

Незалежний огляд Плану переходу України 2018-2021

*Проведений Центром медичної політики
та досліджень (Центр PAS)*

Січень 2023

Зміст

ЗМІСТ	2
ПІДСУМКОВИЙ ЗВІТ	3
ПЛАН ПЕРЕХОДУ	3
Ключові висновки щодо питань огляду	3
Висновки	9
Рекомендації для сталого планування до 2025 року	10
1 МЕТА І МЕТОДОЛОГІЯ	14
2 ПЛАНУВАННЯ, ВПРОВАДЖЕННЯ ТА ПІДЗВІТНІСТЬ ПЕРЕХОДУ	17
2.1 Розробка ПЛАНУ ПЕРЕХОДУ	17
2.2 Впровадження, координація та моніторинг	20
3 ПОСЛУГИ З ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ТА ПІДТРИМКИ ДЛЯ КЛЮЧОВИХ ГРУП І ЛЖВ	22
3.1 Політика, нормативна та регуляторна робота	22
3.2 Розподіл фінансування та витрати	23
3.3 Пакети послуг, що фінансуються державою	26
3.4 Модель фінансування	30
3.5 Менеджмент	33
3.6 Висновки	35
4 ОПІОЇДНА АГОНІСТИЧНА ПІДТРИМУВАЛЬНА ТЕРАПІЯ (ЗАМІСНА ПІДТРИМУВАЛЬНА ТЕРАПІЯ)	39
4.1 Національні завдання ЗПТ	39
4.2 Стратегія розширення з фокусом на первинну медичну допомогу через Програму медичних гарантій (ПМГ) 40	
4.3 Впровадження ЗПТ в закладах ув'язнення	45
5 ПОСЛУГИ ПІДТРИМКИ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ	46
6 ІНШІ НАПРЯМКИ ПРОГРЕСУ В ДОСЯГНЕННІ СТАЛОСТІ ТА ПЕРЕХОДУ ВІД ДОНОРСЬКОЇ ПІДТРИМКИ	49
6.1 Фінансування боротьби з ВІЛ-інфекцією на місцях	49
6.2 ВІЛ (включаючи ДКП) та туберкульоз у Програмі медичних гарантій	50
6.3 Антиретровірусні та протитуберкульозні препарати і централізовані закупівлі.....	52
6.4 Послуги з протидії ВІЛ та ТБ у пенітенціарній системі	54
7 ПІДСУМКОВИЙ АНАЛІЗ ВІДПОВІДНО ДО ЗАВДАНЬ ОЦІНКИ	56
7.1 Зроблені висновки.....	56
7.2 Ключові висновки по завданням огляду	57
8 ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ	66
8.1 Рекомендації щодо планування сталого розвитку до 2025 року на основі Плану переходу 20-50-80... 68	
Додаток 1: Скорочення	72
Додаток 2: Список доповідачів	73
Додаток 3: Зведений звіт опитування клієнтів – НАВЕДЕНИЙ ОКРЕМИМ ДОКУМЕНТОМ	
Додаток 4: Зведений звіт фокус-груп із надавачами послуг – НАВЕДЕНИЙ ОКРЕМИМ ДОКУМЕНТОМ	

Підсумковий звіт

Цей незалежний огляд прогресу виконання плану України щодо переходу від міжнародної до національної системи до кінця 2021 року було замовлено з метою «розробки детальних рекомендацій та заходів для подальшого зміцнення та підтримки». Рекомендації мають «служувати основою для нового плану інституціоналізації існуючого механізму контрагування послуг з профілактики ВІЛ-інфекції для ключових та уразливих груп населення, з майбутнім баченням щодо включення послуг з підтримки людей, які живуть з ВІЛ, та послуг з лікування туберкульозу». Він був замовлений у відповідь на запит Групи технічної оцінки (ГТО) Глобального фонду до Національної координаційної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу від 2020 року. Центр PAS провів огляд на основі ТЗ, розробленого спільно з Центром громадського здоров'я України, Глобальним фондом та ЮНЕЙДС.

Огляд включав кабінетний аналіз нормативних та ключових програмних і бюджетних документів, інтерв'ю з 28 національними та регіональними зацікавленими сторонами, 5 онлайн-фокус-групових дискусій з постачальниками послуг з профілактики ВІЛ-інфекції та догляду і підтримки, а також 618 клієнтами програм профілактики ВІЛ-інфекції, замісної підтримувальної терапії та догляду і підтримки для ЛЖВ. Огляд не враховує вплив російського вторгнення, яке розпочалося в лютому 2022 року.

План переходу

У 2017 році Україна подала План переходу 20-50-80 в рамках запиту на фінансування до Глобального фонду, в якому викладено трирічне бачення та дорожню карту переходу від міжнародного до державного управління та фінансування у наступних сферах: профілактика ВІЛ (базові пакети), догляд та підтримка людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), а також закупівля АРВ-препаратів та протитуберкульозних препаратів.

На той час міжнародним фінансуванням у цих сферах керували ВБО «100% Життя» (Всеукраїнська мережа ЛЖВ) та Альянс громадського здоров'я (Альянс). Формула 20-50-80 відображала орієнтири переходу управління до держави у 2018-2019-2020 роках, а державне фінансування мало збільшитися в частинах 0%-50%-80% фінансування базового догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ, а також послуг із профілактики ВІЛ серед трьох ключових груп населення: споживачів ін'єкційних наркотиків, секс-працівників та чоловіків, які мають секс з чоловіками. Планування переходу було еволюційним процесом, а не просто окремим планом з двома наступними ітераціями початкового плану переходу.

У звіті за результатами огляду детально описані висновки щодо прогресу у виконанні Плану переходу у наступних сферах послуг: профілактика ВІЛ (базові пакети), догляд та підтримка ЛЖВ, протитуберкульозні послуги та ОЗТ/ЗПТ.

Ключові висновки щодо питань огляду

Ключові висновки щодо 7 питань, які було поставлено при огляді, включають:

1. Якою мірою положення плану переходу 20-50-80 були реалізовані станом на кінець 2021 року?

Сфера: профілактика ВІЛ (базові пакети), догляд та підтримка ЛЖВ

Нормативно-правова база, необхідна для розподілу державного бюджету та надання послуг, була створена відповідно до етапів перехідного періоду, за винятком плану вирішення питання оподаткування послуг ПДВ.

Фінансовий перехід було завершено значною мірою. Державні асигнування були на рівні, співставному з підтримкою Глобального фонду у 2018 році. Перехід прискорився у 2020 році, коли держава виділила 100% передбаченого бюджету замість запланованих 80%. Рівень фінансування, що дійшов до послуг, був значно меншим: 24% від виділених державою коштів у 2019 році, 68% у 2020 році та 73% у 2021 році. Причини недовикористання виділених державою коштів були пов'язані з моделями оплати послуг за контрактами, зниженням ціни на послуги під час тендерних конкурсів, відмовою від контрактів з боку деяких постачальників послуг та відсутністю постачальників послуг, які подали пропозиції на тендери. Для забезпечення підзвітності послуг перед державним бюджетом була необхідна суворая стандартизація програм для ключових груп населення. Однак, як наслідок, пакети послуг та їхня вартість у тому вигляді, в якому вони визначені та використовуються в контрактах, а також способи оплати, є негнучкими, що перешкоджає пристосуванню до потреб клієнтів і сприяє виникненню вищезгаданої проблеми недовикористання коштів.

Перехід до державного управління послугами, що фінансуються з державного бюджету, був здійснений з певними прогалинами у сфері закупівель, фінансування, людських ресурсів, моніторингу та оцінки, а також інформаційних систем. У 2018 році за підтримки Глобального фонду було запроваджено пілотну модель децентралізованих закупівель. У 2019 році відбувся перехід до централізованих закупівель, і виникла проблема недовикористання коштів. Проблема недовикористання коштів вивчається, і рішення ще не узгоджені. У 2019 році в ЦГЗ було створено новий відділ з управління послугами у сфері ВІЛ для ключових груп населення та ЛЖВ, а також розроблено низку процесів і процедур. Ресурсне забезпечення на адміністрування нових додаткових функцій ЦГЗ є недостатнім. Крім того, "100% Життя" та Альянс громадського здоров'я залишаються основними співменеджерами у сфері профілактики ВІЛ, догляду та підтримки ЛЖВ, а участь ЦГЗ у пакетах послуг та технічній підтримки, що фінансуються на міжнародному рівні, є обмеженою. Подальші концептуальні домовленості щодо ролей, обов'язків, ресурсів та спільного управління системами МіО та інформаційними системами (наприклад, базами даних) потребують обговорення між ЦГЗ та двома іншими основними реципієнтами, а також іншими національними стейкхолдерами.

Станом на кінець 2022 року держава не планує брати на себе закупівлю, фінансування та управління товарами для послуг з профілактики або додаткових основних послуг для ключових груп населення.

Сфера: опіоїдна агоністична підтримувальна терапія (ЗПТ)

Три цілі щодо ЗПТ, визначені у плані переходу, були значною мірою досягнуті: національні цілі були визначені в Державній стратегії протидії ВІЛ-інфекції, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року та оперативних планах; розширення масштабів на 60% було значним, хоча і не відповідало національній меті, встановленій на 2025 рік; у 2020 році розпочався пілотний проект у в'язницях. Крім того, держава надала пріоритет ЗПТ у своїх реформах та гарантованій державою медичній допомозі, тобто ЗПТ організовується та оплачується за пакетами нового закупівельного агентства Національної служби здоров'я України (НСЗУ) з Програми медичних гарантій, починаючи з 2020 року. Однак станом на кінець 2021 року ці пакети НСЗУ суттєво не збільшили очікуваного рівня

охоплення первинною медичною допомогою, частково через непривабливі тарифи для постачальників послуг та виклики, що залишаються на шляху до збільшення споживання. Поточний рівень охоплення є недостатнім для впливу на рівень захворюваності або поширеності ВІЛ-інфекції серед людей з опією залежністю. З точки зору опитаних клієнтів, якість ЗПТ загалом висока, хоча існує проблема сприйняття якості ліків місцевого виробництва, і кращого рівня охоплення можна було б досягти за умови покращення репутації ЗПТ серед людей, які вживають наркотики, адаптації дозування до потреб пацієнтів, покращення географічного доступу, простоти входу, а також покращення поведінки та ставлення персоналу.

Сфера: протитуберкульозні заходи

Фінансування та управління протитуберкульозними службами не було передано державі. Однак підготовка до цього розпочалася до початка війни 2022 року. Було підготовлено Дорожню карту впровадження послуг з протидії туберкульозу в рамках переходу на державне фінансування та пакет проєктів нормативно-правових документів. Уряд схвалив виділення першого державного фінансування на ці протитуберкульозні послуги напередодні війни. Однак це фінансування становило 8% від бюджету Глобального фонду на 2021 рік на ці послуги, тобто нижче 30% від бюджету послуг, зазначених у запиті на фінансування до Глобального фонду.

Сфера: Державні закупівлі антиретровірусних та протитуберкульозних препаратів, у тому числі налагодження централізованих державних закупівель

Створено централізовану державну закупівельну агенцію – державне підприємство «Медичні закупівлі України». Воно потребує подальшого зміцнення потенціалу. Частка державного бюджету та роль закупівель для лікування медикаментозно-чутливого туберкульозу значно зросли, і в 2021 році майже всі ліки були профінансовані з державного бюджету. Зниження вартості АРТ у 8 разів дозволило зменшити бюджетні потреби. Починаючи з 2018 року, держава виділяла достатньо коштів для повного фінансування АРТ на підконтрольних територіях. Однак у 2021 році рівень використання державного фінансування був нижчим за 20%, і для заповнення цієї прогалини знадобилося міжнародне фінансування (і закупівлі, насамперед, через «100% Життя»).

2. Які відбулися зміни, що не були зазначені в плані переходу?

Перехідний план передбачав, що *міське фінансування* (та міжнародна підтримка) забезпечить підтримку додаткових послуг з профілактики ВІЛ-інфекції серед ключових груп населення, оскільки держава підтримує базові пакети профілактики. Однак План не містив жодних конкретних зобов'язань чи кроків. Підтримка профілактики ВІЛ на місцевому рівні була фрагментарною, з більшою кількістю прикладів прогресу в підтримці соціальних послуг для споживачів ін'єкційних наркотиків, колишніх ув'язнених та людей, які живуть з ВІЛ. Ці послуги залишатимуться залежними від централізованої державної підтримки, оскільки визначення пріоритетів для високостигматизованих груп на місцевому рівні все ще є малоімовірним.

Фінансування послуг у сфері ВІЛ-інфекції та туберкульозу перейшло до НСЗУ, що підтримує реформи для оптимізації надання послуг. Пакети послуг з ВІЛ та ТБ були включені до державних медичних гарантій. З 2021 року пакет послуг з ВІЛ розширено за рахунок часткового фінансування доконтактної профілактики (безкоштовне тестування на ВІЛ та медичний догляд). Державна частка послуг з діагностики та лікування ВІЛ-інфекції та туберкульозу в пенітенціарній системі зросла (70% бюджету на АРТ, вище, ніж за межами в'язниць у 2021 році), хоча все ще залежить від міжнародної підтримки.

3. Наскільки планування переходу відповідало меті з точки зору клієнтів та надавачів послуг (в тому числі, чи сприяв перехід впровадженню нових та ефективних підходів та інновацій на додаток до наявних пакетів послуг, а також фактичного охоплення та обсягу послуг)?

Як постачальники послуг, так і більшість клієнтів позитивно оцінюють державне фінансування і мають більшу впевненість у тому, що послуги з профілактики, догляду та підтримки при ВІЛ-інфекції будуть надаватися і надалі завдяки системному державному фінансуванню. Державне фінансування сприяє дестигматизації послуг та людей, яким вони надаються (ключових груп населення та ЛЖВ). Водночас, клієнти послуг стурбовані конфіденційністю своїх даних (як в системі охорони здоров'я, так і поза її межами).

Постачальники послуг отримали значно менше фінансування після переходу. Міжнародне фінансування допомогло пом'якшити цю проблему, а також проблеми, пов'язані з періодами укладання контрактів. Складні договірні відносини, включаючи жорстке регулювання послуг, були проблематичними, особливо для послуг для ключових груп населення, які повідомляли про занижену собівартість одиниці послуг та непрактичні, жорсткі правила надання послуг.

Перехід призвів до значної реструктуризації та консолідації ринку постачальників послуг, який був турбулентним, а професійне посередництво було задіяне у 8 областях/містах. Незважаючи на відкриття ринку для комерційних та державних організацій, які надають послуги з профілактики ВІЛ, догляду та підтримки ЛЖВ, у 2021 році всі послуги, що фінансуються державою, були надані організаціями громадянського суспільства (ОГС). Більше того, половина з 90 контрактів у 2021 році була укладена з громадськими організаціями. Консолідовані закупівлі ускладнили отримання фінансування невеликими ОГС напряду, і їм довелося об'єднуватися з іншими великими ОГС, щоб отримати доступ до нього. Зміни в тому, хто надає послуги, не завжди забезпечували їхню якість. Деякі постачальники послуг, які починають обслуговувати нові групи населення, стикаються з труднощами і потребують підтримки. Постачальники профілактичних послуг висловили бажання мати більше діалогу з ЦГЗ.

Постачальники послуг та клієнти повідомляють про брак підходу, орієнтованого на людину, зокрема, у визначенні частоти та адаптації/налаштування пакетів послуг відповідно до індивідуальних потреб, оскільки чинні правила надання послуг, наприклад, встановлюють точну кількість разів на рік, коли клієнти можуть отримати презервативи, консультування або інформаційні сесії тощо. Клієнти та постачальники послуг також хотіли б додати до наявних послуг кейс-менеджмент або доставку послуг та АРВ-препаратів додому, самотестування, тестування на вірусні гепатити та сифіліс, а також доступ до ліків для печінки, інших спеціалістів та медичних послуг, профілактику передозування. В управлінні послугами ЦГЗ недостатньо уваги приділяє якості послуг.

3а. Чи сприяв перехід впровадженню нових та ефективних підходів та інновацій на додаток до існуючих пакетів послуг?

Процес планування перехідного періоду не передбачав проведення оцінки потреб населення або моніторингу ситуації. Перехід не підтримував впровадження інноваційних послуг, а зосереджувався на продовженні та розширенні існуючих послуг. Визначення пакетів інтервенцій не оновлювалося з 2019 року (хоча деякі адаптації відбулися, наприклад, через обмеження, пов'язані з пандемією COVID-19, і вони переважно

стосувалися міжнародного фінансування). Обов'язкові універсальні пакети обмежували можливості адаптації до потреб людей або контексту. Наприклад, надання послуг онлайн, що особливо важливо для секс-працівників та ЧСЧ, передбачено як додаткова послуга, тому її фінансування очікується з інших джерел.

3б. Фактичне охоплення послугами з профілактики ВІЛ, догляду та підтримки ЛЖВ

Охоплення ключових груп збільшилося завдяки державному фінансуванню протягом перехідного періоду.

У 2021 році державними послугами, що надають базові пакети, було охоплено 45% ключових груп населення, включаючи понад половину оціночної кількості людей, які вживають ін'єкційні наркотики, та секс-працівників, але лише чверть чоловіків, які мають секс із чоловіками, на підконтрольних уряду територіях. Незважаючи на прогрес, цільовий показник охоплення на рівні 70%, встановлений до 2020 року Державною стратегією протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам, не був досягнутий. Державна стратегія не містить індикаторів, що стосуються догляду та підтримки ЛЖВ.

4. Чи сприяють нормативно-правова база та середовище наданню послуг/лікування бенефіціарам?

Сфери: профілактика ВІЛ (базові пакети), догляд та підтримка ЛЖВ

П'ять нормативно-правових актів, що регулюють надання послуг, методологію розрахунку вартості послуг та витрат, а також щорічна бюджетна програма створюють нормативну базу та фінансову основу для державного фінансування. Послуги зі зменшення шкоди визнані в нормативній базі вперше. Бюджетні програми затверджуються щорічно. Вони залежать від рішень керівництва МОЗ та наявності бюджетних коштів.

Варіанти підвищення стійкості потребують більш широкого обговорення та системних рішень, щоб потенційно відобразити підхід «медичних гарантій» до надання медичної допомоги, особливо профілактичної, в системі громадського здоров'я, що розвивається. Зрештою, не буде сталості послуг без надійного, адекватно забезпеченого ресурсами управління державним сектором.

Сфери: ЗПТ, АРТ та лікування туберкульозу

Надання ЗПТАРТ та лікування туберкульозу є частиною державних медичних гарантій. Подальша стабільність залежатиме від спроможності держави закуповувати препарати. Державні закупівлі АРВ-препаратів були проблематичними. Пріоритетним завданням є подальший розвиток потенціалу закупівель у синергії з клінічним плануванням, прогнозуванням та управлінням постачанням.

5. Чи можна використовувати наявні дані МіО (моніторингу і оцінки) для визначення ризиків, пов'язаних із переходом, і як мають змінитися функції МіО внаслідок переходу?

