
Cambodian Health Committee (CHC), Cambodia
Campaigns in Global Health, United Kingdom
Catholic Relief Services (CRS), Cameroon
Cavite Positive Action Group
The Jch Advocacy Inc., Philippines
Centre Cinématographique Marocain (CCM), Morocco
Centenary Institute, Australia
Center for Development of Community Health Initiatives (C&E), Vietnam
Center for Support Community Development Initiatives (SCDI), Vietnam
Center Imkon, Uzbekistan
Centers for Disease Control and Prevention (CDC), United States
Centre de Recherche et d'Éducation Pour le Développement (CREPD), Cameroon
Centre for Community Health and Poverty Alleviation (CHEPA), Nigeria
Centre for Healthworks Development and Research Initiative (CHEDRES), Nigeria
Centre for Infectious Disease Research in Zambia (CIDRZ), Zambia
Centre for Positive Health Organization (CEPHO), Nigeria
Solidarity and Social Action Centre (SAS), Cote d'Ivoire
CEPVV Foundation, Ecuador
Cercle d'Entraide et d'Assistance des Mères (CEAM), Cameroon
Chernihiv Network, Ukraine
Chernivsti Regional Clinical Tuberculosis Dispensary, Ukraine
Child Health Foundation, Ghana
Civil Association Angel Azul, Peru
Civil Society for the Eradication of Tuberculosis in Nigeria, Nigeria (TB NETWORK)
Civil Society for HIV/AIDS in Nigeria (CiSHAN), Nigeria
Civil Society in Malaria Control, Immunization and Health and Development Alliance (HEAD), Cambodia
HOMES Fountain, Ghana
Honorary Commission for the Fight against Tuberculosis and Prevalent Diseases (CHLAEP), Uruguay
Hope and Life, Uzbekistan
Hope for Children and Youth Foundation Trust, Zimbabwe
Hope for Future Generations (HFFG), Ghana
Hope Givers Care and Support Organisation, India
Hospital Barros Luco, Chile
Humana People To People India, India
Ifakara Health Institute, Tanzania
Infervision, Germany
Innovations for Community Health, Philippines
Innovations for Development (I4DEV), Uganda
Inspire Trans Movement Uganda, Uganda
Institut Pasteur, France
Institut pour la gouvernance et éducation électorale, Congo
Institute of Allergy and Clinical Immunology of Bangladesh (IACIB)
Institute of Lung Diseases and Tuberculosis, North Macedonia
Integrated Development in Focus, Ghana
International Association of Solidarity for Development (AISD), Benin
International Centre for Diarrheal Disease Research (ICDDR,B), Bangladesh
International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC), Switzerland
International pour le développement de l ingénierie conseil (IDEV-ic), Senegal
International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, France
IRNIB, Azerbaijan
Health Authorities Mexico (ISESALUD), Mexico
Janna Health Foundation, Nigeria
Jaringan Indonesia Positif, Indonesia
Jeunesse Actions Développement Solidarité (JADES), France
Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Switzerland
Jointed Hands Welfare
National Tuberculosis Program, Kenya
National TB Program, Paraguay
National TB Program (PNLT), São Tomé and Príncipe
National TB Voice Network, Ghana
National Youth Network for Sexual and Reproductive Health Issues (RENAP/SAJ), Gabon
Network for Empowerment in Rural Areas and Townships (NERAT), Nigeria
Network of AIDS Service Organization (NASOSS), South Sudan
Network of People Living with HIV and AIDS in Nigeria (NEPWHAN), Nigeria
New Vector, Georgia
Observa TB Colombia
Majlisi Oli, Tajikistan
ONGAWA, Senegal
Organisation pour la Protection de l'environnement et la Sauvegarde des Valeurs Traditionnelles (OPESVaT), Benin
Pan American Health Organization (PAHO)
Paradiso TB Patients Trust, Malawi
Partners in Health, Kazakhstan
Centre for Health Policies and Studies (PAS), Moldova
Patients Friend Foundation, Ghana
Peace Heritage Foundation, Nigeria
Penabulu Foundation, Indonesia
Pennsylvania Department of Health, United States
Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI), Indonesia
Perhimpunan Organisasi Pasien (POP) TB Indonesia
Philomera Hope Foundation, Uganda
Pijet, Cameroon
Pinnacle Health Foundation, Indonesia
Pitambara jan kalyan Trust, India
Positive Effect Group Foundation, Argentina
Prevention Relief Organisation Congo (OCPS), Congo
Prakruthi Social Service Society, India
Precious Life Foundation, Nigeria
Prisma, Peru
Programa departamental
TB Social Observatory of Bolivia (OSTB), Bolivia
TB Social Observatory of Brazil (OSTB), Brazil
TB Social Observatory of Colombia (OSTB), Colombia
TB Social Observatory of Guatemala (OSTB), Guatemala
TB Social Observatory of Mexico (OSTB), Mexico
TB Voices, Nigeria
TB Women Global
The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Switzerland
The Union, France
The Union Working Group on Gender Equity in TB, United Kingdom
Total Care Foundation, Ghana
Transgender Equality, Uganda
Translational Health Science and Technology Institute (THSTI), India
Treatment Action Group (TAG), United States
Trisula Plus, Nepal
Tuberculosis Research and Prevention Center, Armenia
Tupambane na Kifua Kikuu na UKIMWI (TUKIKIZA), Zanzibar
Turkana Bio Aloe Organization (TUBAE), Kenya
Ubunye Foundation, South Africa
Uganda Catholic Medical Bureau, Uganda
Union fait la force de kolaboui, Guinea
UNITE, Global (Argentina)
University of El Salvador, El Salvador
University of Zaragoza, Spain
University Hospitals Birmingham, United Kingdom
University of California, USA
University of Nigeria Nsukka (UNN), Nigeria
University of Sheffield, United Kingdom
University of Zimbabwe, Zimbabwe
U.S. Agency for International Development (USAID), United States
V. N. Karazin Kharkiv National University, Ukraine
Veremsiz Heleja Dogri, Azerbaijan
Vladimir TB Centre, Russia
Volunteer Health Services, Indonesia
WACI Health, South Africa
We are TB, United States
Willing & Caring Hands

Nutrition (ACOMIN), Nigeria
Civil Society Movement Against Tuberculosis in Sierra Leone, Sierra Leone
Clinic of Pulmonary Diseases, Romania
Club des Amis Damien, Republic of Congo
Civil Society Coalition Nigeria (CONISOC TB), Nigeria
Civil Society in Malaria Control, Immunization and Nutrition (ACOMIN), Nigeria
Coalition of Women Living with HIV and AIDS in Malawi (COWHLA), Malawi
Codea, Democratic Republic of Congo
Collectif des Organisations de Lutte contre la Tuberculose et les Maladies (COLMTR) , Cote d'Ivoire
College of Agriculture and Animal Science Bakura Zamfara State, Nigeria
Communities, Alliances & Networks (CAAN), Canada
Organisation, Zimbabwe
Justice Development and Peace Caritas, Nigeria
Karnataka Health Promotion Trust (KHPT), India
Kazakhstan Association of Phthisiopulmonologists, Kazakhstan
Kazakhstan Union of People Living with HIV (PLHIV-Kat), Kazakhstan
Kenko Foundation, Cameroon
Kenya Legal & Ethical Issues Network on HIV and AIDS (KELIN), Kenya
Kenya Malaria Youth Army, Kenya
Kenyan Citizens 4 Good Governance, Kenya
Key Interventions to Develop Systems and Services for Orphans and Vulnerable Children (KIDSS), Cameroon
Khadija Mahmood Trust Hospital, Pakistan
Khmer HIV/AIDS NGO Alliance (KHANA), Cambodia
de control de la Tuberculosis Santa Cruz, Bolivia
Provincial TB Control Program Punjab, Pakistan
Psy d'Afrique, Republic of Congo
Public Union for Development and Welfare, Azerbaijan
Punjab Bar Council, Pakistan
Pyi Gyi Khin (PGK), Myanmar
Quire.ai, India
REACH Ethiopia
Real Opportunities Network, Ghana
Red Crescent Society, Azerbaijan
Red Latinoamericano por el acceso a medicamentos (RedLAM), Argentina
Regional Expert Group on Migration and Health (REG), Georgia
Rekat Peduli Foundation, Kenya
Rekat Peduli Indonesia (REKAT), Indonesia
Foundation (WICAF), Nigeria
Women and Development Network in North Kivu (REFED-NK), Democratic Republic of Congo
Women with Dignity, Tanzania
World Bank, United States
World Health Organization (WHO), Switzerland
World Health Organization (WHO), Europe office, Denmark
World Health Organization (WHO) Global TB Programme, Switzerland
Youth AID Initiative Ghana, Ghana
Youth Development Foundation (YDF), Cameroon
Youth Gate Zimbabwe Trust, Zimbabwe
Zatumbi Entertainment Youth Group, Kenya
Zimbabwe National Network for People Living with HIV, Zimbabwe

Organization names were drawn from survey and interview responses. Duplicate entries were removed. Country networks/ chapters of global organizations are listed and counted as a collective. The writers of this report apologize for any errors.

1. Political Declaration of the United Nations General-Assembly High-Level Meeting on the Fight Against Tuberculosis. 2018. https://www.who.int/publications/m/item/political-declaration-of-the-un-general-assembly-high-level-meeting-on-the-fight-against-tuberculosis.

2. Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. 2015. https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981.

3. WHO End TB Strategy. World Health Orgazniation, Geneva. 2015. http://www.who.int/tb/post2015_strategy/en/.

4. Global Plan to End TB 2016-2020. Stop TB Partnership, Geneva. https://www.stoptb.org/global-plan-to-end-tb-2016-2020-1 Note the Plan was later revised in light of the 2018 UNHLM on TB Political Declaration.