Існували прогалини в нагляді та координації. По-перше, широке коло зацікавлених сторін (наприклад, місцеві стейкхолдери або ширша спільнота постачальників послуг) було недостатньо видимим і залученим. По-друге, нагляд і підтримка не охоплювали всі сфери переходу, обмежуючись переважно лише двома: державні закупівлі послуг з профілактики та лікування ВІЛ-інфекції та підтримка людей, які живуть з ВІЛ. Нарешті, рішення, спрямовані на більш ефективне використання коштів державного бюджету, були реалізовані лише частково, незважаючи на чітко зафіксовані проблеми. Деякі креативні

рішення були озвучені в інтерв'ю членами Національної ради. Однак не виявлено жодних записів про те, що ці ідеї обговорювалися на засіданні Стратегічної робочої групи.

Національний план моніторингу та оцінки як основа для встановлення та операціоналізації цілей, визначених у Державній стратегії протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року, був розроблений ЦГЗ, але не був затверджений. Так само Державна стратегія не була оновлена з урахуванням нових глобальних цілей у сфері протидії ВІЛ-інфекції, а також з метою інтеграції ВІЛ, ІПСШ та вірусних гепатитів у нові керівні принципи ВООЗ щодо ключових груп населення.

Системи ЦГЗ для збору інформації про потреби, пошуку шляхів вирішення проблем та забезпечення якості ще не розвинуті. Системи планування, моніторингу та підтримки послуг є фрагментарними, хоча партнери (три головні виконавці з різними джерелами фінансування) послуг докладають зусиль для координації використання значних ноу-хау, які вони набули як ОР ОГС. У середньостроковій перспективі країна (і донори) повинні чітко і цілеспрямовано перейти до інтегрованої системи для всіх послуг з профілактики, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ, незалежно від джерел фінансування. Постачальники послуг та донори повинні бути залучені до цього обговорення, щоб врахувати їхні перспективи.

Обсяги бюджетів на МіО послуг, що витрачаються основними реципієнтами з числа представників громадянського суспільства, можуть допомогти встановити орієнтири для фінансування цієї функції (та/або передачі окремих елементів на аутсорсинг) в рамках ЦГЗ. Функції МіО в рамках ЦГЗ (а також «100% Життя» і Альянсу) залежать від міжнародного фінансування. Вони можуть співфінансуватися для оцінки потреб або розбудови потенціалу з бюджетної програми громадського здоров'я, за якою фінансуються послуги.

6. Які існують можливості для включення послуг у сфері ВІЛ/ТБ в пенітенціарну систему на наступному етапі переходу?

Охорона здоров'я у в'язницях перебуває у віданні Міністерства юстиції (Мін'юст). Пенітенціарна система працює над забезпеченням сталості послуг у сфері ВІЛ/ТБ. Фінансовий перехід послуг було відкладено (попередньо він був запланований для послуг, що фінансуються США, на середину 2022 року). Результати міжміністерських обговорень між МОЗ та Мін'юстом щодо загального управління охороною здоров'я у в'язницях вплинуть на модель та фінансування послуг. Якщо за результатами міжвідомчих обговорень буде прийнято рішення про передачу пенітенціарної охорони здоров'я цивільному сектору, деякі послуги у сфері ВІЛ та ТБ можна буде запропонувати включити до пілотного проекту. У короткостроковій перспективі слід заохочувати Центр охорони здоров'я пенітенціарної служби консультуватися з партнерами та розробляти пакет документів, калькуляцію витрат і модель закупівель, подібно до дорожньої карти, розробленої для переходу протитуберкульозних послуг на державне співфінансування з метою створення правової та регуляторної систем.

7. Які висновки та виклики, пов'язані з переходом від фінансування Глобальним фондом до державного фінансування у протидії ВІЛ-інфекції, є актуальними для ТБ і мають бути об'єднані в огляді?

Планування переходу на державне фінансування послуг у сфері протидії туберкульозу враховує деякі уроки, отримані під час переходу на державне фінансування послуг у сфері ВІЛ-інфекції. Наприклад, на основі широких консультацій із зацікавленими сторонами була розроблена Дорожня карта впровадження послуг з ТБ в умовах переходу на державне фінансування, яка містить нормативні, фінансові, закупівельні та інші кроки. Недостатність місцевого фінансування послуг ТБ зумовила рішення повернутися до централізованого державного фінансування цих послуг та узгодити його з підходом до надання послуг з догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ-інфекцією.

Підходи до закупівель, моделей оплати та моніторингу у сфері ТБ ще не відпрацьовані, і, враховуючи досвід у сфері ВІЛ, ця сфера потребує ретельного аналізу, залучення постачальників послуг, експертів з питань фінансування охорони здоров'я та інших зацікавлених сторін, а також досвіду міжнародних проєктів.

У довгостроковій перспективі зацікавлені сторони, які працюють у сфері ВІЛ-інфекції, туберкульозу та ЗПТ, повинні провести спільні обговорення щодо забезпечення сталості, в тому числі щодо того, чи варто в майбутньому розглядати можливість залучення іншого джерела фінансування або оператора (наприклад, НСЗУ, якщо її мандат буде розширено з оплат послуг з медичної допомоги до підтримки профілактики та немедичної допомоги).

Висновки

Серед заявників Глобального фонду в регіоні СЄЦА¹, Україна встановила найамбітнішу формулу збільшення державної власності на основні послуги з профілактики ВІЛ-інфекції для ключових груп населення на 2017-2020 роки, яка у всьому світі вважається одним з найскладніших компонентів відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції для переходу на державне фінансування та управління. Важливим для успіху України було те, що План «20-50-80» 2017 року відобразив консенсусне зобов'язання щодо значної ролі держави у програмах протидії ВІЛ-інфекції та туберкульозу, яке мобілізувало ключові урядові структури, громадянське суспільство та партнерів на поступове посилення державної власності, зокрема, на програми профілактики та підтримки лікування за принципом «рівний-рівному», що впроваджуються спільнотами. Його чіткі орієнтири забезпечили єдине бачення та підзвітність. Інші ключові висновки включають:

- 1. Перехідний план 20-50-80, розрахований на 2018-2020 рр., та Стратегічна робоча група з питань охорони здоров'я успішно виконали свої завдання.**
- 2. Попри відсутність правового статусу та чіткого механізму підзвітності, а також еволюцію в часі, План переходу був успішним завдяки наступним важливим факторам, що сприяли його реалізації:**
 - Вимірюване, зрозуміле та чітко визначене у часі бачення з кількісними цілями;
 - Ініціативна група за участю багатьох зацікавлених сторін, включаючи авторів бачення реформи охорони здоров'я;
 - Активне залучення громадянського суспільства та інвестиції у підвищення рівня підтримки, готовності пристосовуватися до нових процедур та бажання знаходити рішення в міру виникнення проблем;
 - Оптимізація АРТ, серед іншого, дозволила заощадити кошти для початкового розподілу на послуги з профілактики, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих;

¹ На основі сканування запитів на фінансування, доступних за посиланням: <https://data.theglobalfund.org/documents> та Євразійської асоціації зменшення шкоди (2021). [Підсумки бюджетної адвокації у Східній Європі, Південно-Східній Європі та Центральній Азії](#). ЄАЗШ, Вільнюс, Литва, 2021

- Підтримка міжнародних партнерів, особливо Глобального фонду (зокрема, реалізація Плану переходу як умова надання гранту, збереження питання переходу на порядку денному, фінансування пілотних проєктів та гнучка перехідна підтримка для пом'якшення проблем під час трансформації).
3. Реалізація Плану стала можливою завдяки унікальному поєднанню людей та факторів, які неможливо відтворити в інших умовах. Його амбіції та підхід є унікальними, але можуть надихнути інші країни з низьким та середнім рівнем доходу.
 4. Новий етап і радикально змінений контекст вимагають переосмислення цілей і підходу (наприклад, дискретний план з чіткою підзвітністю). Спроможність держави виділяти більше коштів залишатиметься проблемою на довгі роки, однак цей час можна використати для тестування та доопрацювання реформованої моделі закупівель за рахунок міжнародного фінансування.

Рекомендації для сталого планування до 2025 року

Через війну, що триває, та надзвичайну ситуацію в країні в рамках цього огляду не було можливості розробити план сталого розвитку з чіткими часовими рамками. Більшість наведених нижче рекомендацій стануть найбільш актуальними в більш стабільній ситуації, коли країна зможе перейти від реагування на надзвичайні ситуації до відновлення системи охорони здоров'я, соціальної сфери та протидії ВІЛ. Реагування на конфлікт і надзвичайну ситуацію може вимагати переоцінки попередніх припущень, у тому числі щодо базових пакетів послуг або визнання географічних змін у зв'язку з переміщенням людей, руйнуванням інфраструктури та життєвими потребами.

Профілактика ВІЛ і підтримка ЛЖВ

1. Оновити нормативні документи МОЗ щодо надання послуг та їх використання в договорах відповідно до змінених базових потреб та економічно ефективних інновацій, запроваджених у зв'язку з COVID-19, а також з урахуванням реалій надання послуг:
 - Послуги з догляду та підтримки ЛЖВ повинні дозволяти замінити сеанси на кейс-менеджмент для подолання бар'єрів до отримання допомоги, зменшити/збільшити кількість втручань за погодженням з клієнтом та ВІЛ-клініцистами. Пільгові пакети для людей, які вживають ін'єкційні наркотики, мають бути збережені. Послуги повинні передбачати роботу з людьми, які живуть з ВІЛ і стикаються з більшими труднощами у формуванні прихильності до лікування, включаючи, але не обмежуючись цим, підтримку в отриманні АРВ-препаратів для людей, які мають труднощі з пересуванням або живуть на великій відстані від закладів, що надають лікування при ВІЛ-інфекції.
 - Положення про профілактичні пакети та специфікації в контрактах повинні бути скориговані таким чином, щоб забезпечити гнучкий обсяг надання послуг (наприклад, надання товарів дев'ять разів на рік має стати середньою рекомендацією), надання послуг онлайн, кейс-менеджмент або, принаймні, підтримку перенаправлення для посилення каскаду послуг з ВІЛ та зв'язку з іншими потребами, самотестування на ВІЛ, тестування на вірусні гепатити, сифіліс та

- профілактику передозувань, мотивацію та підтримку в отриманні ДКП, а також вирішення питань сексуального та репродуктивного здоров'я та прав людини.
- Транс-людей слід включити до затвердженого МОЗ переліку груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ та положення про профілактичні послуги, визнавши їх ключовою групою населення та зобов'язавшись передати їм фінансування та управління.
 - Якщо пакети не можуть бути визначені з достатньою гнучкістю для інновацій та контекстуалізації, МОЗ та ЦГЗ повинні планувати їх регулярне оновлення.
2. Переглянути калькуляцію витрат, методологію розрахунку витрат та оплату послуг, за необхідності, використовуючи міжнародне фінансування для тестування та пошуку правильного балансу між підзвітністю та орієнтованістю послуг на потреби людей.
- Оплата послуг повинна передбачати, наприклад, поєднання методів з використанням «глобального бюджету» для базових послуг та оплати за результатами для досягнення попередньо узгоджених результатів;
 - Оновлена методологія повинна передбачати індексацію у зв'язку з інфляцією та переглядом прожиткового мінімуму, а також враховувати ПДВ, доки послуги громадського здоров'я не будуть звільнені від сплати ПДВ;
 - Необхідно оновити фактичні витрати на послуги, надаючи пріоритет профілактичним послугам, з урахуванням потенційного співфінансування послуг, якщо таке є, з інших джерел. Слід переглянути відмінності у вартості інтервенцій для різних груп населення, щоб встановити правильний баланс стимулів та необхідних зусиль, що не призведе до зниження мотивації обслуговування «дешевших» груп населення та застосування відповідних інтервенцій.
3. Розробити дорожню карту для інтегрованого планування та управління національними програмами профілактики, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.
- Встановити цільові показники охоплення та використовувати очікуваний рівень охоплення для розподілу коштів (а не навпаки). Цей крок вимагатиме від ЦГЗ доопрацювання Національного плану моніторингу та оцінки виконання Державної стратегії протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року із встановленням щорічних цільових показників.
 - Врахувати географічні відмінності та мобільність груп населення при визначенні цільових показників охоплення, бюджетів та додаткових систем підтримки.
 - Визначити ролі, обов'язки та синергію у плануванні послуг, розбудові потенціалу, технічній підтримці, моніторингу та оцінці, а також схемах співфінансування з боку ЦГЗ, «100% Життя» та Альянсу громадського здоров'я. План може включати аутсорсинг деяких функцій з розбудови спроможності державних служб або залучення громадського моніторингу, серед інших елементів.
 - Завершити розробку підходу до забезпечення якості, який би передбачав залучення клієнтів, надавачів послуг та регіональних закладів охорони здоров'я.
 - Оновити контракти та системи ЦГЗ, передбачивши в них детальну систему верифікації, технічної підтримки та втручання у разі недостатньої ефективності або нецільового використання коштів, надання додаткового навчання та технічної підтримки для нових працівників за потреби у співпраці з «100% Життя» та Альянсом;
 - Проведення регулярних (щорічних) зустрічей з надавачами послуг;

- План повинен враховувати довгостроковість управління системами та базами даних. Передача системи Data-Check до ЦГЗ має бути завершена.
 - ЦГЗ повинен планувати збільшення фінансування та людських ресурсів для виконання своїх функцій (співвідношення між вартістю послуг та вартістю управління в «100% Життя» та Альянсу може бути інформативним; обсяг фінансування на адміністрування не повинно бути меншим, ніж 5% від загального пулу коштів).
4. Підготувати та пілотувати перехід на державні закупівлі засобів тестування та профілактики, що використовуються для профілактики ВІЛ-інфекції, у разі необхідності, із залученням міжнародного фінансування.

ЗПТ

5. Співпрацювати з НСЗУ, постачальниками, пацієнтами та організаціями зменшення шкоди для підвищення привабливості та рівня використання пакетів НСЗУ та послуг ЗПТ для досягнення цільових показників до 2025 року, визначених у Державній стратегії протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року. Ці зусилля мають бути спрямовані на подолання негативної репутації якості препаратів ЗПТ місцевого виробництва серед клієнтів, більш ефективні засоби перенаправлення та мотивації з боку служб профілактики ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків (послуг зменшення шкоди), а також на проведення консультацій щодо привабливості тарифу 2023 року, який включатиме надавачів первинної та приватної медичної допомоги. Необхідний діалог з НСЗУ щодо моніторингу та вирішення питання привабливості ЗПТ серед невеликих закладів первинної медичної допомоги та підходів до забезпечення якості надання послуг з ЗПТ, що фінансується НСЗУ (із залученням громадського моніторингу, де це доречно).

Послуги з протидії туберкульозу

6. Впровадити Дорожню карту переходу з переглянутими етапами на 2023-2025 роки, залучивши постачальників послуг і передбачивши надійний механізм моніторингу та навчання для виявлення ризиків і роботи над рішеннями. Наскільки це можливо, працювати над її реалізацією в напрямку побудови єдиної узгодженої системи для всіх протитуберкульозних послуг, що фінансуються з усіх джерел.

Послуги з профілактики ВІЛ-інфекції, догляду та підтримки ЛЖВ та послуги з протидії туберкульозу у в'язницях

7. Розробити дорожню карту переходу, яка включатиме розробку відповідних фінансових планів і планів закупівель, а також нормативної документації для майбутнього державного фінансування та управління. Цей процес має бути консультативним і ґрунтуватися на уроках, винесених з Плану переходу 20-50-80.

Спроможність фармацевтичного планування та закупівель

8. Визначити пріоритетність зусиль у цій сфері в наступному циклі. Окремий аналіз необхідний для повного розуміння першопричин викликів та можливостей в рамках цілісної системи з чітким розподілом ролей, обов'язків та ресурсів між ДП «Медичні

закупівлі України», ЦГЗ та іншими стейкхолдерами. МОЗ має координувати розбудову цієї спроможності та системи.

Впровадження Плану сталого розвитку, нагляд та обізнаність

9. Використовувати Національну раду з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу для стратегічного нагляду за процесами сталої розбудови. Більш технічні, оперативні обговорення («плани переходу», «дорожні карти» тощо) потребують створення окремих робочих груп з конкретними завданнями і термінами та спільного керівництва з боку різних партнерів.
10. Спланувати підвищення обізнаності про те, що держава бере на себе більшу відповідальність у сфері ВІЛ, туберкульозу та ЗПТ, чітко пояснюючи, чому ці послуги є важливими та пріоритетними для держави. Як мінімум, це має включати регулярну публікацію оновленої інформації про прогрес, яка активно поширюється серед спільнот, що працюють у сфері ВІЛ, туберкульозу, громадського здоров'я та соціальних послуг.

1 Мета і методологія

У 2017 році Національна рада з питань протидії туберкульозу (ПТ) та ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні затвердила пакет документів для запиту на фінансування від Глобального фонду, в тому числі План переходу 20-50-80. Цей план, який базується на затвердженій Кабінетом Міністрів України Стратегії забезпечення сталої відповіді на епідемію туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу до 2020 року, став умовою грантової угоди між Глобальним фондом для боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, туберкульозом та малярією, та основними реципієнтами в Україні на 2018-2020 роки. Звіт щодо розвитку і прогресу у виконанні Плану переходу було включено до запиту на фінансування від Глобального фонду на 2021-2023 роки.

Цей незалежний огляд результатів Плану переходу було замовлено у відповідь на запит Групи технічної оцінки (ГТО) Глобального фонду до Національної координаційної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, направлений у 2020 році. Запит ГТО визначає мету та питання, які спільно визначили Центр громадського здоров'я, Глобальний фонд та ЮНЕЙДС:

1. Наскільки положення плану переходу 20-50-80 були реалізовані станом на кінець 2021 року?
2. Які відбулися зміни, що не були передбачені планом переходу?
3. Наскільки планування переходу відповідало меті з точки зору клієнтів та надавачів послуг (в тому числі, чи сприяв перехід впровадженню нових та ефективних підходів та інновацій на додаток до наявних пакетів послуг, а також фактичного охоплення та обсягу послуг)?
4. Чи сприяють нормативно-правова база та середовище надання послуг/лікування бенефіціарам?
5. Чи можна використовувати наявні дані МіО (моніторингу і оцінки) для визначення ризиків, пов'язаних із переходом, і як мають змінитися функції МіО внаслідок переходу?
6. Які існують можливості для включення послуг у сфері ВІЛ/ТБ в пенітенціарну систему на наступному етапі переходу?
7. Які висновки та виклики, пов'язані з переходом від фінансування Глобальним фондом до державного фінансування у протидії ВІЛ-інфекції, є актуальними для ТБ і мають бути об'єднані в огляді?

Для проведення огляду було обрано Центр медичної політики та досліджень (PAS) у Молдові. Робота велася за підтримки Механізму технічної підтримки ЮНЕЙДС.

На початковому етапі оглядачі та учасники договору встановили, що планування переходу є еволюційним процесом, з різними версіями документів, різним розумінням того, що включає в себе планування переходу, серед ключових зацікавлених сторін, а також обмеженою актуальністю та чіткістю деяких елементів, відображених у документах з планування переходу за 2017 та 2019 роки. Тому було вирішено зосередити основну увагу на профілактиці ВІЛ серед ключових груп населення, терапії для людей, які живуть з ВІЛ, та підтримувальній терапії опіоїдними агоністами (ЗПТ).