5. WHO Global Tuberculosis Report. World Health Organization, Geneva. 2022. https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022.

6. The Global Plan to End TB 2023-2030. Stop TB Partnership 2022. https://omnibook.com/view/dc664b3a-14b4-4cc0-8042-ea8f27e902a6 https://omnibook.com/embedview/dc664b3a-14b4-4cc0-8042-ea8f27e902a6/en.

7. A Deadly Divide: TB Commitments vs TB Realities. Stop TB Partnership, Geneva. 2020. https://www.stoptb.org/deadly-divide-tb-commitments-vs-tb-realities-final-report-english.

8. Citro B, Lyon E, Mankad M, Pandey KR, Gianella C. Developing a Human Rights-Based Approach to Tuberculosis. 2016. 18(1): 1–7. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5070676/.

9. Words matter: Suggested language and usage for tuberculosis communications. Stop TB Partnership, Geneva. 2022. https://www.stoptb.org/words-matter-language-guide.

10. Citro B, Soltan V, Malar J, et al. Building the Evidence for a Rights-Based, People-Centered, Gender-Transformative Tuberculosis Response: An Analysis of the Stop TB Partnership Community, Rights, and Gender Tuberculosis Assessment. Health Hum Rights 2021; 23(2): 253–67. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8694305/

11. Pipeline Report 2022. Tuberculosis Diagnostics. Treatment Action Group, New York. https://www.treatmentactiongroup.org/resources/pipeline-report/2022-pipeline-report/.

12. WHO Rapid communication: TB antigen-based skin tests for the diagnosis of TB infection. World Health Organization, Geneva. 2022. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UCN-TB-2022.1.

13. WHO Consolidated guidelines on tuberculosis: module 2: screening: systematic screening for tuberculosis disease. World Health Organization, Geneva. 2021. https://www.who.int/publications/i/item/9789240022676.

14. WHO Global report on infection prevention and control: Executive summary. World Health Organization, Geneva. 2022. https://apps.who.int/iris/handle/10665/354553.

15. Hargreaves JR, Boccia D, Evans CA, Adato M, Petticrew M, Porter JDH. The Social Determinants of Tuberculosis: From Evidence to Action. American Journal of Public Health 2011; 101(4): 654–62. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3052350/

16. WHO Consolidated guidelines on tuberculosis. Module 3: Diagnosis – rapid diagnostics for tuberculosis detection 2021 update. World Health Organization, Geneva. 2021. https://www.who.int/publications/i/item/9789240029415.

17. Dorman SE, Nahid P, Kurbatova EV, et al. Four-Month Rifapentine Regimens with or without Moxifloxacin for Tuberculosis. N Engl J Med 2021; 384(18): 1705–18. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2033400

18. WHO Treatment of drug-susceptible tuberculosis: rapid communication. World Health Organization, Geneva. 2021. https://www.who.int/publications/i/item/9789240028678.

19. WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 4: treatment: drug-susceptible tuberculosis treatment. World Health Organization, Geneva. 2022. https://www.who.int/publications/i/item/9789240048126.

20. Ghazy RM, El Saeh HM, Abdulaziz S, et al. A systematic review and meta-analysis of the catastrophic costs incurred by tuberculosis patients. Scientific Reports 2022; 12(1): 558. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8752613/

21. Shaw JA, Allwood BW. Post-tuberculosis lung disease: Exposing the elephant in the room. Afr J Thorac Crit Care Med 2021; 27(2): 10.7196/AJTCCM.2021.v27i2.150. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8327676/

22. Cáceres G, Calderon R, Ugarte-Gil C. Tuberculosis and comorbidities: treatment challenges in patients with comorbid diabetes mellitus and depression. Ther Adv Infect Dis 2022; 9: 20499361221095831-. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9130847/

23. Tuberculosis and HIV. UNAIDS. 2022. https://www.unaids.org/en/resources/infographics/tuberculosis-and-hiv.

24. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 4: treatment - drug-resistant tuberculosis treatment, 2022 update. World Health Organization, Geneva. 2022. https://www.who.int/publications/i/item/9789240063129.

25. DR-TB Drugs Under the Microscope, 8th Edition. Access Campaign. Médecins Sans Frontières. 2022. https://www.msfaccess.org/dr-tb-drugs-under-microscope-8th-edition.

26. Mukunth V. Explained | Bedaquiline, India's anti-tuberculosis fight, and a patent battle. The Hindu. 25 Mar. 2023. https://www.thehindu.com/sci-tech/health/bedaquiline-drug-resistant-tuberculosis-patent-law-safety/article66657638.ece.

27. WHO operational handbook on tuberculosis: module 5: management of tuberculosis in children and adolescents. World Health Organization, Geneva. 2022. https://www.who.int/publications/i/item/9789240046832.