Команда оглядачів погодила з виконавцями методологію, включаючи перелік стейкхолдерів для проведення інтерв'ю. Співробітники Центру громадського здоров'я надали підтримку у зборі необхідної інформації. Огляд включає:

- кабінетний аналіз нормативних та ключових програмних і бюджетних документів, пов'язаних з напрямками Плану переходу, оновлень та звітів Плану переходу, державних стратегічних документів та програмних звітів щодо протидії ВІЛ і туберкульозу, документації стосовно донорів, документації Стратегічної робочої групи ЦГЗ, зразків договорів з надавачами послуг тощо,
- інтерв'ю з 25 державними стейкхолдерами та 3 регіональними стейкхолдерами [див. [Додаток 2](#)],
- 5 онлайн-фокус-груп з 34 представниками неурядових організацій – надавачів послуг у вибраних регіонах, [див. *зведений звіт у Додатку 4*],
- напівструктуровані інтерв'ю (113) та анкетування (505) користувачів послуг з профілактики ВІЛ-інфекції, терапії опіоїдними агоністами та замісної підтримувальної терапії, всього 618 осіб. [див. *зведений звіт у Додатку 3*].

Із урахуванням обширної території України, проводилося опитування стейкхолдерів, надавачів та користувачів послуг із семи цільових областей, які відображають епідеміологічну ситуацію та різноманітність донорських інвестицій (області з інвестиціями ПЕПФАР та без них). Для огляду було обрано Дніпропетровську, Харківську, Львівську, Одеську, Полтавську, Запорізьку та Житомирську області.

Досліджуваний період – 2018-2021 роки.

Огляд було розпочато у листопаді 2021 року та завершено у січні 2023 року. У зв'язку з вторгненням росії в Україну з лютого 2022 року оцінювання було призупинено. Відновлення роботи в червні 2022 року вимагало перегляду методології (виключення з методології особистих інтерв'ю та опитування фокус-груп, обмеження очікувань щодо доступу до державних даних, державних установ та стейкхолдерів у країні, переформулювання запитань, щоб уточнити ситуацію до вторгнення), а також коригування очікувань щодо можливості реалізації конкретних рекомендацій стосовно сталості та переходу донорів у новій ситуації. В огляді не розглядалися постійні зміни в послугах і потребах, що відбуваються під час реагування на надзвичайні ситуації. Крім того, паралельно з оцінкою ЦГЗ та інші зацікавлені сторони продовжували вдосконалювати управління та стійкість реагування. Зміни, які відбулися у 2022 році, не повністю відображені у звіті.

Інше обмеження огляду пов'язане з непідконтрольними уряду України територіями Донецької та Луганської областей, АР Крим та м. Севастополь, де тягар епідемії ВІЛ та туберкульозу є високим і які потребують міжнародної та іноземної підтримки. Вони не були включені в процеси донорського переходу України через їх окупацію з 2014 року. Відтак, більшість даних у звіті стосуються підконтрольних уряду територій, на які поширюється дія Плану переходу, і не включають дані про всю територію України.

До складу оглядової групи увійшли: Крістіна Целан (менеджерка), Ліліана Караулан (провідна міжнародна консультантка з ВІЛ/ТБ до кінця 2021 року), Рамінта Стуйкіте

(міжнародна консультантка²), Олена Сініцина (національна консультантка з фінансування охорони здоров'я), Олена Нечосіна (національна консультантка з ВІЛ, туберкульозу та громадського здоров'я), Олександра Яцура (керівниця фокус-груп та інтерв'ю з клієнтами), Андрій Яровий (консультант з інтерв'ю з клієнтами) та Максим Касянчук (консультант з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу та соціологічного аналізу – з липня 2022 року). Ефективність та можливості групи суттєво постраждали через російське вторгнення. До угоди з виконавцями долучився ще один учасник, але жодних подальших змін у складі команди не відбулося, щоб забезпечити повну корисність вкладених зусиль.

Нагляд та підтримку в проведенні оцінки забезпечували високостійкі команди з ЦГЗ, ЮНЕЙДС, Глобального фонду та Секретаріату Національної ради. Групу очолили Ольга Гвоздецька, Олена Нестерова, Лариса Гетьман, Ірина Іванчук, Яна Терлеєва та Людмила Легкоступ (ЦГЗ); Наїра Саркісян, Наталія Салабай та Роман Гайлевич (ЮНЕЙДС), Любов Кравець та Ірина Короєва (Секретаріат НР); Даррен Доркін, Давид Кокішвілі, Ольга Гордієва (до лютого 2022 року) та Нінета Авані (з листопада 2022 року, Глобальний фонд).

² Рамінта Стуйкіте – заступниця голови Групи технічної оцінки (ГТО) Глобального фонду. Керівниця Бюро з питань етики Глобального фонду схвалила її участь у цьому огляді у серпні 2021 року та визначила заходи для вирішення реального, припустимого та потенційного конфлікту інтересів. Звіт не є відображенням позиції ГТО.

2 Планування, впровадження та підзвітність переходу

Рисунок 1: Коротка інформація про Україну

Населення	41,1 мільйон (без урахування Криму) https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2022/zb/05/zb_Chuselnist.pdf
Статус доходів	Дохід нижче середнього [за даними Світового банку]
Адміністративно-територіальний устрій	27 адміністративних одиниць (у тому числі дві повністю окуповані станом на кінець 2021 року та дві з великою часткою непідконтрольних уряду територій)
Видатки на охорону здоров'я	7,1% ВВП (2019) 7,7% загальних державних витрат (2019) [за даними ВООЗ та СБ]
Статистика епідемії ВІЛ	240,000 людей живуть з ВІЛ [ЮНЕЙДС, 2021] 58% з них досягли вірусної супресії 0.9% переважання серед дорослих (18-49 р.) На державному рівні ВІЛ-інфекція поширена серед споживачів ін'єкційних наркотиків (20,9%), секс-працівників (5,2%), чоловіків, які мають секс із чоловіками (4%)
Статистика епідемії туберкульозу (ВООЗ)	Восьме місце за кількістю людей із МРТБ у світі та один із найвищих показників смертності в Європі, у той час як захворюваність на туберкульоз зменшується (зменшення на 19% у порівнянні між 2015 і 2020 роками)
Координатори	Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу (здійснює роль Координаційного органу у країні), її документація: https://moz.gov.ua/nacionalna-rada-z-pitan-protidii-tuberkulozu-ta-vilnsnid
Основні реципієнти грантів Глобального фонду	- Центр громадського здоров'я при МОЗ (ЦГЗ), - «100% Життя» (Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ), - Альянс громадського здоров'я (Альянс)
Медична реформа	Передбачає розвиток системи громадського здоров'я, реформу фінансування та посилення централізованих закупівель
Зона бойових дій і тимчасово окуповані території	Крим із Севастополем і частини Донецької та Луганської областей (5,3 мільйона або близько 12,8% населення країни у 2020 році, до повторного вторгнення у 2022 році, згідно із запитом на фінансування до Глобального фонду на 2021-2023 роки)

2.1 Розробка Плану переходу

У 2017 році Україна значно збільшила державні видатки на протидію ВІЛ-інфекції та туберкульозу: майже в 2 рази по ВІЛ-інфекції³ і на 60% по ПТ⁴ порівняно з попереднім роком. Це збільшення як компенсувало скорочення міжнародного фінансування, так і збільшило загальний обсяг доступного фінансування. У сфері ВІЛ загальний обсяг фінансування збільшився зі 104,2 млн доларів США у 2016 році до 107,8 млн доларів США у 2017 році, з яких 46,2 млн доларів США (42,8%) надійшло з державного бюджету⁵.

³ ЮНЕЙДС, глобальний моніторинг СНІДу на основі звітів GARPR, доступний за посиланням <https://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html#>

⁴ Розраховано на основі даних, наведених у запиті України до Глобального фонду на фінансування протидії ТБ та ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2018-2020 роки – таблиця "Структура фінансування", Огляд прогалин у ПТ.

⁵ ЮНЕЙДС, глобальний моніторинг СНІДу на основі звітів GARPR, доступний за посиланням <https://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html#>

Сукупні витрати на ТБ зросли з 38,2 млн доларів США у 2016 році до 41,6 млн доларів США у 2017 році, при цьому частка державного фінансування у 2017 році досягла 84% (35 млн доларів США)⁶. Водночас, протидія ВІЛ-інфекції та туберкульозу в Україні залишається значною мірою залежною від Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, уряду США та інших донорів.

22 березня 2017 року Кабінет Міністрів утвердив *Стратегію забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу до 2020 року*⁷. Її ухваленню сприяв національний діалог щодо нового запиту на фінансування до Глобального фонду на період 2018-2020 років.⁸ Протоколи та презентації^{9,10,11} цього діалогу свідчать про загальнонаціональну згоду щодо підвищення ролі державного сектору в національних програмах протидії ВІЛ-інфекції та туберкульозу, в тому числі в управлінні більшою частиною грантів Глобального фонду, а також про посилення відповідальності та спроможності Центру громадського здоров'я, який працює разом з двома потужними основними реципієнтами від громадського сектору: «100% життя» (Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ) та Альянсом громадського здоров'я (Альянс).

План переходу 2017 року 20-50-80 виклав трирічне бачення та дорожню карту для переходу від міжнародного до державного управління та фінансування у наступних сферах: профілактика ВІЛ-інфекції та підтримка людей, що живуть з ВІЛ, а також закупівля антиретровірусних та протитуберкульозних препаратів. На той час міжнародне фінансування у цих сферах значною мірою здійснювалося «100% життя» та Альянсом. Розроблений робочою групою Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу з підготовки запиту на фінансування, схвалений Національною радою як Додаток 10 до пакету запиту на фінансування, Перехідний план не мав статусу нормативно-правового акта. Однак його виконання стало умовою грантових угод з Глобальним фондом щодо поступового збільшення державного фінансування. Його невиконання могло призвести до відкликання 25% гранту (майже 30 мільйонів доларів США)¹². Формула 20-50-80 відображала орієнтири для переходу управління до держави, а державне фінансування мало збільшитися в частинах 0%-50%-80% фінансування допомоги та підтримки для людей, які живуть з ВІЛ, а також базових послуг з профілактики ВІЛ серед трьох ключових груп населення: споживачів ін'єкційних наркотиків, секс-працівників та чоловіків, які мають секс із чоловіками.

⁶ Розраховано на основі даних, наведених у запиті України до Глобального фонду на фінансування протидії ТБ та ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2018-2020 роки – таблиця "Структура фінансування", Огляд прогалин у ПТ

⁷ Постанова КМ від 22 березня, 2017 № 248-р

⁸ ПРОТОКОЛ № 2 засідання Робочої групи з розробки проекту запиту України до Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією на отримання фінансування програм з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2018-2020 роки (далі - РГ) (Додаток 35, запит України до Глобального фонду на 2018-2020 роки)

⁹ Сивак Оксана, заступниця Міністра охорони здоров'я України та голова групи з розробки запиту. Процес підготовки запиту України на програмне фінансування Глобального фонду на 2018-2020 роки. Презентація для Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, 18 травня 2017 року

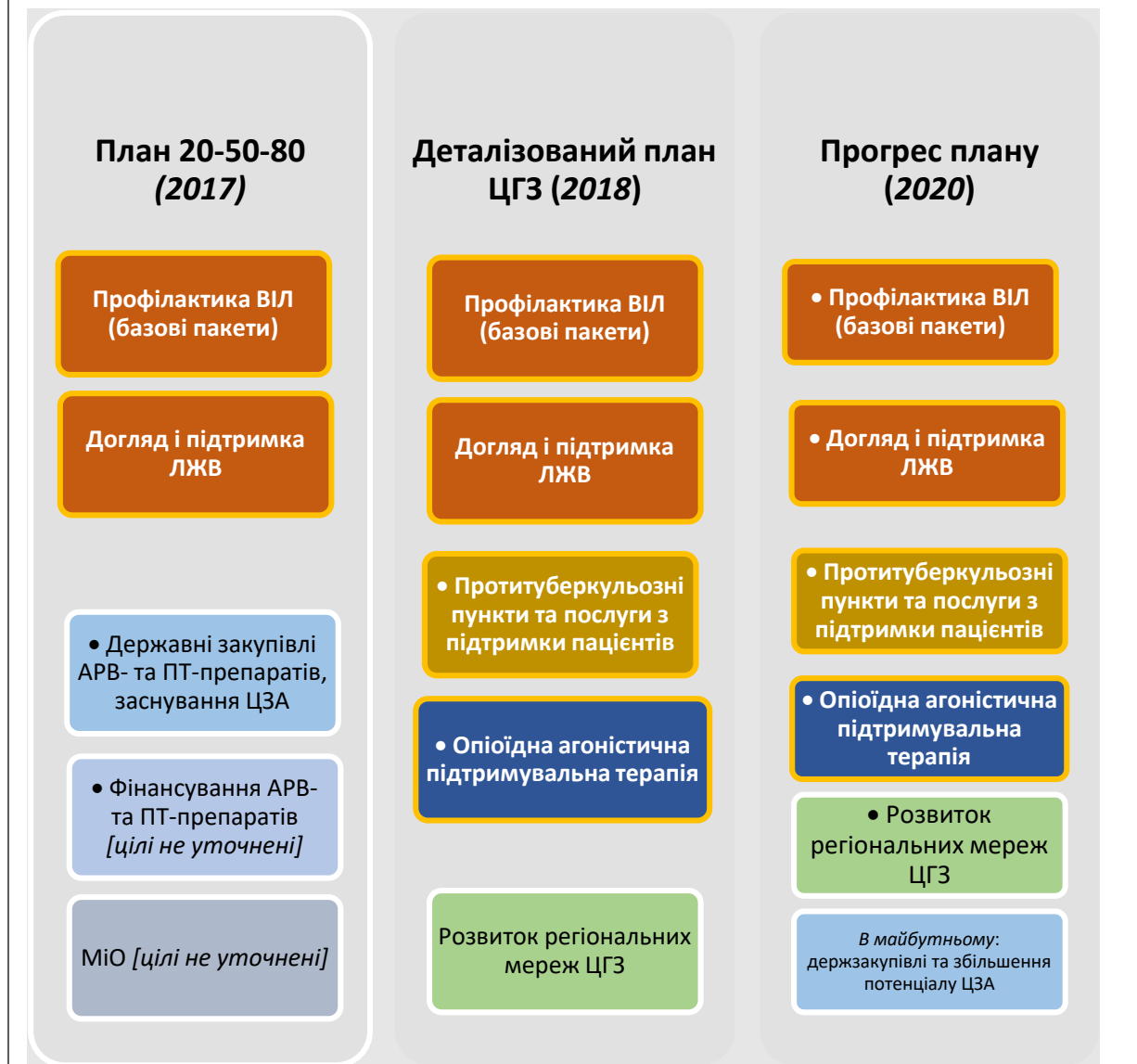
¹⁰ Наталія Нізова, Центр громадського здоров'я як основний реципієнт програми Глобального фонду у 2018-2020 роках, 18 травня 2017 року

¹¹ Протокол засідання Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу 18-05-2017

¹² Салабай Н. для Наглядової комісії стратегічного аналізу інформації в рамках роботи Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу за підтримки ГФ. Аналітична записка щодо виконання Плану переходу послуг, що підтримуються програмами Глобального фонду, на державне фінансування (План 20-50-80) (станом на кінець 2019 року - перше півріччя 2020 року) [не датовано]

В Україні планування переходу було еволюційним процесом, а не просто окремим планом. Існувало дві ітерації початкового плану переходу, який був розроблений у 2017 році, потім оновлений у 2018 році ЦГЗ і ще раз скоригований з оновленням інформації про прогрес у запиті на фінансування до Глобального фонду у 2020 році. Згідно з документацією та проведеними інтерв'ю, планування переходу (напрями та особливості в оновлених документах, що стосуються Плану переходу та робочих планів) розвивалося разом зі змінами в керівництві системи охорони здоров'я та ЦГЗ, а також можливостями, що з'явилися в ході реформування системи охорони здоров'я. Як показано на Рисунку 2 нижче, у 2018 році для планування переходу було додано дві додаткові сфери – замісна підтримувальна терапія опіоїдними агоністами та послуги з протидії туберкульозу. У подальших частинах звіту розглядаються чотири сфери, в яких передбачався перехід, з акцентом на профілактиці ВІЛ серед ключових груп населення та догляді і підтримці ЛЖВ.

Рисунок 2: Сфери посилення державної власності в розробці Плану переходу і в цьому звіті
 На рисунку представлено спрощений огляд сфер протидії ВІЛ-інфекції, туберкульозу та АОПТ, які потребують посилення державної участі. Сфери, виділені жирним шрифтом та окреслені жовтим кольором, знаходяться у фокусі цього огляду. План переходу був включений до запиту на фінансування, поданого Україною до Глобального фонду у 2020 році.



2.2 Впровадження, координація та моніторинг

Протягом періоду реалізації гранту Глобального фонду, у 2018 році, у двох областях (Полтавській та Сумській) було проведено пілотні закупівлі послуг з профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та підтримки при ВІЛ-інфекції, та протидії туберкульозу через місцеві державні установи за міжнародні кошти. У липні 2018 року Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу¹³ доручив Центру громадського здоров'я «другий етап реалізації Плану 20-50-80 у 2019 році». Було прийнято рішення про централізовану модель замість пілотної децентралізованої моделі на основі аналізу, представленого ЦГЗ¹⁴. Національна рада визначила такі напрямки роботи: розробка та сприяння створенню нормативної бази для розподілу державного фінансування та закупівлі послуг до кінця грудня 2018 року, включаючи, але не обмежуючись, розробку регламенту послуг, методологію визначення потреб, визначення вартості одиниці послуг (тарифів) та підходів до формування державного бюджету, підготовку документації, процесів та структур, пов'язаних із закупівлями. У цьому ж рішенні Національна рада доручила переглянути регіональні структури, правила та положення ЦГЗ, хоча для них не було визначено конкретної ролі в державних закупівлях послуг з профілактики, догляду та підтримки при ВІЛ-інфекції/СНІДі.

У серпні 2018 року документ ЦГЗ під назвою "Детальний план переходу 20-50-80" окреслив централізовану модель закупівель послуг, а також визначив нормативну роботу та інші кроки, необхідні для розподілу та використання бюджетних коштів і державних стандартів надання послуг. На відміну від Перехідного плану "20-50-80" 2017 року, цей документ розглядає підтримку лікування туберкульозу в амбулаторній моделі та розширення замісної підтримувальної терапії опіоїдними агоністами (ЗПТАО), в тому числі в місцях позбавлення волі, як частину переходу.