28. Reuter A, Hughes J, Furin J. Challenges and controversies in childhood tuberculosis. The Lancet 2019; 394(10202): 967–78. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31526740/

29. Global AIDS Monitoring. UNAIDS. 2022. https://www.unaids.org/en/global-aids-monitoring.

30. Noubiap JJ, Nansseu JR, Nyaga UF, et al. Global prevalence of diabetes in active tuberculosis: a systematic review and meta-analysis of data from 2·3 million patients with tuberculosis. Lancet Glob Health 2019; 7(4): e448-e60. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30819531/

31. Janse Van Rensburg A, Dube A, Curran R, et al. Comorbidities between tuberculosis and common mental disorders: a scoping review of epidemiological patterns and person-centred care interventions from low-to-middle income and BRICS countries. Infectious Diseases of Poverty 2020; 9(1): 4. https://idpjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40249-019-0619-4

32. Ehrlich R, Akugizibwe P, Siegfried N, Rees D. The association between silica exposure, silicosis and tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health 2021; 21(1): 953. https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-10711-1

33. Sinha P, Lönnroth K, Bhargava A, et al. Food for thought: addressing undernutrition to end tuberculosis. Lancet Infect Dis 2021; 21(10): e318-e25. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8458477/

34. Marais BJ, Lönnroth K, Lawn SD, et al. Tuberculosis comorbidity with communicable and non-communicable diseases: integrating health services and control efforts. The Lancet Infectious Diseases 2013; 13(5): 436-48. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23531392/

35. WHO Framework for collaborative action on tuberculosis and comorbidities. World Health Organization, Geneva. 2022. https://www.who.int/publications/i/item/9789240055056.

36. Salomon A, Law S, Johnson C, et al. Interventions to improve linkage along the HIV-tuberculosis care cascades in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. PloS one 2022; 17(5): e0267511. https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0267511

37. Tackling comorbidities and addressing TB in vulnerable populations. World Health Organization, Geneva. https://www.who.int/activities/tackling-comorbidities-and-addressing-tb-in-vulnerable-populations.

38. Engaging private health care providers in TB care and prevention: a landscape analysis, second edition. World Health Organization, Geneva. 2021. https://apps.who.int/iris/handle/10665/333886.

39. Koura KG, Harries AD, Fujiwara PI, et al. COVID-19 in Africa: community and digital technologies for tuberculosis management. Int J Tuberc Lung Dis 2020; 24(8): 863-5. https://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtld/2020/00000024/00000008/art00020

40. Destruction and Devastation: One Year of Russia's Assault on Ukraine's Health Care System. Atrocities (eyeWitness), Insecurity Insight, the Media Initiative for Human Rights (MIHR), Physicians for Human Rights (PHR), and the Ukrainian Healthcare Center (UHC). 2023. https://phr.org/wp-content/uploads/2023/02/REPORT-Destruction-and-Devastation-Ukraine-Feb-21-2023-ENG-WebOptimized.pdf.

41. WHO Model Lists of Essential Medicines. World Health Organization, Geneva. https://www.who.int/groups/expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines/essential-medicines-lists.

42. UNHLM on TB Key Targets and Commitments for 2022. Stop TB Partnership, Geneva. https://www.stoptb.org/advocacy-and-communications/unhlm-tb-key-targets-and-commitments.

43. Fund TB Communities & Civil Society. Stop TB Partnership, Geneva. https://www.stoptb.org/prioritize-people-human-rights-gender/fund-tb-communities-civil-society.

44. Comunities, Rights and Gender. Stop TB Partnership, Geneva. https://www.stoptb.org/prioritize-people-human-rights-gender/communities-rights-and-gender-crg.

45. Tools to Support Communities, Rights and Gender TB Responses. Stop TB Partnership, Geneva. https://www.stoptb.org/communities-rights-and-gender-crg/tools-to-support-communities-rights-and-gender-tb-responses.

46. TB Stigma Assesment Tool. Stop TB Partnership, Geneva. https://www.stoptb.org/tb-stigma/tb-stigma-assessment-tool.

47. Community-Led Monitoring Tools. Stop TB Partnership, Geneva. https://www.stoptb.org/tb-stigma/tb-stigma-assessment-tool.

48. Community, Rights & Gender. The Global Fund, Geneva. https://www.theglobalfund.org/en/funding-model/throughout-the-cycle/community-rights-gender/.

49. Board Delegations & Constituencies. Stop TB Partnership, Geneva. https://www.stoptb.org/board/board-delegations-constituencies.

50. WHO Civil Society Task Force on TB: engagement with civil society as the driver for change. World Health Organization, Geneva. 2020. https://www.who.int/groups/civil-society-task-force-on-tb.

51. Challenge Facility for Civil Society. Stop TB Partnership, Geneva. https://stpglobalcrg.org/.

52. Community Engagement Strategic Initiative Update. The Global Fund, Geneva. 2022. https://www.theglobalfund.org/media/12138/crg_2022-06-strategicinitiative_update_en.pdf.