У 2019 році Центром громадського здоров'я була створена "Стратегічна робоча група з питань забезпечення сталості послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу в межах переходу на державне фінансування"¹⁵. Метою створення цієї міжвідомчої групи була "національна координація та моніторинг виконання заходів в рамках реалізації завдань при переході від фінансування міжнародних донорів до фінансування за рахунок коштів державного бюджету у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу". За 6 місяців роботи у 2019 році Стратегічна робоча група провела 6 засідань, на яких обговорювалися операційні та стратегічні аспекти публічних закупівель послуг з профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та підтримки людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ). У 2020-2021 роках робота продовжилася менш інтенсивно – 3 засідання на рік. Початковий склад Стратегічної робочої групи включав 9 членів¹⁶ від трьох основних реципієнтів національних програм з ВІЛ/ТБ, що підтримуються Глобальним фондом (ЦГЗ, "100% життя" та Альянс); двох груп громадянського суспільства з нагляду та розбудови потенціалу (Школа бюджетної адвокації та Інститут аналітики та адвокації); Наглядовою

¹³ ПРОТОКОЛ засідання Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, м. Київ, 12 липня 2018 року (за підписом Віце-прем'єр-міністра України, Голови Ради Павла Розенка)

¹⁴ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (ЦГЗ) Виконання зобов'язань України щодо переходу програм Глобального фонду на бюджетне фінансування в 2018 році. Презентація - Віктор Ляшко, Перший заступник Генерального директора]

¹⁵ Наказ Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (ЦГЗ) [№58-ард от 13.08.2019](#) Про утворення стратегічної робочої групи з питань забезпечення сталості послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СПІДу та туберкульозу в межах переходу на державне фінансування

¹⁶ Лист Державної установи (ЦГЗ) від 11.07.2017 № 1337

комісії Національної ради; Міжнародного фонду "Відродження" (який підтримував бюджетну адвокацію громадянського суспільства та початкові робочі групи з питань реформування системи охорони здоров'я); ЮНЕЙДС та, до 2021 року, представника новоствореного стратегічного закупівельника послуг у сфері охорони здоров'я в Україні - Національної служби охорони здоров'я України (НСЗУ). У 2021 році група була розширена за рахунок представників Міністерства охорони здоров'я, USAID та громадських організацій. Більшість членів групи відіграли важливу роль у підтримці ЦГЗ своїм аналізом, вирішенні складних питань, включаючи посередництво в конфліктних ситуаціях, допомогу в розбудові потенціалу та підвищенні обізнаності надавачів послуг тощо. Ще у 2019 році Стратегічна робоча група вирішила створити підгрупи з питань туберкульозу та пенітенціарних установ. Аналіз протоколів засідань Стратегічної робочої групи у 2019-2021 роках показав, що її обговорення майже повністю зосереджувалися на питаннях профілактики, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ-інфекцією. Більшість інших аспектів Детального плану переходу 20-50-80 (наприклад, ЗПТ, пакети державних медичних гарантій, забезпечені НСЗУ, централізовані закупівлі, розвиток регіональної ПМД) не були розглянуті. Таким чином, Стратегічна робоча група здійснила частковий операційний нагляд за цим Планом, а не за всім Планом в цілому.

ЦГЗ регулярно надавав Глобальному фонду письмові звіти про хід реалізації переходу (два у 2019 році, щомісяця у першій половині 2020 року та два 6-місячні звіти у 2020 році). Усі звіти зосереджені на питаннях, пов'язаних з профілактикою ВІЛ та допомогою і підтримкою ЛЖВ (нормативні, фінансові, безпосередня імплементація та проблеми з вирішенням).

Аналогічно, Комісія з нагляду Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу двічі на рік публікувала аналіз прогресу, який був представлений та обговорений з Національною радою. Наприклад, у 2019 та 2021 роках Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу рекомендувала публікувати інформацію про хід публічних закупівель послуг, включаючи результати виконання індикаторів, нормативних актів та аналізу на веб-сайті ЦГЗ, у 2021 році за рекомендацією Наглядової комісії рекомендувала включити членів Національної ради та її Наглядової комісії до моніторингових візитів¹⁷.

План переходу та звіти про хід його виконання, включаючи досягнення результатів, не публікуються на веб-сайті ЦГЗ, але відображаються у щорічних бюлетенях «ВІЛ-інфекція/СНІД в Україні»¹⁸ та на нещодавно розробленому порталі¹⁹ з інфографікою та даними про ВІЛ, включаючи послуги, які переходять під державне управління та фінансування. Регіональні органи влади та партнери - навіть ті, що виконували пілотні проекти в рамках Плану переходу - не були залучені до обговорення та координації впровадження.

¹⁷ Рішення Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу від 28 січня 2021 року

¹⁸ Режим доступу: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/monitoring-i-ocinyuvannya/informaciyni-byuleteni-pro-vilsnid>

¹⁹ Режим доступу: https://npsi.phc.org.ua/HIV_Monitoring

3 Послуги з профілактики ВІЛ-інфекції та підтримки для ключових груп і ЛЖВ

Перехідний план містив зобов'язання передати системи фінансування та адміністрування послуг з профілактики ВІЛ (базовий пакет для трьох ключових груп населення), а також догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), від донорів до держави. Державне фінансування було визначено відповідно до контрольних показників фінансування 0%-50%-80% у 2018, 2019 та 2020 роках. У 2018 році було заплановано пілотний проект з фінансування 20% базових послуг з профілактики за рахунок коштів гранту Глобального фонду для ПМД. У наведених нижче розділах описано досягнення та отримані висновки з кількох питань, зокрема: регулювання, фінансування, пакети послуг, модель закупівель, управління та результати надання цих послуг з профілактики та допомоги.

3.1 Політика, нормативна та регуляторна робота

Всеохопні принципи законодавства виражають зобов'язання надавати послуги з профілактики ВІЛ, догляду та підтримки. *Державна стратегія протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року*²⁰ (Державна стратегія) встановлює цільовий показник охоплення комплексними послугами з профілактики ВІЛ-інфекції трьох ключових груп населення: люди, які споживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН), секс-працівників (СП) та чоловіків, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ), на рівні 70% охоплення, виходячи з оціночної чисельності груп населення, у 2020 році, 80% – у 2025 році та 95% – у 2030 році. Допомога та підтримка людей, які живуть з ВІЛ, прямо згадується в загальній меті Державної стратегії, хоча конкретні цілі не встановлені.

Правові підстави для того, щоб держава взяла на себе відповідальність за надання послуг, були в основному створені у 2019 році, причому основна частина роботи була завершена ще до того, як була сформована Стратегічна робоча група. Ця робота включала визначення регламенту послуги, вартості одиниці послуги, бюджетної основи та бюджетної статті, через яку держава фінансуватиме послугу, а також підготовку тендерної документації синхронно з пошуком ресурсів для надання послуги.

У червні 2019 року Кабінет Міністрів доручив Міністерству охорони здоров'я розпочати організацію закупівель та розподіл фінансування послуг з профілактики, допомоги та підтримки при ВІЛ-інфекції²¹, відповідно до затвердженої урядом Концепції розвитку громадського здоров'я²².

У липні 2019 року МОЗ затвердив п'ять нормативних документів для розрахунку вартості та регулювання двох послуг, які переважно впроваджуються громадськими та іншими організаціями громадянського суспільства (ОГС). Вперше послуги зі зменшення шкоди

²⁰ Розпорядження КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1415-р «Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року»
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-%D1%80#Text>

²¹ [наразі не чинне] Розпорядження КМУ від 12.06.2019 р. № 497 “Деякі питання надання послуг представникам груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ та людям, які живуть з ВІЛ”
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/497-2019-п#Text>

²² РОЗПОРЯДЖЕННЯ Кабінету від 30 листопада 2016 р. № 1002-р [Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я](#)

були чітко визнані частиною національної системи охорони здоров'я поза межами програмних документів. Положення, що встановлюють "порядок надання послуг" (тобто стандарти громадського здоров'я для послуг), один для профілактики, а інший для допомоги та підтримки людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), були затверджені МОЗ^{23,24}. До затвердження "Порядку надання послуг", відповідно до практики державного бюджетування, було затверджено методологію розрахунку витрат, яка визначає підхід до визначення максимального обсягу фінансування потреб у цих видах послуг, а також те, що входить до цього максимального обсягу^{25,26}. Окремі одиничні тарифи на два пакети послуг (і на кожне втручання, що фінансується державою) були затверджені МОЗ відповідно до встановлених процедур надання державних послуг та методологій розрахунку вартості^{27,28}. Документи були зареєстровані в Міністерстві юстиції. Міністр внутрішніх справ підписав положення про ключові групи населення. Ці п'ять актів МОЗ про послуги та їхню вартість стали нормативною основою для укладання договорів та фінансування послуг у 2020-2021 роках.

Бюджетний запис на послуги було включено до існуючої бюджетної програми №2301400 від 2019 року²⁹, за якою фінансувалося лікування ВІЛ-інфекції, а з 2020 року – за новою бюджетною програмою "Охорона здоров'я та заходи з протидії епідеміям" (бюджетна програма № 2301040)³⁰. Слід зазначити, що закупівля послуг у сфері громадського здоров'я є одним з п'яти напрямів останньої бюджетної програми, і єдиними державними послугами, що закуповуються, є послуги для ключових груп населення та людей, які живуть з ВІЛ, що свідчить про їхню високу пріоритетність у розвитку державної системи громадського здоров'я. Крім того, розробка, перегляд та актуалізація бюджетної програми має відбуватися відповідно до правил, встановлених Міністерством фінансів (Мінфін)³¹ вимагає щорічного затвердження, а всі зміни та доповнення мають бути узгоджені з Мінфіном. Таким чином, ця робота, пов'язана з бюджетними програмами, зокрема створенням нових бюджетних статей для профілактики ВІЛ, допомоги та підтримки ЛЖВ, потребувала значної узгодженої міжвідомчої підготовки та координації під керівництвом ЦГЗ у співпраці з МОЗ та Мінфіном, і була менш помітною для всіх зацікавлених сторін на національному рівні.

3.2 Розподіл фінансування та витрати

²³ Наказ МОЗ № 1606 від 12.07.2019 [Про затвердження Порядку надання послуг з профілактики ВІЛ серед представників груп підвищеного ризику щодо інфікування на ВІЛ](#)

²⁴ Наказ МОЗ № 1607 від 12.07.2019 [Про затвердження Порядку надання послуг з догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ](#)

²⁵ Наказ МОЗ №1556 від 08.07.2019 «[Методика розрахунку граничних тарифів на надання послуг з профілактики ВІЛ серед групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ](#)»

²⁶ Наказ МОЗ №1556 від 08.07.2019 «[Методика розрахунку граничних тарифів на надання послуг з догляду і підтримки людей, які живуть з ВІЛ](#)»

²⁷ Наказ МОЗ №1681 від 23.07.2019 «Граничні тарифи на надання послуг з профілактики ВІЛ серед групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0906-19#Text>

²⁸ Наказ МОЗ №1681 від 23.07.2019 «[Про затвердження граничних тарифів на надання послуг, пов'язаних з ВІЛ](#)»

²⁹ Наказ МОЗ №411 від 14.02.2019 [Про затвердження паспорта бюджетної програми на 2019 рік \(2301040\)](#)

³⁰ Постанова Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 № 1121 [Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для виконання програми "Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями"](#)

³¹ Наказ Мінфіна України від 29.12.2002 № 1098 «[Про паспорти бюджетних програм](#)»

Державне фінансування послуг з профілактики ВІЛ-інфекції серед ключових груп населення та допомоги і підтримки ЛЖВ становило 0 у 2018 році, 83,8 млн грн (40% від оціночної річної потреби, визначеної в бюджеті на 2018 рік³²) у 2019, 207,5 млн грн (100% оціночної річної потреби) у 2020 і стільки ж (100% оціночної річної потреби) у 2021 році (*деталі щодо розподілу та витрачання коштів див. Рисунок 3*).

Ці державні асигнування базувалися на фактичних витратах на ці пакети послуг у 2018 році в рамках програми Глобального фонду. Відповідно до затверджених МОЗ методологій розрахунку вартості цих двох послуг^{33,34}, ЦГЗ за підтримки "100% Життя" для послуг з допомоги та підтримки ЛЖВ та Альянсу для програм для ключових груп населення зібрав дані про обсяги та структуру витрат (включаючи прямі та непрямі витрати), а також дані про середнє охоплення від постачальників послуг, що надають послуги з переадресації.

У 2019 році МОЗ вдалося забезпечити фінансування послуг з профілактики, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ-інфекцією за рахунок наявних ресурсів без залучення додаткових коштів. Це стало можливим завдяки економії бюджетних коштів на закупівлю препаратів проти ВІЛ, за даними колишніх співробітників ЦГЗ та "100% Життя", а також аналізу змін до "бюджетного паспорту" (див. також розділ 6.3. Таким чином, оптимізація бюджетів на антиретровірусну терапію зробила доступним перше державне фінансування послуг підтримки для ключових груп населення та ЛЖВ. Робота була проведена з неймовірною швидкістю та синхронно з державними процесами. Зазвичай бюджетне планування починається за рік до цього (тобто у 2018 році на 2019 фінансовий рік), і будь-яке виділення коштів потребує обґрунтування на основі калькуляції витрат та регламенту послуг, які були завершені лише в липні 2019 року, а бюджет на 2020 рік - наприкінці 2019 року.

У 2019-2021 роках річні асигнування на послуги були використані лише частково. Коефіцієнт освоєння розпочався з низьких 24% від виділених сум у 2019 році і покращився у 2020 та 2021 роках (68% та 73% відповідно). Таким чином, фактичні суми, що надходили до послуг, були значно меншими, ніж у попередні періоди, тоді як початковий орієнтир фінансового переходу 0%-50%-80% був досягнутий в основному в межах державних асигнувань 0%-40%-100%.

Недовикористання відбулося на етапі проведення тендерів та укладання контрактів з надавачами послуг (було укладено 93% від виділених коштів у 2020 році та 79% у 2021 році), а також на етапі, коли надавачі послуг не могли претендувати на повний бюджет на свої послуги на основі підходу фінансування за результатами (було використано 73% від скоригованих у бюджетному плануванні/контрактіваних сум у 2020 році та 93% у 2021 році)³⁵.

Недовикористання коштів створює ризики для повноцінного розподілу фінансування в майбутньому і є критично важливим для вирішення, оскільки з точки зору державного

³² Далі в аналізі окреслено підхід до оцінки бюджету на основі державної методики розрахунку вартості послуг.

³³ Наказ МОЗ №1681 від 23.07.2019 «Граничні тарифи на надання послуг з профілактики ВІЛ серед групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0906-19#Text>

³⁴ Наказ МОЗ №1681 від 23.07.2019 «[Про затвердження граничних тарифів на надання послуг, пов'язаних з ВІЛ](#)»

³⁵ На основі аналізу даних, наведених на Рисунку 1, та переліку постачальників, з якими укладено контракти.

управління це свідчить про низький попит. У 2020 та 2021 роках під час перегляду бюджету в середині року було зменшено асигнування, заплановані на послуги у сфері ВІЛ, що дозволило вивільнити невикористані кошти на інші потреби у сфері охорони здоров'я. Незважаючи на недовикористання, незмінний рівень запланованих асигнувань на 2021 та 2022 роки став можливим завдяки професійному керівництву МОЗ та ЦГЗ³⁶.

Сума виділених коштів була меншою порівняно з аналогічною сумою у 2018 році, оскільки в методології розрахунку витрат не було враховано два аспекти: 1) інфляція (індексація одиничних ставок допускається, але не була передбачена в методологіях для двох послуг у сфері ВІЛ); та 2) податок на додану вартість (ПДВ), що застосовується для послуг, які закуповуються державою³⁷. Гранти Глобального фонду не підлягають оподаткуванню ПДВ, і, відповідно, постачальники послуг не сплачують 20% з проєктів Глобального фонду. Однак закупівля послуг у сфері громадського здоров'я не звільняється від сплати ПДВ в Україні. РГС³⁸ та інші проаналізували проблему та варіанти її вирішення, але, за словами надавачів послуг, вона залишається не вирішеною.

Держава досі не фінансує (і не закуповує) товари для профілактики ВІЛ серед ключових груп, включаючи шприци, голки, експрес-тести на ВІЛ, лубриканти. Профілактичні засоби фінансуються Глобальним фондом, а управляє закупівлями та постачанням Альянс. Згідно з двома інтерв'ю з державними установами, перехід на державне фінансування, закупівлі та постачання товарів створить проблеми для підтримки поточного підходу до конфіденційного розповсюдження профілактичних матеріалів через державні ресурси.

Рисунок 3: Державні асигнування, витрати та кількість людей, що обслуговуються, на основі бюджетних даних

Дані з: Паспорту бюджетної програми № 2301040 на 2019 (зміни від 05.12.2019 та 28.12.2019), 2020 та 2021 роки та звітів про її виконання за 2019, 2020 та 2021 роки; Паспорту бюджетної програми № 2301400 на 2019 рік та звіту про її виконання.

		2019 (2-га пол.)	2020	2021
Фінансові показники - тис. грн.				
Виділена сума	<i>Всього</i>	83 821	207 492,4	207 492,4
	Профілактика ВІЛ	51 983,8	148 054,3	135 340
	Допомога і підтримка ЛЖВ	31 837,2	59 438,1	72 152,4
Переглянуто після укладання контракту	<i>Всього</i>		192 894,4	164 152,1
	Профілактика ВІЛ		127 686,2	108 928,6
	Допомога і підтримка ЛЖВ		65 208,2	55 223,5
Використано (% від виділеної суми)	<i>Всього</i>	19 943,5 (24%)	140 091,2 (68%)	152 027,3 (73%)
	Профілактика ВІЛ	8 435,4 (16%)	90 917,3 (61%)	100 876,00 (75%)
	Допомога і підтримка ЛЖВ	11 508,1 (36%)	49 173,9 (83%)	51 151,30 (71%)
Кількість людей, які отримали послуги (за державні кошти)				

³⁶ Інтерв'ю з державними стейкхолдерами.

³⁷ Демченко М. (2020). Аналітична довідка щодо набуття статусу платника ПДВ неприбутковою організацією

³⁸ Протокол засідання РГС від [11.02.2020](#), [02.07.2020](#)

Заплановано	<i>Всього</i>	23'2986	355'057	314'207
	Профілактика ВІЛ	21'1611	305'953	277'199
	Допомога і підтримка ЛЖВ	21'375	49'104	37'008
<i>Перегляд запланованого після укладання контракту</i>	<i>Всього</i>		306'713	287'799
	Профілактика ВІЛ		268'573	256'047
	Допомога і підтримка ЛЖВ		38'140	31'752
Виконано (% від запланованого)	<i>Всього</i>	77'933 (33%)	302'490 (85%)	276'881 (88%)
	Профілактика ВІЛ	64'975 (31%)	268'342 (88%)	244'161 (88%)
	Допомога і підтримка ЛЖВ	12'958 (61%)	34'148 (70%)	32'720 (88%)
Бюджетна програма №		2301400	2301040	2301040

3.3 Пакети послуг, що фінансуються державою

МОЗ визначив пакети послуг^{39,40} залучивши національних партнерів та використовуючи настанови ВООЗ/ООН, а також попередній досвід в рамках програм, що фінансуються Глобальним фондом. Положення МОЗ про "порядок надання послуг" встановлює визначення, принципи, підходи, очікувані результати та деталі надання таких послуг. Вони встановлюють важливі принципи для обох типів послуг: акцент на підтримці "рівний-рівному", у тому числі з боку представників ключових груп населення, орієнтованість на потреби людей, конфіденційність (а у випадку профілактики - також анонімність), недискримінація, а також те, що вони мають бути науково обґрунтованими. Обидва положення про послуги описують пакети послуг, що фінансуються державою, а також набір додаткових заходів, що фінансуються з інших джерел. Право на надання послуг залишається відкритим для різних форм юридичних осіб, включаючи державні та приватні установи, а також ГО.