53. Announcement of Communities Delegation to Unitaid Board Member and Alternate Board Member. Global Network of People Living With HIV, Netherlands. 2022. https://gnpplus.net/latest/news/announcement-of-communities-delegation-board-and-alternate-board-member.

54. The Strategic Initiative on Finding the Missing People with TB. Stop TB Partnership, Geneva. https://www.stoptb.org/news/strategic-initiative-to-find-missing-people-with-tb.

55. Country, regional and global profiles. WHO Global Tuberculosis Report. World Health Organization, Geneva. 2022. https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data.

56. Social Barriers to Accessing Quality TB Service: TB Key Populations, Legal Environment and Gender Assessment. Stop TB Partnership, Geneva. 2020. stoptb.org/assets/documents/communities/CRG/TB%20CRG%20Assessment%20Indonesia.pdf.

57. Cords O, Martinez L, Warren JL, et al. Incidence and prevalence of tuberculosis in incarcerated populations: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Public Health 2021; 6(5): e300-e8.

58. Velen K, Charalambous S. Tuberculosis in prisons: an unintended sentence? The Lancet Public Health 2021; 6(5): e263-e4. https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00049-9/fulltext

59. Basu S, Stuckler D, Gonsalves G, Lurie M. The production of consumption: addressing the impact of mineral mining on tuberculosis in southern Africa. Globalization and Health 2009; 5(1): 11. https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-5-11

60. Baleta A. Southern African declaration targets TB in mining sector. The Lancet 2012; 380(9849): 1217-8. https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61698-5/fulltext

61. Hick S. The Enduring Plague: How Tuberculosis in Canadian Indigenous Communities is Emblematic of a Greater Failure in Healthcare Equality. J Epidemiol Glob Health 2019; 9(2): 89-92. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7310753/

62. Canadian Tuberculosis Standards - 8th Edition. 2022. https://www.tandfonline.com/toc/ucts20/6/sup1.

63. Dunn JL, Larocque M, Van Dyk D, et al. Chapter 12: An introductory guide to tuberculosis care to improve cultural competence for health care workers and public health professionals serving Indigenous Peoples of Canada. Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine 2022; 6(sup1): 184-93. https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/24745332.2022.2041328

64. Curry JS, Abdelbary B, García-Viveros M, et al. South to North Migration Patterns of Tuberculosis Patients Diagnosed in the Mexican Border with Texas. Journal of Immigrant and Minority Health 2022; 24(5): 1113-21. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8522865/

65. Global roadmap for research and development of tuberculosis vaccines. EDCTP, Netherlands. Apr. 2021. http://www.edctp.org/publication/global-roadmap-for-research-and-development-of-tuberculosis-vaccines/.

66. Gupta A, Hughes MD, Garcia-Prats AJ, McIntire K, Hesseling AC. Inclusion of key populations in clinical trials of new antituberculosis treatments: Current barriers and recommendations for pregnant and lactating women, children, and HIV-infected persons. PLoS Med 2019; 16(8): e1002882. https://journals.plos.org/plosmedicine/article/comments?id=10.1371/journal.pmed.1002882

67. Guglielmetti L, Günther G, Leu C, et al. Rifapentine access in Europe: growing concerns over key tuberculosis treatment component. European Respiratory Journal 2022; 59(5): 2200388. https://erj.ersjournals.com/content/59/5/2200388

68. McKenna L, Frick M, Angami K, Dubula V, Furin J, Harrington M, Hausler H, Heitkamp P, Herrea R, Lynch S, Mitnick CD, Moses GK, Ndjeka N, Nyang'wa B, Palazuelos L, Ulysse P, Pai M. The 1/4/6x24 campaign to cure tuberculosis quickly. Nature Medicine 2023; 29(1): 16-7. https://www.nature.com/articles/s41591-022-02136-z (or see Treatment Action Group https://www.treatmentactiongroup.org/1-4-6-x-24)

69. Kim J, Park BG, Lim DH, et al. Development and evaluation of a multiplex loop-mediated isothermal amplification (LAMP) assay for differentiation of Mycobacterium tuberculosis and non-tuberculosis mycobacterium in clinical samples. PloS one 2021; 16(1): e0244753. https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0244753

70. Rashidi HH, Dang LT, Albahra S, Ravindran R, Khan IH. Automated machine learning for endemic active tuberculosis prediction from multiplex serological data. Scientific Reports 2021; 11(1): 17900. https://www.nature.com/articles/s41598-021-97453-7

71. Truong CB, Tanni KA, Qian J. Video-Observed Therapy Versus Directly Observed Therapy in Patients With Tuberculosis. American Journal of Preventive Medicine 2022; 62(3): 450-8. https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(21)00570-5/fulltext

72. Digital TB Surveillance System Assessment Report. Stop TB Partnershop and The Global Fund, Geneva. https://tbassessment.stoptb.org/.

73. Community-led monitoring of the TB response, using OneImpact digital platform. Stop TB Partnership, Geneva. 2023. https://stoptbpartnershiponeimpact.org/clminvestmentpackage/STP.pdf.

74. WHO Multisectoral Accountability Framework for TB (MAF-TB): progress in adaptation and implementation. World Health Organization, Geneva. https://www.who.int/publications/digital/global-tuberculosis-report-2021/featured-topics/maf-tb.

75. Global Drug Facility. Stop TB Partnership, Geneva. https://www.stoptb.org/facilitate-access-to-tb-drugs-diagnostics/global-drug-facility-gdf.

76. Morin S, Moak HB, Bubb-Humfryes O, von Drehle C, Lazarus JV, Burrone E. The economic and public health impact of intellectual property licensing of medicines for low-income and middle-income countries: a modelling study. The Lancet Public Health 2022; 7(2): e169-e76. https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00202-4/fulltext

77. Nyang'wa B-T, Berry C, Kazounis E, et al. A 24-Week, All-Oral Regimen for Rifampin-Resistant Tuberculosis. New England Journal of Medicine 2022; 387(25): 2331-43. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2117166

78. WHO operational handbook on tuberculosis. Module 4: treatment - drug-resistant tuberculosis treatment, 2022 update. World Health Organization, Geneva. 2022: World Health Organization; 2022.

79. Gupta A, Juneja S, Sahu S, et al. Lifesaving, cost-saving: Innovative simplified regimens for drug-resistant tuberculosis. PLOS Global Public Health 2022; 2(11): e0001287. https://journals.plos.org/globalpublichealth/article?id=10.1371/journal.pgph.0001287

80. Screening coal miners in rural Pakistan using Artificial Intelligence and ultra-portable X-ray. Dopasi Foundation. Stop TB Partnership. https://www.stoptb.org/sites/default/files/dopasi_pakistan_final.pdf.

81. Accelerating diagnosis in residents of informal settlements using artificial intelligence. PATH, India. Qure.ai. Stop TB Partnership, Geneva. https://www.stoptb.org/ai-powered-computer-aided-detection-cad-software/case-studies

82. Global Fund, USAID and Stop TB Partnership's New Collaboration With Molbio Diagnostics Will Increase Access to Rapid Molecular Tests for TB. The Global Fund, Geneva. 2023. https://www.theglobalfund.org/en/news/2023/2023-03-09-global-fund-usaid-stop-tb-partnership-molbio-diagnostics-rapid-molecular-tests-tb/.

83. Evaluating Newly Approved Drugs for Multidrug-resistant TB (endTB): A Clinical Trial. Médecins Sans Frontières 2022. https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02754765.

84. Evaluating Newly Approved Drugs in Combination Regimens for Multidrug-Resistant TB With Fluoroquinolone Resistance (endTB-Q). Médecins Sans Frontières. 2022. https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03896685.

85. Building Evidence for Advancing New Treatment for Rifampicin Resistant Tuberculosis (RR-TB) Comparing a Short Course of Treatment (Containing Bedaquiline, Delamanid and Linezolid) With the Current South African Standard of Care. Wits Health Consortium (Pty) Ltd 2022. https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04062201.

86. USAID Announces Up To $200 Million For Research To Combat Tuberculosis. 2022. https://www.usaid.gov/news-information/press-releases/aug-04-2022-usaid-announces-200-million-research-combat-tuberculosis.

87. TB CAB 10-Year Anniversary Evaluation Report 2011–2021. Treatment Action Group, New York. 2022. https://www.treatmentactiongroup.org/publication/tb-cab-10-year-anniversary-evaluation-report-2011-2021-and-podcast/.

88. WHO COVID-19 Detailed Surveillance Data Dashboard. World Health Organization, Geneva. https://covid19.who.int/.

89. WHO Global Tuberculosis Report. World Health Organization, Geneva. 2021. https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021.

90. Global Fund Board Hails Record-Breaking Seventh Replenishment Final Outcome of US$15.7 Billion. The Global Fund, Geneva. 2022. https://www.theglobalfund.org/en/news/2022/2022-11-18-global-fund-board-hails-record-breaking-seventh-replenishment-final-outcome-of-usd15-7-billion/.

91. Overview of the 2023-2025 Allocations. The Global Fund, Geneva. 2023. https://www.theglobalfund.org/en/updates/2023/2023-01-18-2023-2025-allocations-now-available/.

92. The Global Health Observatory. World Health Organization, Geneva. https://www.who.int/data/gho/data/indicators.

93. Communiqué: Improved Political Commitment and Financing for TB for High Burden Countries in Africa. Stop TB Partnership, Geneva. 2022. https://www.stoptb.org/news/communique-improved-political-commitment-and-financing-tb-high-burden-countries-africa.

94. India Makes Strong Commitment to Global Fund. The Global Fund, Geneva. 2022. https://www.theglobalfund.org/en/news/2022/2022-11-28-india-makes-strong-commitment-to-global-fund/.