³⁹ Наказ МОЗ № 1607 від 12.07.2019 [Про затвердження Порядку надання послуг з догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ](#)

⁴⁰ Наказ МОЗ № 1606 від 12.07.2019 [Про затвердження Порядку надання послуг з профілактики ВІЛ серед представників груп підвищеного ризику щодо інфікування на ВІЛ](#)

У випадку профілактики, базовий пакет, що покривається державою, включає чотири послуги. Для порівняння, відкритий перелік інших послуг (фінансування яких очікується з місцевих та міжнародних джерел) є довшим і включає 12 заходів, що значною мірою відображає багато послуг з рекомендацій ВООЗ щодо ключових груп населення⁴¹ та ЗВЛВІН, ЗВЧСЧ, ЗВСП. Однак він не стосується безпосередньо структурних втручань, таких як декриміналізація або робота зі зменшення стигми. Як показано на Рисунок 4: *Пакети, що фінансуються державою, на основі регламенту надання послуг МОЗ*, основні послуги: тестування на ВІЛ, скринінг на туберкульоз, надання цільової інформації, навчання та консультування (ІНК), а також розповсюдження шприців, голки, презервативів та лубрикантів. Базові пакети послуг з профілактики ВІЛ-інфекції були сформовані таким чином, щоб включати базовий набір послуг, заснованих на доказовій медицині. Два національні респонденти зазначили, що, наприклад, кейс-менеджмент ВІЛ-інфекції для

Рисунок 4: Пакети, що фінансуються державою, на основі регламенту надання послуг МОЗ



ключових груп населення, як очікується, буде фінансуватися з міжнародних джерел. Таким чином, і держава, і міжнародні партнери фінансують тестування на ВІЛ, але з різними підходами: ЦГЗ фінансує регулярний скринінг через аутріч-працівників, тоді як міжнародне фінансування використовується для більш цілеспрямованого та ресурсномісткого "оптимізованого пошуку випадків" (відповідає рекомендованому Всесвітньою організацією охорони здоров'я перенаправленню або індексному тестуванню за допомогою партнера^{42,43}). Дані Альянсу щодо нефінансованих державою безкоштовних послуг свідчать про їх високий рівень використання ЛВІН, причому найбільш затребуваними є консультування, налоксон та тестування на ВІЛ-інфекцію. Для ЧСЧ найважливішою додатковою послугою є тестування на ВІЛ через "оптимізоване виявлення випадків". Також спостерігається високий попит на презервативи та доконтактну профілактику (ДКП).

Для послуг з догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ, визначено три пакети з різними цілями та набором консультаційних і мотиваційних сесій, як зазначено на **Ошибка! Источник ссылки не найден.**4. Хоча конкретних стандартів ВООЗ щодо забезпечення підтримки прихильності до лікування не існує, заходи, що підтримуються CDC,

⁴¹ Відтоді ВООЗ оновила документ і у 2022 році випустила [Зведену настанову з профілактики, діагностики, лікування та догляду при ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитах та ІПСШ для ключових груп населення](#).

⁴² За матеріалами Альянсу. Оптимізація пошуку випадків як стратегія покращення континууму ВІЛ-послуг для СІН та їхніх партнерів, презентація О. Денисюк, 2017 р., доступна за посиланням: https://gallery.mailchimp.com/92222f8f3ad2bfe9c770cf4b0/files/7996b265-1ccc-4c88-8eb1-0134722df4c0/LINKAGES_webinar_Ukraine_presentation.pdf

⁴³ ВООЗ (2019). Зведені настанови з надання послуг з тестування на ВІЛ

використовувалися для визначених і підтримуваних державою пакетів послуг. З 2020 року пакет 1 для охоплення партнерів ЛЖВ більше не покривається державним фінансуванням, оскільки він підтримується за рахунок інших ресурсів і, за словами надавачів послуг, за вищими ставками.

У 2020-2021 роках Україна не переглядала правила надання послуг, хоча, за повідомленнями, послуги мали суттєво адаптуватися до зміни базових потреб у зв'язку з пандемією COVID-19 і наданим зворотнім зв'язком⁴⁴.

Надавачів обох видів послуг закликали покращити орієнтованість на людину, адаптуючи пакети до різних потреб та розширюючи консультавання з можливістю кейс-менеджменту для деяких клієнтів, які потребують допомоги та бажають отримати більше підтримки. За результатами оцінки, обмеження на коригування послуг, що надаються, встановлені в затверджених МОЗ положеннях про послуги, які визначають як пакети, так і загальні принципи їх надання, договірні відносини та модель оплати. Таким чином, для покращення орієнтованості на потреби людей необхідно покращити всі елементи.

Таблиця 1: Найпопулярніші додаткові послуги серед клієнтів бюджетної профілактики

Дані Альянсу від Syrex для клієнтів, яких обслуговували у 2021 р.; включено лише послуги, які охопили принаймні 1%

Послуга	СН	СП	ЧСЧ
Консультавання	17%	2%	3%
Налоксон	14%		
Тест на ВІЛ	6%	1%	5%
Інші послуги ПТ	2%		1%
Кейс-менеджмент	1%		
ДКП			1%
Презервативи			2%

Виходячи з отриманих відгуків, базові пакети послуг з профілактики, допомоги та підтримки для ЛЖВ потребують розширення, а також збільшення гнучкості піднабору та частоти втручань. Як для профілактики, так і для послуг з допомоги та підтримки було рекомендовано запровадити кейс-менеджмент для клієнтів, які не отримують достатнього обсягу послуг. Зокрема, у сфері профілактики надавачі послуг розглядають пакети як базові, привабливість яких значно підвищується завдяки підтримці з боку інших донорів. Клієнти та надавачі послуг з профілактики потребують більшої кількості, якості та різноманітності засобів профілактики, особливо презервативів, а також можливості частішого тестування на ВІЛ⁴⁵. ВООЗ, як правило, рекомендує щорічне повторне тестування ключових груп населення, однак, на основі індивідуальних факторів ризику та в рамках ширших заходів з профілактики ВІЛ-інфекції може бути виправдано більш висока частота тестування - кожні 3-6 місяців⁴⁶. Необхідно провести додатковий аналіз щодо економічної ефективності частішого тестування для різних груп населення в Україні. Тести на вірусні гепатити та сифіліс були запитані клієнтами та службами для ЧСЧ. Профілактика та лікування передозувань налоксоном користується високим попитом і може врятувати життя, тому є важливою послугою (хоча і не для всіх). Інновації та потреби, пов'язані з COVID-19 (транспортування АРВ-препаратів у віддалені райони та для

⁴⁴ На основі п'яти фокус-групових дискусій з постачальниками послуг. Зведений звіт доступний у додатку.

⁴⁵ В огляді не вдалося виокремити потенційну похибку, пов'язану з тим, що вища вартість тестування на ВІЛ (порівняно з іншими послугами базового пакету) могла вплинути на думку постачальників послуг.

⁴⁶ ВООЗ (2019). [Зведені настанови з надання послуг із тестування на ВІЛ](#)

маломобільних груп населення; онлайн-консультування для ключових груп населення; самотестування), було запропоновано включити до нормативних документів МОЗ щодо послуг, які фінансуються державою, та контрактів. Хоча представники громадянського суспільства беруть участь у різних консультаціях, надавачі послуг заохочували залучення осіб, які безпосередньо працюють з клієнтами (не тільки менеджерів ГО).

Транс-люди та люди, які перебувають у місцях позбавлення волі, є частиною практики профілактики ВІЛ в Україні та визначені ВООЗ як ключова група населення⁴⁷, але вони не згадуються в міністерських нормативних документах, що регулюють надання послуг. Охорона здоров'я (і, відповідно, ВІЛ-послуги) в пенітенціарній системі перебуває у віданні Міністерства юстиції, тому регулювання послуг у цих установах не входить до поточного мандату МОЗ. Транс-люди, на відміну від ув'язнених, не включені до визначення МОЗ груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ⁴⁸. Перші послуги з профілактики для них розпочалися у 2016 році в рамках проєкту Глобального фонду, тому у 2017 році розуміння необхідного пакету та стратегічних даних існувало на зачаточному рівні (і їхній представник був делегований до Національної ради у 2019 році), але у 2018-2021 роках воно поглибилося, що дало міцну основу для кодифікації практики профілактики в майбутньому⁴⁹.

За результатами опитування клієнтів та фокус-груп з надавачами послуг: Можливості для покращення пакету послуг

Допомога і підтримка для ЛЖВ:

- Ці пакети недостатньо гнучкі для того, щоб вважати їх повністю орієнтованими на людину. За словами надавачів послуг, 6 сесій недостатньо для багатьох, особливо для людей, які вживають наркотики або перебувають у складних життєвих ситуаціях. Дехто потребує більше нелекційних консультацій та кейс-менеджменту. Допомога маломобільним групам населення не враховується в підходах до надання послуг. Є люди, які не потребують інформаційних сесій. Деякі надавачі послуг запропонували розглянути можливість об'єднання двох пакетів послуг – для ЛЖВ та для ЛЖВ-СІН – якщо це дозволить більш гнучкий підхід.
- Пакет надається ЛЖВ лише один раз без можливості додаткового консультування після отримання "пакету", що клієнти та державні стейкхолдери рекомендували змінити.
- Для надавачів послуг пакет із залучення партнерів ЛЖВ не був фінансово конкурентоспроможним порівняно з паралельною моделлю, що фінансується донорами. Тому його було припинено, хоча загалом він вважався важливим.
- Доставка ліків стала критично важливою послугою в умовах пандемії COVID, особливо у віддалених районах, і вона добре зарекомендувала себе, а тому має бути покрита державним фінансуванням.

⁴⁷ ВООЗ (2022). [Зведена настанова з профілактики, діагностики, лікування та догляду при ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитах та ІПСШ для ключових груп населення](#)

⁴⁸ МОЗ наказ 12.07.2019 № 1606 «[Про затвердження Порядку надання послуг з профілактики ВІЛ серед представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ](#)»

⁴⁹ Інтерв'ю з державними стейкхолдерами.

Профілактика ВІЛ:

- Надавачі послуг для трьох ключових груп підкреслили потребу в "менш жорстких" і менш "універсальних" правилах та/або договірних умовах надання послуг, які б дозволяли враховувати індивідуальні потреби та регіональні особливості - деякі клієнти на практиці отримують консультації частіше, а деякі можуть не з'являтися після кількох візитів, що робить штучним намагання надати їм повний пакет послуг "2+9".
- Ці три пакети є досить базовими, хоча й високо цінуються. Вони продовжували суттєво доповнюватися донорськими програмами, щоб зробити їх більш привабливими для клієнтів та ефективними для протидії ВІЛ-інфекції, наприклад, надавачі послуг для ЧСЧ наголошували на необхідності тестування на ВГС/сифіліс, інші - на необхідності кейс-менеджменту для людей з більш високими потребами. Клієнти просили про гуманітарну підтримку, більше налоксону, базові ліки для печінки, мазі, самотестування, перенаправлення до медичних спеціалістів (для лікування гепатиту С, невролога, гінеколога).
- Забезпечення: Як надавачі послуг, так і клієнти наголошували на необхідності збільшення кількості шприців та презервативів, що видаються відповідно до потреб, але, за словами одного з надавачів послуг, деякі люди можуть не захотіти приходити по 9 разів за обмеженою кількістю товарів. Клієнти наголошували на необхідності підвищення якості, розширення асортименту презервативів і збільшення кількості медичних препаратів, зокрема налоксону. Деякі надавачі послуг повідомляли про перебої в постачанні послуг, що фінансуються державою, і іноді вирішували ці проблеми за рахунок донорських програм, що реалізуються тими ж НУО. Це свідчить про необхідність подальшого покращення координації постачання та управління поставками між ЦГЗ та Альянсом.
- Більш часте і доступне тестування. На думку надавачів усіх послуг, у багатьох випадках тестування на ВІЛ потрібно проводити більше 2 разів. Деякі клієнти просили додати оральне та самотестування, а також надто часто висловлювали побажання щодо збільшення частоти тестування. Двоє надавачів послуг зазначили, що існує дублювання тестування, яке фінансується державою, з іншою роботою, що фінансується донорами, які мають більші стимули.
- Надавачі послуг СП і ЧСЧ хотіли б проводити консультації онлайн чи телефоном, які наразі включені лише як додаткова послуга в наказі МОЗ про надання послуг, і які стали важливими в умовах епідемії COVID.

Зведені звіти за результатами опитування клієнтів послуг та фокус-груп з надавачами послуг наведені у додатках до цього звіту.

3.4 Модель фінансування

Відповідно до Плану переходу, у 2018 році ЦГЗ здійснив пілотне контрактування послуг з профілактики ВІЛ, допомоги та підтримки ЛЖВ і ТБ через обласні державні заклади. Учасники пілотів розробили моделі контрактів, надавали послуги і навіть змогли пройти

місцевий аудит⁵⁰. Тим не менш, після завершення пілотного проєкту Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу прийняла рішення про централізовану модель закупівлі послуг. Очікувалося, що централізація забезпечить більш передбачувані, стандартизовані та прозорі процеси укладання контрактів, незалежні від політичної та структурної готовності регіональних (державних) закладів охорони здоров'я.

У 2019-2021 роках два види послуг – профілактичний пакет та послуги з догляду і підтримки - закуповувалися ЦГЗ згідно із Законом «Про публічні закупівлі»⁵¹. Відповідно до вимог Закону для послуг, вартість яких перевищує 50 000 грн, ЦГЗ оголосив відкриті тендери на платформі ProZorro, відкритій державній системі електронних закупівель. Окремі тендери оголошуються для кожного адміністративного регіону та кожної групи, що обслуговується (ЛЖВ, ЛВІН, СП та ЧСЧ), із зазначенням цільових показників та максимальної ціни для кожної з них. Переможцями тендерів стають ті кваліфіковані учасники, які запропонують найнижчу ціну, відповідно до Закону. Запрошення до участі в тендерах можуть бути оголошені лише після виконання відповідних бюджетних статей та процедур.

У 2021 році було укладено 92 контракти з 52 організаціями у 25 адміністративних регіонах⁵². Державні тендери, на відміну від грантів Глобального фонду, дозволяли подавати заявки всім типам кваліфікованих постачальників послуг (комерційним, державним та громадським), проте всі організації, з якими було укладено контракти у 2021 році, були представниками лише громадського сектору. Порівняно з доперехідним періодом, ринок постачальників послуг зазнав змін: зросла консолідація надавачів послуг, які обслуговують більше однієї групи населення та/або більше одного регіону. Організації (регіональні представництва ВБО "100% ЖИТТЯ") розширили свою участь у профілактиці в деяких регіонах (14 з 67 контрактів на профілактику). Крім того, до надання послуг, особливо для ЧСЧ, залучені й інші громадські організації ключових груп населення. Таким чином, близько половини контрактів, укладених у 2021 році, отримали саме громадські організації. Не в усіх регіонах послуги з профілактики були законтрактовані з ЦГЗ. У 2021 році не було укладено жодного договору на надання послуг для ЧСЧ у Донецьку, Кіровограді, Сумах та Запоріжжі; не було укладено жодного договору на надання послуг для СП у Чернігові.

Упродовж 2019-2021 років відбулися певні покращення на основі досвіду розробки цієї інноваційної централізованої моделі, яка значною мірою координувалася міжвідомчою стратегічною робочою групою Центру громадського здоров'я. Оскільки вимоги до тендерної документації відрізняються і є більш складними порівняно з вимогами донорських програм, ЦГЗ та інші партнери інвестували в аналітику підготовчих етапів, необхідних для потенційних учасників тендеру. Модель закупівель перейшла до одного контракту на область, хоча раніше у найбільших містах було більше одного постачальника. Тендерна конкуренція дозволила новим постачальникам вийти на ринок послуг, але також спровокувала серйозні конфліктні ситуації серед ГО, що обслуговують ключові групи населення, які потребували професійної медіації у Харкові, Херсоні, Львові, Миколаєві, Одесі, Рівному, Запоріжжі (у Києві медіація не допомогла)⁵³. У 2020-2021 роках, щоб стимулювати отримання державних контрактів та взаємодоповнюваність, лише

⁵⁰ Інтерв'ю з державними стейкхолдерами

⁵¹ ЗАКОН УКРАЇНИ № 922-VIII [Про публічні закупівлі](#) (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2016, № 9, ст.89)

⁵² На основі даних ЦГЗ «Договори2021_Профілактика.xlsm» та «Договори2021_ДІП.xlsm»

⁵³ Інформація від Романа Дрозда; доступні відповідні звіти про зустрічі

постачальники послуг, які мають діючі державні контракти, могли брати участь у конкурсах заявок на отримання послуг з профілактики та тестування, що фінансуються донорами (хоча траплялися й винятки). Проте, це не повністю забезпечило залучення деяких груп ЧСЧ до інших джерел фінансування, де ставки та підходи до фінансування є кращими. Оскільки бюджетні асигнування затверджуються щорічно відповідно до державного бюджетного циклу, існує затримка в завершенні тендерних процедур та укладанні контракту з обраною організацією на надання послуг. Тому ЦГЗ заручився підтримкою МОЗ, який дозволив укласти додаткові контракти наприкінці року на додатковий період з організаціями, які погодилися б на це. Однак перерви через річний бюджетний цикл залишаються⁵⁴.

Під час огляду було зафіксовано значну кількість розчарувань і труднощів, пов'язаних з моделлю закупівель, однак команда з проведення огляду погодилася з ЦГЗ, ЮНЕЙДС та Глобальним фондом не розширювати огляд моделі та рекомендації щодо змін і відповідного досвіду з інших джерел, оскільки паралельно з цим оглядом вже обговорюються альтернативні моделі укладання договорів. Крім того, на різних форумах широко піднімалося обговорення труднощів^{55,56}. У 2021 році аналітичний центр "Український центр охорони здоров'я" (УЦОЗ) провів окреме дослідження з метою інформування учасників дискусії про альтернативи в майбутньому⁵⁷. Вони задокументували такі труднощі: затримка в підписанні контрактів, конкуренція за ціною, а не за якістю, відсутність гнучкості під час переговорів і підписання контрактів, неправильні стимули в методі оплати, неконкурентна вартість одиниці послуг, фрагментовані інформаційні системи, що обмежують аналіз континууму ВІЛ-послуг і досягнень, а також слабка співпраця між службами в межах адміністративних одиниць.

На додаток до процесів та моделі укладання контрактів, постачальники послуг вважають складним питанням жорстке використання пакетів послуг та калькуляції витрат у контрактах та методах оплати. Надавачі профілактичних послуг піднімали це питання, тоді як надавачі послуг з догляду та підтримки більш задоволені підходами частково тому, що втручання є менш фрагментованими і коштують задовільно. Наприклад, одна інформаційна сесія коштує 326 грн, порівняно з 400 грн на одного охопленого СП, а повний базовий пакет включає дев'ять візитів на рік. Рекомендована частота заходів, визначена в наказі МОЗ щодо профілактичних послуг (наприклад, тестування на ВІЛ двічі на рік, сеанси ІНК 9 разів на рік), у контрактах між ЦГЗ та надавачами послуг перетворюється на фіксовані стелі та пакети послуг для кожного клієнта у вигляді контрактів між ЦГЗ та надавачами послуг. Їх застосування при переукладанні контрактів наприкінці та на початку наступного року створює ще більше проблем для надання необхідних послуг у стислі терміни. Вартість однакових або подібних послуг для різних груп населення та серед

⁵⁴ У бюджетному звіті за 2020 рік МОЗ пояснює недоосвоєння коштів та застосування гнучкої процедури наступним чином: "у зв'язку із завершенням тендерних процедур уповноваженим державним підприємством наприкінці року не було можливості здійснити розрахунки з постачальниками після закінчення бюджетного періоду та було укладено середньострокові договори з постачальниками (на підставі Закону України від 15.12.2020 №1081-ІХ «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України»).