95. Tuberculosis Research Funding Trends, 2005-2021. Treatment Action Group, New York. 2022. https://www.treatmentactiongroup.org/resources/tbrd-report/tbrd-report-2022/.

96. Estill J, Islam T, Houben RMGJ, et al. Tuberculosis in the Western Pacific Region: Estimating the burden of disease and return on investment 2020–2030 in four countries. The Lancet Regional Health – Western Pacific 2021; 11.

97. Ball P. The lightning-fast quest for COVID vaccines - and what it means for other diseases. Nature 2021; 589(7840): 16-8. https://www.nature.com/articles/d41586-020-03626-1

98. Glassman A, Madan J, Smitham E. The Future of Global Health Spending Amidst Multiple Crises. Centre for Global Development, Washington, DC. 2023. https://www.cgdev.org/publication/future-global-health-spending-amidst-multiple-crises.

99. G20 Focus on TB Financing. Stop TB Partnership, Geneva. 2022. https://www.stoptb.org/news/g20-focus-tuberculosis-financing.

100. Micah AE, Bhangdia K, Cogswell IE, et al. Global investments in pandemic preparedness and COVID-19: development assistance and domestic spending on health between 1990 and 2026. The Lancet Global Health 2023; 11(3): e385-e413. https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(23)00007-4/fulltext

101. Innovative Finance. The Global Fund, Geneva. https://www.theglobalfund.org/en/innovative-finance/.

102. C19RM Monthly Update to the Board. Report for November - December 2022. The Global Fund, Geneva. 2022. https://www.theglobalfund.org/en/covid-19/monthly-update-to-the-board/.

103. Fight For What Counts. Investment Case - Seventh Replenishment 2022. The Global Fund https://www.theglobalfund.org/en/fight-for-what-counts/.

104. Back from New York, the fight continues. Global Fund Adovcates Network. 2022. https://www.globalfundadvocatesnetwork.org/back-from-new-york-the-fight-continues/.

105. En Afrique, le déficit de financement et la pandémie de Covid-19 freinent la lutte contre la tuberculose. United Nations News. 2022. https://news.un.org/fr/story/2022/03/1116982.

106. Tuberculosis Dashboard: Interactive Country Dashboard. Stop TB Partnership, Geneva. https://dashboards.stoptb.org/country-profile.html.

107. Plan d'Action Communauté, Droits humains et Genre TB. Stop TB Partnership, Geneva. 2020. http://stoptb.org/assets/documents/communities/CRG/TB%20CRG%20Action%20Plan%20DR%20Congo.pdf

108. Progress towards achieving global tuberculosis targets and implementation of the UN Political Declaration on Tuberculosis. World Health Organization, Geneva. 2020. https://apps.who.int/iris/handle/10665/343376.

109. COVID-19 to Add as Many as 150 Million Extreme Poor by 2021. Workd Bank. 2020. https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2020/10/07/covid-19-to-add-as-many-as-150-million-extreme-poor-by-2021.

110. Rahman M, Ahmed R, Moitra M, et al. Mental Distress and Human Rights Violations During COVID-19: A Rapid Review of the Evidence Informing Rights, Mental Health Needs, and Public Policy Around Vulnerable Populations. Frontiers in Psychiatry 2021; 11. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2020.603875/full

111. Drobniewski F, Keshavjee S. COVID-19 and Tuberculosis—A Global Tale of Hubris and Lessons Unlearned? Frontiers in Medicine 2021; 8. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2021.799640/full

112. Versfeld A, Malar J, Soltan V, et al. Towards meaningful inclusion of people affected by TB: lessons from the COVID-19 response. Int J Tuberc Lung Dis 2022; 26(6): 475-6. https://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtld/2022/00000026/00000006/art00002

113. The Pandemic Fund Announces First Round of Funding to Help Countries Build Resilience to Future Pandemics. The World Bank. 3 Feb 2023. https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2023/02/03/the-pandemic-fund-announces-first-round-of-funding-to-help-countries-build-resilience-to-future-pandemics.

114. Knight GM, Raviglione MC, White RG. No antimicrobial resistance research agenda without tuberculosis. The Lancet Global Health 2020; 8(8): e987-e8. https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30309-0/fulltext

115. WHO Strategic Priorities on Antimicrobial Resistance. World Health Organization, Geneva. 2022. https://www.who.int/publications/i/item/9789240041387.

116. Hasan R, Shakoor S, Hanefeld J, Khan M. Integrating tuberculosis and antimicrobial resistance control programmes. Bull World Health Organ 2018; 96(3): 194-200. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5840628/

117. Global Database for Tracking Antimicrobial Resistance (AMR). Food and Agricultural Organization of the United Nations, United Nations Environment Programme, World Health Organization, World Organization for Animal Health, Geneva. https://amrcountryprogress.org/#/visualization-view.