⁵⁵ Салабай Н. для Наглядової комісії з питань стратегічного аналізу інформації в рамках підтримуваної ГФ роботи для Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу. Аналітична записка щодо виконання Плану переходу послуг, що підтримуються програмами Глобального фонду, на державне фінансування (План 20-50-80) (станом на кінець 2020 року) [не датовано]

⁵⁶ Письмо Національного ЧСЧ-консорціуму No L-1237-110221/MSMPRO, 01.11.2021 «Огляд проблем щодо надання ключовій групі ЧСЧ послуг із профілактики ВІЛ, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ за кошти держбюджету та відповідні пропозиції щодо їх вирішення»

⁵⁷ Український центр охорони здоров'я (2021). Аналіз моделей закупівлі послуг, пов'язаних з ВІЛ

послуг, що входять до пакетів, суттєво відрізняється⁵⁸. Вони не враховують значні інвестиції, необхідні для залучення нових клієнтів, або вищу вартість послуг у місцевостях з меншою концентрацією клієнтів. Обґрунтування відмінностей у вартості одиниці послуг між трьома ключовими групами населення та між пакетами послуг з допомоги ЛЖВ не є зрозумілим для надавачів послуг. Постачальники послуг згадували про проблеми із забезпеченням передбачуваних контрактів і регулярних виплат своїм працівникам через фрагментарний графік та системи оплати державних контрактів, міжнародні гранти використовуються для пом'якшення деяких із цих проблем⁵⁹.

3.5 Менеджмент

У 2019 році в ЦГЗ було створено спеціальний відділ, який, за словами одного із стейкхолдерів, став рушієм впровадження роботи з переходу на послуги з профілактики та допомоги при ВІЛ-інфекції, а також підтримки ЛЖВ. Станом на кінець 2021 року в ЦГЗ працювало 11 штатних працівників, які займаються управлінням програмами та моніторингом послуг. На це витрачається 5 млн грн (майже 140 тис. дол. США)⁶⁰ на рік на управління закупівлями, укладанням контрактів та наданням послуг з профілактики, підтримки та догляду у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, що становить 2,5% державного бюджету, який витрачається на відповідні послуги. Були розроблені відповідні правила та процеси. Оновлені процедури моніторингу послуг, що фінансуються з державного бюджету^{61,62}.

Управління ЦГЗ охоплює державні контракти з постачальниками послуг, проте додаткові пакети залишаються під управлінням "100% життя" та Альянсу, які є основними реципієнтами Глобального фонду. Фактичні обсяги цих додаткових бюджетів та зусиль, спрямованих на додаткові пакети, не були зібрані, тому не було оцінено частку ЦГЗ в управлінні програмами для ключових груп населення, а також у допомозі та підтримці ЛЖВ в Україні. Як зазначалося раніше, засоби профілактики (презервативи, лубриканти, шприци, налоксон тощо), як і раніше, фінансуються міжнародними донорськими проектами і закуповуються Альянсом для служб, що фінансуються державою.

ЦГЗ співпрацює з іншими ГО в управлінні профілактикою ВІЛ-інфекції та допомогою і підтримкою ЛЖВ. Наприклад, було прийнято спільне рішення про розірвання одного контракту після повідомлення про шахрайство. ЦГЗ та Альянсом був спільно узгоджений алгоритм звітності з різних модальностей надання послуг із тестування на ВІЛ⁶³. Однак усе ще є можливості для більшої синергії: після 2019 року Альянс та "100% життя" не

⁵⁸ Так, інформаційна сесія з дотримання режиму лікування коштує 325 грн., тоді як надання СІН допомоги при ВІЛ-інфекції коштує дешевше - 299 грн. Тестування СП та ЧСЧ коштує дешевше, ніж СІН: 73 проти 77 проти 110 грн., тестування на ВІЛ є найдорожчою послугою в рамках профілактичного пакету (110 грн. проти роздачі презервативів/шприців 5,1 грн. для споживачів ін'єкційних наркотиків). Загалом, різниця у вартості послуг є нормальною практикою і виправдана, оскільки відображає рівень необхідних зусиль.

⁵⁹ Фокус-групи з надавачами послуг у серпні 2022

⁶⁰ Дані ЦГЗ

⁶¹ ЦГЗ #33–агд Процедура 3 проведення моніторингу діяльності надання послуг з профілактики ВІЛ серед груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, 16 серпня 2021

⁶² ЦГЗ #34–агд Процедури з проведення моніторингу діяльності надання послуг з догляду і підтримки людей, які живуть з ВІЛ, 17 серпня 2021

⁶³ ЦГЗ & Альянс (2021). Алгоритм звітності для ВІЛ-позитивних клієнтів, які були виявлені в рамках державної програми профілактики та отримують підтримку з кейс-менеджменту СІТІ, що фінансується Глобальним фондом

проводили моніторингу на місцях, а також не налагоджено співпраці для обміну звітами про моніторингові візити⁶⁴.

На основі інтерв'ю можна зробити висновок, що ЦГЗ не має достатніх ресурсів для виконання своїх управлінських функцій. Співробітники проводять закупівлі за 90 державними тендерами, організують повторне оголошення тендерів до тих пір, поки не будуть повністю розміщені та завершені тендерні пропозиції, а також готують і контролюють 92 контракти зі змінами, кожен з яких вимагає моніторингового візиту. У порівнянні з 11 співробітниками ЦГЗ у відділі ВІЛ-профілактики, допомоги та підтримки ЛЖВ, «100% Життя» має вдвічі більше співробітників, які виконують тільки функції моніторингу та стратегічної інформації, юридичні функції, управління програмами та закупівлі⁶⁵. Ставки заробітної плати працівників ЦГЗ не є конкурентоспроможними порівняно з основними реципієнтами НУО, навіть з урахуванням доплат, що фінансуються Глобальним фондом для компенсації низького рівня оплати праці державних службовців⁶⁶. Таким чином, ЦГЗ зіткнувся з проблемами у підборі кваліфікованого персоналу з відповідним досвідом роботи в програмах. Висока незадоволеність моделлю та практикою закупівель серед постачальників профілактичних послуг, зокрема, призвела до 20 запитів та скарг на місяць. Додаткові зусилля спрямовувалися на те, щоб переконати постачальників подавати заявки на участь у тендерах. Усе це призвело до вигорання частини персоналу ЦГЗ. Крім того, обмежені можливості та значний обсяг невідкладної роботи майже не залишали часу на аналітичну роботу та вирішення поточних питань, наприклад, фінансування додаткових послуг або пошук інноваційних рішень для розбудови потенціалу чи мобілізації спільнот для надання послуг (наприклад, у регіонах, де послуги не надаються).

Передача потенціалу ЦГЗ в частині баз даних відбувалася з обмеженим прогресом, використовуючи існуючі ноу-хау та інструменти. Існує дві бази даних для послуг: 1) Syrex, розроблена, адмініструється та належить Альянсу, для розробки програм для ключових груп населення; та 2) C++, розроблена, адмініструється та належить "100% Життя" для підтримки та допомоги ЛЖВ.

Послуги, що надаються за контрактом з ЦГЗ, використовують існуючі бази даних, дотримуючись підходів, відомих як клієнтам, так і надавачам послуг, тобто у випадку профілактики для ключових груп населення гарантується високий рівень конфіденційності завдяки спеціальному деперсоніфікованому коду клієнта. ЦГЗ є просунутим користувачем обох баз даних, отримуючи спеціальний доступ до даних про послуги, що фінансуються державою. Перевірка даних (наприклад, видалення дублікатів і помилок, що виникають під час введення даних, перехресна перевірка зі звітами надавачів послуг АОПТ про направлення на АОПТ) відбувається вручну.

За донорської підтримки організація "100% Життя" створила електронний інструмент "DataCheck", але він ще не переданий до ЦГЗ; очікується, що він замінить C++ для моніторингу догляду і підтримки. Дві бази даних Syrex та C++ не інтегровані між собою, а також не інтегровані з основною базою даних з ВІЛ в Україні "МІС ВІЛ", оскільки вони не мають сертифікації, необхідної для управління захищеними даними. ЦГЗ може вручну проводити перехресну перевірку клієнтів у C++ (догляд та підтримка ВІЛ-інфікованих) та

⁶⁴ Інтерв'ю з колишнім менеджером ЦГЗ та Альянсу.

⁶⁵ На основі списку співробітників, розміщеного на сайті "100% життя": <https://network.org.ua/en/our-team/>

⁶⁶ Інтерв'ю з трьома державними стейкхолдерами.

"МІС ВІЛ" через однаковий спільний код клієнта. Оскільки ЦГЗ не є (спів)власником цих двох баз даних, він залежить від двох організацій громадянського суспільства щодо модифікації інформаційних систем або проведення аналізу, який би поєднував дані ЦГЗ та Альянсу/"100% життя". Як наслідок, ЦГЗ не має можливості безпосередньо моніторити основний індикатор Державної стратегії протидії ВІЛ-інфекції/ТБ/гепатиту – рівень охоплення ключових груп населення *комплексними* пакетами послуг, які мають включати як базові пакети, що фінансуються державою, так і додаткові послуги, що підтримуються з інших джерел.

3.6 Висновки

Охоплення

У 2021 році послугами, що фінансуються державою, було охоплено 45% ключових груп населення, зокрема більше половини оціночної кількості людей, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН), а також секс-працівників (СП) та чверть чоловіків, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ) на підконтрольних уряду територіях у 2021 році. Таким чином, цільовий показник охоплення у 70%, встановлений на 2020 рік Державною стратегією протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам, не був досягнутий (рівень виконання цільового показника цієї Стратегії склав 64%). Найбільша прогалина - для ЧСЧ. Цільові показники охоплення, встановлені в бюджетній програмі з профілактики, були нижчими, ніж у Державній стратегії: рівень їх досягнення становив 88% як у 2021, так і в 2022 роках. Охоплення державними послугами було значно збільшено під час (і незважаючи на) пандемії COVID.

Загалом за час реалізації Плану переходу організації, з якими укладено контракти ЦГЗ, надали послуги з догляду та підтримки майже 80 000 ЛЖВ, тобто 40% від оціночної кількості на підконтрольній уряду території. У 2021 році 100% ЛЖВ, які отримували послуги з догляду та підтримки, приймали АРТ, згідно зі звітом ЦГЗ за бюджетною програмою. Варто зазначити, що за задумом, послуги не розраховані на всіх, а орієнтовані на певні субпопуляції людей, які живуть з ВІЛ, тобто тих, хто готується до початку АРТ та/або має труднощі з дотриманням режиму лікування, наприклад, людей, які вживають ін'єкційні наркотики. У Державній стратегії немає цільового показника для послуг з догляду та підтримки ЛЖВ.

Результати

Як для ЛВІН, так і для ЧСЧ спостерігається значне покращення ключових параметрів каскаду діагностики та лікування ВІЛ-інфекції – проходження тестування на ВІЛ, залучення до лікування ВІЛ, початок АРТ та досягнення вірусної супресії в період між 2017/2018 та 2020/2021 роками⁶⁷. Інші параметри ІБД залишилися відносно стабільними або незначно покращилися. Крім того, деякі зміни серед СІН можуть бути пов'язані зі змінами в

⁶⁷ На основі даних ІБД за 2017, 2018 та 2020 і 2021 роки для СІН та ЧСЧ:

Сазонова, Я, Ю. Дукач, Ю (2019). Звіт за результатами біоповедінкового дослідження серед чоловіків, що практикують секс із чоловіками в Україні. [Аналітичний звіт за результатами дослідження 2017 року](#). Альянс громадського здоров'я

І. Тітар, С. Сальніков та ін. (2021). [Звіт за результатами Інтегрованого біоповедінкового дослідження 2020 року серед людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом](#). ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України». 2021.

Ю. Середа, Я. Сазонова. (2020). [Звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2017 року серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно, в Україні](#). Альянс громадського здоров'я

середовищі споживачів наркотиків (наприклад, менше людей купують попередньо наповнені шприци, але більше передозувань у 2020 році, ніж у 2017 році).

У 2017-2021 роках покращився каскад надання допомоги у зв'язку з ВІЛ-інфекцією. За цей період частка виявлених ЛЖВ, які отримують АРТ, зросла з 72% до 83%, а частка отримувачів АРТ, які досягли вірусної супресії, зросла з 83% до 93%⁶⁸. У невеликій підгрупі клієнтів, охоплених онлайн-опитуванням, половина повідомила про досягнення пригніченого рівня вірусного навантаження.

Клієнти профілактичних програм (n=453) оцінили свою здатність запобігти інфікуванню ВІЛ завдяки послугам на 4,4 бала з 5 можливих, а дізнатися про свій статус – на 4,5 бала з 5 можливих.

Перехід з точки зору клієнтів і постачальників послуг

Як надавачі послуг, так і більшість клієнтів позитивно оцінили державне фінансування і мають впевненість у тому, що завдяки системному державному фінансуванню послуги будуть надаватися і надалі. Державні стейкхолдери та надавачі послуг вважали, що таке фінансування сприяє дестигматизації послуг, людей, яким вони надаються (ключових груп населення та ЛЖВ) та самих послуг, особливо у зв'язку з державними установами.

Виконання рекомендацій ВООЗ/ООН щодо охоплення

Україна не досягла рекомендованого ВООЗ показника охоплення (щонайменше 60% кожної ключової групи) та рекомендованого ВООЗ показника кількості розданих голоч та шприців. Цільовий показник забезпечення чистим ін'єкційним інструментарієм, оновлений ВООЗ для елімінації вірусних гепатитів, становить 300 голоч та шприців на одну особу на рік. Україна звітує лише про 65 шприців, виданих на одну особу, яка вживає ін'єкційні наркотики, у 2020 році (хоча цей показник збільшився порівняно з 2018 та 2019 роками)⁶⁹. Положення МОЗ про надання послуг з профілактики ВІЛ-інфекції передбачає видачу 200 шприців на рік в середньому на одного клієнта у 2022 році.

“До-перехідні” та “нові” клієнти

Спостерігалася велика спадкоємність профілактичних послуг: більшість клієнтів, які користувалися послугами у 2018-2019 роках, успішно "перейшли" до нової ери базових пакетів, що фінансуються державою (див. Таблиця 2). Крім того, вони додатково залучили нових клієнтів, які раніше не були охоплені послугами. Вже за кілька місяців дії контрактів у 2019 році 30 000 людей отримали профілактику вперше з 2018 року. Повідомляється про значне збільшення залучення нових членів серед ЧСЧ та секс-працівників, які не отримували достатнього рівня послуг до початку процесу переходу.

Таблиця 2: Державні послуги для ключових груп населення: "старі" та нові клієнти
На основі даних ЦГЗ та Альянсу лише для територій, підконтрольних уряду (ПУТ) (надаються
витяги з Syrex та окремих файлів Альянсу)

⁶⁸ За даними ЦГЗ: Моніторинг ВІЛ-інфекції в Україні, [ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЕЙ "95-95-95" \(ПЕРІОД: 3 2017Р. ПО 2021Р.\)](#)

⁶⁹ Атлас ключових груп населення ЮНЕЙДС, доступний за посиланням: <https://kpatlas.unaids.org/dashboard>

Група населення	Приблизні розміри групи населення (ПРГ)	Кількість бюджетних клієнтів, які отримали будь-яку послугу з базового пакету, 2021 рік		Кількість клієнтів до переходу, які продовжили користуватися державними послугами у 2019, 2020 та/або 2021 роках		Кількість унікальних додаткових клієнтів, які не обслуговувалися до отримання державного фінансування, 2019 рік	
		Кількість	% ПРГ	Кількість	% ПРГ	Кількість	% ПРГ
ЛВІН	317'000	169 433	53%	116 364	37%	25 985	8%
СП	82'300	42 643	52%	27 603	34%	2 232	3%
ЧСЧ	161'200	39 681	25%	20 941	13%	2 419	2%

Верифікація надання послуг

У кількох інтерв'ю піднімалися питання можливого завищення показників охоплення та прогалин у системах верифікації та реагування. На глобальному рівні велика увага приділяється кількісним показникам охоплення ключових груп населення, що відображає амбітну мету ЮНЕЙДС – досягти до 2025 року 95% ключових груп населення, які мають доступ до комбінованих методів профілактики та користуються ними⁷⁰. Як і в багатьох інших країнах, в Україні цілі з профілактики включені до схем фінансування, орієнтованих на результат, що стимулює постачальників послуг та їхній персонал досягати якомога більшого охоплення. З іншого боку, загалом профілактичні послуги мають менше інструментів верифікації, оскільки вони використовують деперсоніфіковані дані для кодування охоплених клієнтів. Дискусія про те, як покращити верифікацію, не відмовляючись від конфіденційності та гнучкості послуг, не є унікальною для перехідного періоду (вона відбувалася ще до того, як ЦГЗ перебрав на себе укладання контрактів та фінансування базових пакетів), і не є винятковою для України. ЦГЗ докладє значних зусиль для перевірки надання послуг і має суворі положення у своїх контрактах на випадок, якщо під час моніторингових візитів або перевірки звітів перевірку не вдасться здійснити. Надавачі послуг розповідали про помилки у звітності, які призводили до "неперевіреного" охоплення або ситуацій, коли представник ЦГЗ не міг отримати доступ до клієнтів і, відповідно, вони не отримували оплату. Тому вони вважають, що перевірка спрямована на покарання постачальників послуг. У той же час, забезпечення якості не є пріоритетом у підході до управління ЦГЗ. Перед початком перехідного періоду Глобальний фонд підтримав Альянс в оновленні інструментів управління та укладання контрактів, щоб досягти тонкого балансу між трьома аспектами - прагненням до більшого охоплення числових показників, обмеженням засобів перевірки та забезпеченням якості. ЦГЗ може використати це ноу-хау для вдосконалення власних контрактних механізмів, систем моніторингу та управління, щоб встановити бонуси та штрафи для стимулювання якості та дотримання регламенту надання послуг. Як зазначалося раніше, необхідно посилити моніторинг та допоміжні програмні функції (як внутрішні, так і аутсорсингові, або їх поєднання).

⁷⁰ [Глобальна стратегія ЮНЕЙДС з ВІЛ/СНІДу на 2021-2026 рр.](#) Покласти край нерівності. Покласти край СНІДу.

Таблиця 3: Привабливість елементів послуг з точки зору клієнтів

Оцінка від 0 до 5, де 5 - максимальна, представлена в порядку ранжування. Тут об'єднані відгуки, отримані для цієї оцінки від інтерв'юєрів та онлайн-респондентів, n=445 для профілактики, n=209 для шприців та голок, n=141 для допомоги та підтримки ЛЖВ, *послуги оцінювалися лише за допомогою інтерв'ю.

Профілактика ВІЛ		Допомога та підтримка ЛЖВ	
Якість шприців та голок	4,4	Ставлення персоналу, лекторів*	5
Приязний персонал, задоволеність отриманою інформацією	4,3	Почувалися безпечно та добре в установах, що надають підтримку	3,6
Кількість шприців та голок	4,2	Регулярність отримання необхідних послуг	3,5
Почувалися в безпеці, комфортно ділилися особистою інформацією	4,2	Постійний доступ до ресурсів інформації та персоналу	3,5
Постійний доступ до персоналу	4,2	Забезпечення конфіденційності ВІЛ-статусу	3,5
Зручне розташування/маршрут	4,1	Підвищення обізнаності щодо життя з ВІЛ	3,4
Зручний графік роботи	4,0	Зручний графік роботи	3,3
Регулярність отримання необхідних послуг	4,0	Зручне розташування	3,1
Кількість отриманих презервативів та лубрикантів	3,8	Лекції адаптовані до потреб	3,1
Якість отриманих презервативів та лубрикантів	3,6	Тривалість і частота сеансів	3

Зведений звіт за результатами опитування див. у Додатку 3

Забезпечення якості та привабливості послуг

Забезпечення якості є новою темою, обговорення якої розпочалося, але ще не просунулося через інші пріоритети⁷¹. Існують певні сфери для покращення з точки зору клієнтів (Таблиця 3 вище), включаючи частоту, більш зручні години та місце проведення, більшу адаптованість сеансів, що проводяться в рамках допомоги та підтримки.

Клієнти відчують себе комфортно під час отримання послуг і відзначають доброзичливий персонал, хорошу якість і кількість шприців та голок. Водночас, відповідаючи на запитання про державне фінансування, майже кожен п'ятий висловив занепокоєння, що їхні дані можуть бути передані за межі або в межах системи охорони здоров'я. СП та ЧСЧ особливо занепокоєні питанням анонімності. Крім того, 60% клієнтів повідомили, що у 2021 році їх не запитували про зворотній зв'язок та пропозиції щодо покращення послуг.

Таблиця 4: Погляд надавача: здатність забезпечити загальні елементи якості (учасники фокус-груп)

Захист даних клієнта	81%
Компетентний та приязний персонал	77%
Зручні для клієнта години роботи	73%
Безперервне надання послуг (у мирний час)	58%
Збір інформації про потреби та зворотній зв'язок з клієнтами	50%
Створення безпечного простору для клієнтів	50%
Географічна доступність (включаючи онлайн-сервіси)	27%
Обсяг та різноманітність профілактичних засобів	23%
Частота надання послуг відповідно до попиту	15%
Впровадження інновацій	4%
Адаптація до мінливих умов	4%

Зведений звіт про обговорення у фокус-групах та оцінки з точки зору надавачів послуг див. у Додатку 4.

⁷¹ ЦГЗ, МВФ (2020). Розвиток системи управління якістю програм та послуг в сфері протидії ВІЛ-інфекції в Україні в рамках переходу на державне фінансування. Спільна концепція, Проект для обговорення

З перспективи надавачів послуг (Таблиця 4), вони можуть захистити дані клієнта, забезпечити компетентний персонал та підходящий час роботи. Однак особливо складними сферами є інновації та адаптація до мінливого середовища – нинішній державний підхід та підтримка не сприяють інноваціям, як було підкреслено в інтерв'ю.

4 Опіоїдна агоністична підтримувальна терапія (замісна підтримувальна терапія)

Опіоїдна агоністична підтримувальна терапія (ОАПТ) або замісна підтримувальна терапія (ЗПТ) впроваджувалася в країні з 2004 року і була частиною зусиль, спрямованих на посилення державної власності до прийняття Плану переходу 2017 року. Закупівля препаратів для ЗПТ за кошти Державного бюджету у 2016 році була частиною спеціальних вимог Глобального фонду⁷². У 2016 році уряд виділив близько 1,1 мільйона доларів США в рамках бюджетного пакету на 2016-2017 роки. У 2017 році ліки для ЗПТ закуповувало Міністерство охорони здоров'я^{73,74}.

План переходу 2017 року не розглядав питання ЗПТ, але Державна стратегія сталого розвитку розглядала його. Ітерація Плану переходу у 2018 році визначила конкретні етапи для підтримки сталого впровадження програм ЗПТ, а саме: а) розробити національні цілі ЗПТ; б) розробити стратегію розширення з акцентом на первинну медичну допомогу, в тому числі через державні гарантовані пакети медичної допомоги; в) впровадити ЗПТ у пенітенціарній системі.

4.1 Національні завдання ЗПТ

Цільові показники для розширення масштабів застосування ЗПТ були визначені в Державній стратегії протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року, затвердженій Кабінетом Міністрів України у 2019 році. Крім того, Програмний комітет Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу визначив конкретні кількісні цілі на 2020, 2021, 2022 та 2023 роки⁷⁵. План реалізації Національної стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року^{76,77} також передбачала розвиток ЗПТ, а Стратегія державної політики щодо наркотиків наголошувала на важливих структурних бар'єрах, що перешкоджають доступу людей до послуг, включаючи необхідність зменшення стигми щодо людей, які вживають наркотики. Однак Стратегія щодо наркотиків досі не оновлена.

⁷² Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу. Протокол засідання (під головуванням В. Розенка, Віце-прем'єр-міністра України, Голови Національної ради), 16 лютого 2017 року, м. Київ [неофіційний переклад англійською мовою].

⁷³ План розвитку програми замісної підтримувальної терапії в 2019 – 2023 роках, 2018

⁷⁴ Курпіта, В. Результати впровадження програм Глобального фонду у 2017 році. Accessed https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/документи/Національна%20рада%20з%20питань%20протидії%20туберкульозу%20та%20ВІЛ-СНІД/Матеріали%20засідань/2018/4_Звіт%20ЦГЗ.pdf

⁷⁵ Програмний комітет Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу встановив цільові показники у 20 596 клієнтів у 2021 році, 25 884 у 2022 році та 31 172 у 2023 році. (ЦГЗ, Звіт за результатами впровадження програми замісної підтримувальної терапії у 2020 році), 2021.

⁷⁶ Верховна Рада України. Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року. 2013; <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/735-2013-%D1%80>, April 2020

⁷⁷ Кабінет Міністрів України. [Про затвердження плану заходів на 2019-2020 роки з реалізації Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року](#). 2019

Заплановане розширення програм у Державній стратегії протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року є амбітним порівняно з базовим показником, який становив 5,5% від оціночної кількості людей, які вживають опіоїди ін'єкційним шляхом або мають опіоїдну залежність, у 2020 році. За 5 років частка людей, які отримують ЗПТ, має зрости майже в 3 рази до 15%, а до 2030 року – до 40%.

Було розроблено спільний робочий план для реалізації розширення масштабів ЗПТ на адміністративних територіях у 2019-2023 роках⁷⁸. Робочий план визначає конкретні ролі для реалізації проекту для Центру первинної медико-санітарної допомоги, "гарячої лінії", що працює на базі БФ "Надія і Довіра", мережі людей, які вживають наркотики "ВОЛНА", Українського інституту політики громадського здоров'я та БО "100% Життя". Крім того, PEPFAR та UNODC зробили свій внесок у розробку робочого плану.

Заплановане розширення недостатнє для зниження рівня захворюваності на ВІЛ-інфекцію на популяційному рівні та поширеності серед людей, які вживають опіоїди, та їхніх статевих партнерів. Рекомендація ВООЗ з ефективного охоплення становить 40%⁷⁹. Різні модельні вправи демонструють, що для зниження рівня захворюваності та поширеності ВІЛ-інфекції (і ВГС) необхідне більш широке охоплення з більшою комбінацією втручань в умовах підвищеної поширеності ВІЛ-інфекції, особливо в регіонах з високим тягарем і поширеністю^{80,81,82}. Оскільки в Україні високий рівень поширеності ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики (понад 20%), для впливу на епідемію ВІЛ необхідне більш широке охоплення комбінованими методами.

4.2 Стратегія розширення з фокусом на первинну медичну допомогу через Програму медичних гарантій (ПМГ)

З 2017 року послуги ЗПТ збільшилися на 60% з 10'189 клієнтів, що фінансуються державою, у 2017 році до 16'322 клієнтів, що фінансуються державою, до кінця 2021 року⁸³. В рамках реформи фінансування охорони здоров'я у 2018 році було прийнято Закон "Про медичні послуги, що гарантуються державою для населення", а також Програму медичних гарантій (ПМГ)⁸⁴. Їх почали застосовувати з квітня 2020 року через нового стратегічного закупівельника – Національну службу здоров'я України (НСЗУ). Опіоїдна агоністична підтримувальна терапія була включена до одного з 31 затверджених Міністерством

⁷⁸ План розвитку програми замісної підтримувальної терапії в 2019 – 2023 роках, 2018.

⁷⁹ ВООЗ (2015). [Інструмент для встановлення та моніторингу цілей з профілактики, діагностики, лікування та допомоги при ВІЛ-інфекції для ключових груп населення](#)

⁸⁰ Віккерман П., Мартін Н., Тернер К., Хікман М. Чи можуть програми обміну голок та шприців та опіоїдна замісна терапія досягти значного зниження поширеності вірусу гепатиту С? Модельні прогнози для різних епідемічних ситуацій. Наркологія. 2012;107(11):1984-95.

⁸¹ Віккерман П., Платт Л., Джоллі Е., Роудс Т., Казачкін М.Д., Латипов А. Контроль за ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків у Східній Європі та Центральній Азії: висновки з моделювання. Юридична політика боротьби з наркозалежністю. 2014, листопад; 25(6):1163-73.

⁸² Тан Дж., Алтіс Ф.Л., Медден Л.М., Зеленев А. Вплив розширення терапії опіоїдними агоністами на епідемію та смертність від ВІЛ-інфекції в Україні: модельне дослідження. *Ланцет ВІЛ*. 2020; 7(2):e121-e128

⁸³ ЦГЗ. Інформація про кількість та інші неперсоніфіковані характеристики клієнтів замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) - щомісячні бюлетені за 2017-2022 рр., доступно за посиланням: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psikhoaktivnikh-rechovin/zamisna-pidtrimuvalna-terapiya-zpt/statistika-zpt>

⁸⁴ Верховная Рада. Закон Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, № 5. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

охорони здоров'я пакетів⁸⁵ а з 1 квітня 2020 року послуги ЗПТ фінансуються НСЗУ, а лікарські засоби – Міністерством охорони здоров'я. У 2021 році понад 230 надавачів послуг отримали контракти на надання пакету послуг з ЗПТ у всіх підконтрольних уряду адміністративних областях (на окупованих територіях ЗПТ була припинена під впливом законодавчої заборони Росії ще до початку дії Плану переходу)⁸⁶. Програма має значний рівень стійкості – незважаючи на війну, НСЗУ продовжує оплачувати пакети ЗПТ, і, незважаючи на те, що для термінової закупівлі ліків ЗПТ знадобилося додаткове фінансування від партнерів, кількість клієнтів, що фінансуються державою, зросла на 14% до 18'658 станом на листопад 2022 року.

Паралельно відбулися важливі зміни, спрямовані на вдосконалення регулювання послуг ЗПТ, що відображає його зрілість та наближення до нормативних рекомендацій ВООЗ. У 2020 році були внесені зміни до постанови Кабінету Міністрів України № 200 «Про затвердження Порядку надання замісної підтримувальної терапії особам з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів»⁸⁷, що дозволило:

- надання ЗПТ приватними закладами (за рахунок пацієнта або через схеми НСЗУ),
- психіатрам, а не лише наркологам, розпочинати лікування,
- ввести практики ЗПТ в закладах ув'язнення та
- зменшити кількість щоденних візитів, збільшити самостійне приймання препаратів, тривалість прийому препаратів удома та тестування на наркотики, серед інших покращень.

Пакети послуг ЗПТ 2020 року були додатково переглянуті НСЗУ робочою групою за участю менеджерів, лікарів, експертів-пацієнтів та інших фахівців ЗПТ для оновлених пакетів ПМГ на 2021 та 2022 роки. Пакет ЗПТ включає тестування на ВІЛ та вірусні гепатити, скринінг на туберкульоз, консультування з питань передозування на додаток до індивідуального планування та роботи з опіоїдною залежністю, таким чином підкреслюється інтеграція послуг. Соціальний супровід клієнтів ЗПТ через НУО (вартістю близько 1,4 млн. доларів США на рік⁸⁸) як і раніше, фінансується Глобальним фондом через Альянс громадського здоров'я. Оновлений опис пакету ЗПТ у 2022 році чітко включає надання інформації та перенаправлення до соціальних і психологічних служб.

Погляд надавача послуг: У 2022 році опитаний приватний надавач послуг вирішив укласти контракт з НСЗУ, щоб перейти від платних послуг до безкоштовних для клієнтів. Новий тариф НСЗУ нарешті покриває основні статті бюджету, такі як приміщення та людські ресурси. Однак тариф 2022 року все ще недостатній для того, щоб компенсувати всі елементи якості їхніх послуг. Крім того, їхня робота пов'язана з підконтрольними речовинами та підвищеною увагою з боку правоохоронних і контролюючих органів, що може відштовхнути інших від участі в наданні ЗПТ.

⁸⁵ Перелік пакетів ПМГ НСЗУ на 2020 рік доступний за посиланням: <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021/likar-2020>

⁸⁶ <https://medicine.rayon.in.ua/news/313433-v-ukrayini-mozhna-proiti-bezkoshtovnu-diagnostiku-i-likuvannia-vil-ta-gepatitiv>

⁸⁷ Наказ МОЗ від 27.03.2012 № 200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів» [[за останньою редакцією 16.11.2020](#)]

⁸⁸ На основі бюджету запиту на фінансування України до Глобального фонду на 2020-2022 роки

Рівень фінансування НСЗУ за програмою ЗПТ збільшився більш ніж у 3 рази в період з 2020 по 2022 рік⁸⁹, до 6 874 грн на одного клієнта на рік у 2022 році (без вартості ліків). Однак це все ще може бути не повністю привабливим для всіх надавачів послуг (див. вставку "Погляд надавача послуг"). Хоча в рамках цієї оцінки не вдалося отримати методологію, за якою було (пере)розраховано вартість пакета ЗПТ, тодішній керівник Департаменту розробки програми медичних гарантій НСЗУ в інтерв'ю для оцінки підтвердив, що початкова калькуляція вартості ЗПТ та інших послуг була отримана на основі детального аналізу фактичних витрат та можливостей для оптимізації в одній обраній області, Полтавській, в рамках підготовки реформи фінансування охорони здоров'я.

МОЗ компенсував скорочення доходів для постачальників медичних послуг у 2020 році. Крім того, розрахунок вартості ЗПТ було скориговано з урахуванням різниці між основними, фіксованими витратами, необхідними для початку лікування, включаючи виконання вимог щодо роботи з підконтрольними речовинами, та операційними витратами, оскільки початкова ставка була нездійсненною для невеликих закладів. Сприятливим фактором, що дозволив внести зміни, стало значне збільшення бюджету НСЗУ, що дало фінансовий простір для розширення охоплення медичними послугами та збільшення витрат на одиницю послуги.

НСЗУ змінила метод оплати послуг із загального бюджету на капітаційну ставку, що базується на кількості обслугованих клієнтів, що дозволило покращити планування, підзвітність та ефективність⁹⁰.

Станом на кінець 2021 року пакети НСЗУ не призвели до суттєвого збільшення участі первинної ланки та приватного сектору в наданні цього найефективнішого методу лікування опіоїдних розладів, пов'язаних із залежністю від опіоїдів. Хоча спеціалізовані заклади з лікування адиктивних розладів, ВІЛ-інфекції та туберкульозу залишаються важливими місцями для надання ЗПТ, участь первинної ланки потребує подальшої інтеграції, дестигматизації як ЗПТ, так і її клієнтів, а також покращення географічної доступності.

⁸⁹ Розрахунок було зроблено на основі порівняння місячних ставок, оскільки перша ставка у 2020 році охоплювала лише 9 місяців.

⁹⁰ Протягом 2,5 років НСЗУ використовувала два пули фінансування: спочатку ЗПТ оплачувалася з загального бюджету (що передбачає виплату постачальникам фіксованої суми за певну кількість послуг або певний період), а згодом перейшла на капітаційну ставку (встановлюється як фіксована сума на одного пацієнта/душу населення). Глобальний бюджет зазвичай обирають, коли в системі бракує даних. Оскільки електронна система охорони здоров'я почала працювати в Україні одночасно з початком реформи, ставки фінансування та обсяг послуг формувалися на основі історичних даних, наданих постачальниками (дані лікарень надавалися в паперовому вигляді). Глобальний бюджет допомагає контролювати витрати лікарні та підвищити ефективність самої організації, оскільки перекладає економічний ризик з покупця на постачальника медичних послуг (Прекер, Александер С.; Лангенбруннер, Джон К. 2005. *Розумні витрати: Купівля медичних послуг для бідних. Вашингтон, округ Колумбія: Світовий банк. © Світовий банк. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/7449>*). Фінансування на душу населення необхідне для справедливого та ефективного розподілу обмежених ресурсів, щоб люди отримували однаковий рівень фінансування, незалежно від рівня доходу або географічної доступності (ВООЗ/Європа. Варіанти фінансування охорони здоров'я в Європі до 2020 року). Таким чином, подушне фінансування усуває економічні стимули для надмірного надання послуг і краще підходить для оптимізації рівня послуг, ефективності та стримування витрат. У міру того, як система працює через нові механізми фінансування та збирає актуальні дані про фактично надані послуги та потреби, методи оплати стають більш досконалими.

ЗПТ застосовується в ПМД з 2014 року⁹¹. Наприкінці 2021 року цей рівень допомоги становив десяту частину всіх державних провайдерів і охопив 796 клієнтів у 10 регіонах за рахунок державного, місцевого фінансування або за кошти пацієнтів (див Таблиця 5). Однак після запровадження пакетів НСЗУ у квітні 2020 року менше закладів та регіонів пропонують ЗПТ на рівні первинної медичної допомоги, хоча заклади стали більшими, а кількість людей, що обслуговуються в одному закладі, зростає, деякі з них досягають понад 70 клієнтів. Крім того, станом на кінець 2021 року в реєстрі ПМД було зареєстровано 18 приватних надавачів; усі вони надавали терапію за рахунок пацієнта.

Таблиця 5: Роль первинної медичної допомоги в наданні ЗПТ 2018-2021

	Кінець 2017	Кінець 2019	Кінець 2021
Місця надання ПМД	17	42	23*
Відсоток ПМД з усіх місць надання допомоги	9%	19.5%	10.6%
Кількість областей	9 областей	13 областей	10 областей
Усього клієнтів	300	801	796
З них оплачено державою	0	705	769
З них оплачено грантами Глобального фонду	297	0	0

*2 заклади не мали клієнтів на кінець 2021 року.

На основі даних бюлетенів ЦГЗ за 01.01.2018, 01.01.2020, 01.01.2022.

Допомогу у визначенні закладів первинної медичної допомоги надав Інститут політики громадського здоров'я.

⁹¹ Морозова О., Дворяк С., Пикало І., Альтіс Ф. Л. Інтегрована допомога на базі первинної медичної допомоги з лікуванням опіоїдними агоністами: Перший досвід з України. Алкогольна та наркотична залежність. 2017; 173:132-138

Погляд клієнта: Клієнтів (21 опитаний та 110 респондентів, які взяли участь в онлайн-опитуванні) попросили оцінити загальну якість та різні аспекти надання та використання послуг ЗПТ. Загалом, існує відносно висока задоволеність загальною якістю ЗПТ, що фінансується державою, яка оцінена на 4,4 бали за шкалою від 0 до 5. Безперервність, регулярність, години роботи та відсутність додаткової оплати були оцінені як найбільш задовільні аспекти ЗПТ. Серед опитаних найнижчу оцінку отримала репутація ЗПТ у спільноті людей, які вживають наркотики. Географічний доступ, правильне дозування, легкий початок лікування та доброзичливість персоналу були оцінені як менш задовільні серед онлайн-опитувань. Рекомендації щодо покращення значно варіювалися від збільшення часу роботи, доступності для тих, кому потрібно добиратися годину, до кращої та справедливої поведінки та ставлення персоналу до клієнтів. Але переважна більшість рекомендацій була пов'язана з проблемами, пов'язаними з якістю ліків. Респонденти надають перевагу препаратам не українського виробництва, їм слід надавати можливість вибору виробника, а також зменшити або виключити перемикання між препаратами різних виробників, щоб клієнти залишалися на одних і тих самих ліках.