118. Chair's Sumary: Health Ministers' of the G20. 1st Health Working Group Side Event on Tuberculosis. Annex 1: Call to Action on Financing for TB Response. G20 Research Group, Bali. 2022. http://www.g20.utoronto.ca/2022/221028-health.html#fn12.

119. The World Health Report 2010. Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage. World Health Organization, Geneva. 2012. https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021.

120. Hogan DR, Stevens GA, Hosseinpoor AR, Boerma T. Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services. The Lancet Global Health 2018; 6(2): e152-e68. https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30472-2/fulltext

121. Reid M, Roberts G, Goosby E, Wesson P. Monitoring Universal Health Coverage (UHC) in high Tuberculosis burden countries: Tuberculosis mortality an important tracer of UHC service coverage. PloS one 2019; 14(10): e0223559-e. https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0223559

122. USAID Announces Initiative for Global Vaccine Access (Global VAX) to Accelerate Vaccine Access and Delivery Assistance Around the World. USAID, Washington, DC. 2021. https://www.usaid.gov/news-information/press-releases/dec-06-2021-usaid-announces-initiative-global-vaccine-access-global-vax-accelerate-vaccine-access-and-delivery-assistance-around-world.

123. Escalating 'keke' initiative to fight TB. Health Reporters. 2022. https://healthreporters.info/escalating-keke-initiative-to-fight-tb/.

124. Innovative TB Community Service Delivery During the COVID-19 Pandemic Best Practices and Lessons Learned from Cambodia, India, Indonesia, and Kenya. Global Coalition of TB Activitists and The Global Fund. 2022. https://www.gctacommunity.org/?page_id=11208.

125. Programmatic innovations to address challenges in tuberculosis prevention and care during the COVID-19 pandemic. Compendium of TB/COVID-19 studies. World Health Organization, Geneva. 2021. https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/covid-19/compendium.

126. The UHC that we want. A position statement from the "Asia-Pacific community and civil society universal health coverage caucus" convened by the global fund advocates network Asia-Pacific (GFAN AP) and co-organised by APCASO. 2017. https://drive.google.com/drive/u/0/folders/141tM9xJQEmXmCz1Ybks1bHRXIjx8C_9t

127. Evolution of UHC in Chad. National UHC Dynamics Card. P4H Social Health Protection Newtork. https://p4h.world/en/national_uhc_dynamics_card_chad.

128. WHO Multisectoral Accountability Framework for TB (MAF-TB). World Health Organization, Geneva. 2019. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-CDS-TB-2019.10.

129. Chin DP, Hanson CL. Finding the Missing Tuberculosis Patients. J Infect Dis 2017; 216(suppl_7): S675-s8. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5853462/

130. The TB Advocacy Campiagn in the G20. Global TB Caucus. https://www.globaltbcaucus.org/g20.

131. The Bangkok TB Community-led Monitoring Statement "Transforming the TB Response Collaboratively to Reach Every Person Affected by TB OneImpact – Community-led Monitoring for TB". Joint Position Statement and Global Solidarity Appeal from TB Communities to all TB Stakeholders. Stop TB Partnership, Bangkok. 1 Nov. 2022. https://stoptbpartnershiponeimpact.org/statement/v1/.

132. Barcelona Declaration. Global TB Caucus 2021. https://www.globaltbcaucus.org/get-involved

133. Ramírez-Koctong O, Colorado A, Cruzado-Castro L, Marin-Samanez H, y Lecca L. Observatorios sociales nacionales y regional de tuberculosis en ocho países de Latinoamérica y el Caribe Rev Panam Salud Publica. 2022;46:e163. https://doi. org/10.26633/RPSP.2022.163.

134. Cadre de responsabilisation multisectoriel pour progresser plus vite en vue de mettre fin a la tuberculose (CRM-TB). Report Evaluation de Base Afrique Francophone. 2021. https://draftb.org/rapport-evaluation-de-base-maf-tb-de-loms-en-afrique-francophone/.

135. WHO Global Tuberculosis Report. World Health Organization, Geneva. 2020. https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131.
136. Djibouti - Annual Country Report 2021. World Food Programme. https://www.wfp.org/countries/djibouti.

137. Kasaeva T, Dias HM, Pai M. Fast-tracking progress to End TB: high-level opportunities for investment and action. Lancet 2023; 401(10381): 975-8. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36958358/.

138. WHO standard: universal access to rapid tuberculosis diagnostics. World Health Organization, Geneva. 2023. https://hq_globaltuberculosisprogramme.cmail19.com/t/d-l-zkkihhk-ihkktiktij-j/.

Stop TB Partnership Community Delegation

Stop TB Partnership Developing Countries NGO Delegation

Stop TB Partnership Developed Countries NGO Delegation

Cover design: Guillaume Petermann / Nuance Studio — Report design: Ehson Tursunov / TBpeople Global

Stop TB Partnership
Affected Community
& Civil Society Delegations

Chemin du Pommier 40
1218 Le Grand-Saconnex,
Geneva, Switzerland