Зведений звіт за результатами опитування ЗПТ та інших клієнтів див. у Додатку 3.

Державний та приватний сектори: Цікаво, що попередня оцінка, проведена громадою у 2020 році, не виявила суттєвої різниці між якістю послуг у державних та приватних закладах, хоча конфіденційність даних є основною причиною вибору приватних провайдерів серед тих, хто може собі це дозволити.

За даними ЄЦЗШ (2020). Дослідження задоволеності клієнтів послугами опіоїдної підтримувальної терапії серед клієнтів програм ЗПТ у Києві та Київській області. Звіт про пілотне дослідження, доступний за посиланням:

<https://api.harmreductioneurasia.org/70fd8751-1dae-4314-be48-d1046bd120e3.pdf>

Серед клієнтів ЗПТ, опитаних для цього дослідження, була висока впевненість у продовженні діяльності ЗПТ, оскільки вона фінансується державою (див. докладніше у вставці).

Сферою занепокоєння клієнтів ЗПТ, що відсуває на другий план інші питання, є якість ліків. Існує недовіра до якості препаратів місцевого виробництва, особливо харківського. У 2019 році в партії бупренорфіну місцевого виробництва було виявлено нижчу концентрацію, ніж зазначено⁹². На засіданні Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу у серпні 2019⁹³, представник спільноти, голова їхньої Мережі ВОЛНА Антон Басенко закликав МОЗ внести до нормативної документації на закупівлю препаратів ЗПТ вимогу про "передвідвантажувальні випробування". У 2021 році ЦГЗ співпрацював з ВОЛНА для тестування метадону місцевого виробництва, але ВОЛНА вимагає проведення додаткових тестів для забезпечення якості⁹⁴. Існує думка, що держава віддає перевагу місцевим виробникам через економію коштів та розвиток місцевої промисловості. Хоча національні експерти висловили думку, що в минулому могли виникати проблеми з однією або кількома партіями, але зараз якість місцевих виробників гарантована, опитування клієнтів демонструє, наскільки поширеним є незадоволення (очікуваною)

⁹² Оціночна група отримала відповідний сертифікат лабораторії фармакопейного аналізу № 693/66719 від 02.07.2019 р. та скрін-копії рішення Держлікслужби про заборону обігу цього лікарського засобу, яке було прийнято даною державною установою.

⁹³ ПРОТОКОЛ засідання Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, 22 серпня 2019 р. (підписав Віце-прем'єр-міністр України, голова Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу Павло РОЗЕНКО)

⁹⁴ Інформація від Антона Басенка

якістю, яке вже кілька років є проблемою, що не вирішується. Один з опитаних постачальників послуг погодився, що навіть якщо якість місцевих ліків є нормальною, сприйняття клієнтів відіграє важливу роль у їхній задоволеності програмою, а отже, навіть впливає на результати лікування та репутацію програми. Для вирішення проблеми респонденти рекомендували розглянути такі варіанти: провести подвійне сліпе дослідження: протестувати місцеві препарати за кордоном (де громада довіряє результатам); надати людям можливість вибору препаратів; дозволити пацієнтам продовжувати приймати ті самі препарати та/або запровадити ефективну систему повідомлень про побічні ефекти та інші проблеми з якістю як з боку надавачів послуг, так і з боку клієнтів. Постачальники послуг зі зменшення шкоди займаються перенаправленням клієнтів, однак, як показали інтерв'ю та фокус-групи з постачальниками послуг, ця робота потребує вдосконалення.

Незважаючи на значне розширення, рівень охоплення становить 5,9%⁹⁵ від потреби і залишається значно нижчим за ефективний рівень та все ще значно нижчим за цільовий показник у 15%, встановлений Національною стратегією до 2025 року⁹⁶. Попередній аналіз висвітлив комплексний набір та шляхи покращення стійкості, включаючи підвищення привабливості для клієнтів та постачальників послуг⁹⁷.

4.3 Впровадження ЗПТ в закладах ув'язнення

Відповідно до зобов'язань, визначених у Плані переходу 2018 року, у 2020 році після підготовчої роботи, проведеної Центром охорони здоров'я Міністерства юстиції за підтримки Центру громадського здоров'я, Глобального фонду та Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), у пенітенціарній системі було запроваджено ЗПТ. Нормативно-правова база була закладена зміненням основним положенням МОЗ про ЗПТ, а Міністр юстиції затвердив пенітенціарні установи для пілотних проєктів ЗПТ⁹⁸.

Клієнти ЗПТ вже повинні були отримувати свої ліки, якщо їх заарештовували і вони перебували у віданні Міністерства внутрішніх справ (МВС). Спільний наказ трьох міністерств - охорони здоров'я, внутрішніх справ та юстиції⁹⁹, описує шлях клієнтів ЗПТ, а також ролі та обов'язки, що відображають юрисдикцію в системі охорони здоров'я щодо управління закритими установами. В установах МВС ув'язнених доставляють до закладів охорони здоров'я, що не належать до системи кримінальної юстиції, тоді як особам, які переміщуються до установ Міністерства юстиції, послуги надаються на місці. Цей спільний

⁹⁵ Розраховано на основі оціночної кількості людей з психічними та поведінковими розладами, пов'язаними з вживанням опіоїдів, із 278 318 осіб, зазначених у Звіті про результати впровадження замісної підтримувальної терапії у 2020, 2021 роках (ЦГЗ).

⁹⁶ Державні цілі встановлені на рівні 5,5% у 2020 році, 15% у 2025 році та 40% у 2030 році відповідно до розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 № 1415-р [Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року](#).

⁹⁷ Дворяк, С., Зезюлин, А. (2020). Україна: Аналіз стійкості програм підтримуючої терапії агоністами опіоїдів у контексті переходу від донорської підтримки до національного фінансування. Режим доступу: <https://api.harmreductioneurasia.org/ecb13ff0-23de-4261-b27a-e5c592c25410.pdf>

⁹⁸ Іванчук, І. (2022). Аналітичний звіт програми ЗПТ в Україні

⁹⁹ Міністерство Охорони Здоров'я України, Міністерство Внутрішніх Справ України, Генеральна Прокуратура України, Міністерство Юстиції України. НАКАЗ от 22.10.2012 № 821/937/1549/5/156 [Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії](#)

наказ ще не був оновлений, щоб відобразити запровадження ЗПТ у пенітенціарних установах.

До війни в 10 установах Державної пенітенціарної служби України (близько 10% усіх установ¹⁰⁰), які перебували у підпорядкуванні Міністерства юстиції України, було запроваджено надання ЗПТ, включаючи одну жіночу колонію. Під час війни три пенітенціарні установи припинили лікування через окупацію або евакуацію. Причиною пілотування в більшій кількості установ було бажання переконатися, що люди, які перебувають у ув'язненні, засуджені за легкі та тяжкі злочини, можуть отримати доступ до ЗПТ¹⁰¹. Хоча програма не має достатнього масштабу впливу, її стратегічна реалізація в різних умовах буде важливою для того, щоб продемонструвати її цінність і доцільність, серед іншого, тюремному персоналу¹⁰².

5 Послуги підтримки при туберкульозі

Історично склалося так, що допомога Глобального фонду на розвиток підтримки у боротьбі з туберкульозом розпочалася пізніше, ніж на профілактику ВІЛ-інфекції та послуги з допомоги та підтримки людей, які живуть з ВІЛ¹⁰³. Україна отримала перший грант на боротьбу з туберкульозом лише у 2011 році. Згідно з оцінкою готовності до переходу 2015 року, в Україні не було надано жодних гарантованих державою пільг для людей, хворих на туберкульоз. Соціальна підтримка прихильності до лікування повністю фінансувалася тільки Глобальним фондом. Грант Глобального фонду на 2017-2019 роки фінансував підтримку хворих на туберкульоз через громадські організації та забезпечував щоденний соціальний супровід для 40% хворих на туберкульоз. У 2021 році послугами з протитуберкульозного супроводу було охоплено 10 235 людей з ТБ та 7 155 людей з ХР-ТБ¹⁰⁴.

Послуги з протитуберкульозного супроводу надаються частині людей, хворих на туберкульоз та хіміорезистентні форми туберкульозу (ХР-ТБ), і надаються неурядовими організаціями. Основним джерелом фінансування є Глобальний фонд, орієнтовний бюджет якого у 2021 році становить 154,5 млн грн для охоплення 10 235 осіб, хворих на ТБ, та 6 695 осіб, хворих на МР ТБ. Крім того, завдяки підтримці уряду США через програму PATH щорічно отримують допомогу 660 людей з ХР-ТБ. Крім того, місцеві бюджети у 9 областях¹⁰⁵ виділили майже 7,9 млн грн (приблизно 5% бюджету Глобального фонду на

¹⁰⁰ Загалом, за даними World Prison Brief з посиланням на дані Державної пенітенціарної служби України станом на початок 2022 року, налічувалося 108 установ для дорослих, доступ до інформації за посиланням: <https://www.prisonstudies.org/country/ukraine>

¹⁰¹ Інтерв'ю з Михайлом Злобинцем, заступником директора Центру охорони здоров'я Державної пенітенціарної служби при Мін'юсті

¹⁰² Полонський М., Азбель Л., Вікершем Я. та ін. Виклики на шляху впровадження опіоїдної замісної терапії в українських в'язницях: Ставлення персоналу до залежності, лікування та людей з ВІЛ/СНІДом. Наркоманія та алкоголізм. 2015, Березень; 148:47-55.

¹⁰³ Міжнародний фонд "Куратіо" (2015). Перехід від підтримки Глобального фонду та дослідження програмної сталості в чотирьох країнах ЦСЄ/СНД: Звіт по Україні

¹⁰⁴ Розраховано на основі даних Глобального фонду та підтримки PATH International, наведених за: Центр громадського здоров'я (2021). Дорожня карта впровадження підтримуючих послуг з туберкульозу в рамках реалізації плану переходу на державне фінансування, проєкт.

¹⁰⁵ Дніпропетровська, Донецька, Київська, Кіровоградська, Львівська, Сумська, Хмельницька, Черкаська області та Київ. У 2020 році інші області також фінансували послуги (Запорізька, Івано-Франківська, Миколаївська, Харківська), але припинили це робити у 2021 році.

послуги з ПТ) на соціальний супровід протидії туберкульозу. Однак дані, зібрані ЦГЗ¹⁰⁶, свідчать про те, що майже всі області фінансували соціальну підтримку у вигляді продуктивних наборів або прямих виплат людям, хворим на ТБ. Лише Суми та Львів профінансували послуги з підтримки хворих на ТБ (тобто послуги спеціалістів, наприклад, оцінка потреб та підтримка для їх задоволення на додаток до соціальної допомоги у вигляді продуктивних наборів та грошових виплат) на суму 1,5 млн грн.

Послуги з підтримки лікування ТБ не були повністю пріоритетними при плануванні переходу на 2018-2020 роки. У версії Плану переходу на 2017 рік підтримка лікування ТБ не згадувалася. Однак у 2018-2020 роках супровід лікування ТБ було включено до планів пілотування децентралізованої моделі державних закупівель послуг у двох областях. У 2018 році ЦГЗ вказав на необхідність розробки стандарту послуг з супроводу лікування ТБ та розробив прогноз потреб державного бюджету, необхідних для покриття таких послуг разом з базовими пакетами профілактики ВІЛ-інфекції та послуг з допомоги і підтримки людей, які живуть з ВІЛ, на рівні з базовими пакетами послуг з ВІЛ. Прогнозована потреба в послугах з підтримки при ТБ виявилася вищою, ніж потреба в послугах з ВІЛ разом узятих. У відповідь на аналіз ЦГЗ Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу ухвалила рішення про розробку стандартів, проведення калькуляції витрат та початок фінансування послуг з підтримки при ТБ разом з послугами щодо ВІЛ-інфекції. Однак на практиці кроки щодо послуг з підтримки при ТБ не були реалізовані. На думку опитаних стейкхолдерів, пріоритетність ВІЛ-послуг під час реалізації перехідного періоду була зумовлена значною роллю та відданістю ВІЛ-сервісних громадських організацій, які підтримали надзвичайні зусилля ЦГЗ, спрямовані на розробку системи управління та фінансування в умовах значного дефіциту часу. ГО та рух у сфері ТБ розвинулися нещодавно, так само як і партнерство між урядом та ГО у сфері протидії ТБ.

Державна стратегія протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року¹⁰⁷ стосується розвитку психосоціальних послуг для досягнення двох амбітних цілей: покращення результатів лікування (85% до 2025 року та 90% до 2030 року) та охоплення амбулаторним лікуванням тих, хто має на це право та потребує допомоги (95% до 2025 року та 100% до 2030 року). Слід зазначити, що розвиток та розширення амбулаторної моделі надання медичної допомоги було частиною реформ системи протидії туберкульозу, що відбувалися паралельно з Планом переходу 20-50-80, і стимулювалося методами фінансування НСЗУ.

У рамках дослідження були зібрані переконливі докази внеску послуг з супроводу лікування ТБ у покращення результатів лікування ТБ та підтримку реформ системи протидії ТБ, що переорієнтовані на людиноцентричну модель амбулаторно-поліклінічної допомоги. У когортах 2019 та 2018 років, які отримували послуги з протитуберкульозного супроводу, 93% людей з МЧ ТБ та 71,3% з ХР ТБ досягли позитивного результату лікування, тобто були виліковані або завершили лікування. Для порівняння, серед усіх людей з ТБ, які отримували лікування, цей показник становив 77,5% та 49,4% для МЧ-ТБ та ХР-ТБ відповідно. Люди на лікуванні, які не отримували послуг підтримки при ТБ, мали в 6,8 раза більший ризик бути втраченими для подальшого спостереження у випадку МЧ-ТБ та в 3

¹⁰⁶ ЦГЗ (2022). Інформація щодо фінансування соціальних послуг для пацієнтів з туберкульозом за кошти місцевих бюджетів у 2021 році https://docs.google.com/spreadsheets/d/1kl37DjLhs-tPoAxhrFflpJeg5_r9HiD3/edit?usp=sharing&ouid=110947011551771732655&rtpof=true&sd=true

¹⁰⁷ Розпорядження КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1415-р «Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-%D1%80#Text>

рази – у випадку ХР-ТБ, тоді як ймовірність невдачі лікування була в 4,3 раза вищою для МЧ-ТБ та в 1,6 раза – для ХР-ТБ¹⁰⁸.

У 2020 році в запиті на фінансування до Глобального фонду на 2021-2023 роки Україна взяла на себе зобов'язання щодо пріоритетного переходу до надання послуг з підтримки хворих на ТБ, частка державного фінансування має зрости з 0% пацієнтів у 2021 році до 30% у 2022 році та 50% у 2023 році, а також було здійснено низку нормативних, вартісних, мобілізаційних та інших кроків, спрямованих на забезпечення такого зростання.

У 2021 році в рамках консультативного процесу ЦГЗ розробив дорожню карту переходу до надання послуг з підтримки хворих на ТБ. Ця карта окреслила поетапні кроки переходу, які враховують уроки, отримані під час переходу послуг з профілактики та підтримки при ВІЛ-інфекції:

- Фаза 1 (4 квартал 2021 – 1 квартал 2022): Координація діяльності МОЗ та інших партнерів, які працюють над стандартизацією послуг підтримки, розробкою та оцінкою моделей надання послуг та проведенням консультацій з громадськістю. Це включає угоду про розподіл повноважень з Міністерством соціальної політики, яке відповідає за соціальні послуги та підтримку.
- Фаза 2 (2022-2023): Розробка та затвердження відповідних законодавчих та інших нормативних актів на основі експертної оцінки існуючої правової бази.
- Фаза 3 (2022-2023): Розрахунок вартості необхідних ресурсів, включаючи методологію розрахунку вартості, оцінку потреб та планування ресурсів у державному бюджеті, супровідну комунікаційну кампанію, навчання постачальників послуг та створення системи забезпечення якості.

Дорожня карта супроводжується проектами документації для підтримки впровадження та сприяння обговоренню моделі надання послуг та обґрунтування виділення фінансування. Посилилася співпраця між державою та громадянським суспільством, значно посилася роль людей, яких безпосередньо торкнулася проблема туберкульозу, *TBpeople Ukraine*, голова яких є радником Міністра охорони здоров'я. Одним із перших уроків, про які згадували учасники НПТ та багато інших зацікавлених сторін у сфері ТБ, є необхідність стабільної підтримки боротьби з ТБ з централізованого джерела, оскільки системне та безперервне фінансування виявилось складно забезпечити. Тому дорожня карта спирається на національні джерела фінансування, а не на місцеві бюджети.

Міністерство охорони здоров'я України за участі ЦГЗ ініціювало виділення 13 млн грн на 2022 рік за бюджетною програмою № 2301040 «Громадське здоров'я та заходи по боротьбі з епідеміями», за якою вже фінансується профілактика ВІЛ-інфекції та підтримка людей, які живуть з ВІЛ, на організацію супроводу 939 осіб, хворих на туберкульоз, та 538 осіб, хворих на ХР-ТБ. У лютому 2022 року, напередодні російського вторгнення, Кабінет Міністрів ухвалив рішення про виділення коштів¹⁰⁹. Кошти не були виділені через війну.

Усі опитані зацікавлені сторони підкреслили, що виділення коштів є амбітним і можливим завдяки колективним і стратегічним урокам, отриманим у процесі боротьби з ВІЛ-

¹⁰⁸ Центр громадського здоров'я (2021). Дорожня карта впровадження підтримуючих послуг з туберкульозу в рамках реалізації плану переходу на державне фінансування, проект.

¹⁰⁹ Повідомлення на офіційному сайті Кабінету Міністрів України [«Уряд вніс зміни до порядку використання коштів бюджетної програми «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями»](#)

інфекцією. Однак ця сума не дотягує до 30% бюджету, зазначеного країною у запиті на фінансування, оскільки становить лише 8,4% бюджету на послуги з підтримки ТБ у грантах Глобального фонду у 2021 році.

Дорожня карта заходів з розробки законодавства ще не реалізована, тобто необхідно розробити та затвердити опис послуги з супроводу ТБ, узгодити модель закупівлі та фінансування послуг, а також розробити відповідну калькуляцію витрат та договірні механізми. Респонденти підкреслили, що, незважаючи на війну, тривають дискусії про можливу зміну моделі та діалог з НСЗУ щодо можливості контрахтування послуг з боку НСЗУ, якщо законодавчі акти та потоки фінансування будуть змінені таким чином, щоб дозволити НСЗУ контрахтувати немедичні (допоміжні) послуги. Ще у 2018 році в документах з планування переходу передбачалося, що НСЗУ укладатиме контракти на послуги з супроводу хворих на туберкульоз.

6 Інші напрямки прогресу в досягненні сталості та переходу від донорської підтримки

6.1 Фінансування боротьби з ВІЛ-інфекцією на місцях

Джерела ГО свідчать про зростання, хоча й фрагментарне та обмежене, місцевого фінансування профілактики ВІЛ, догляду та підтримки споживачів ін'єкційних наркотиків та ЛЖВ, і майже повну відсутність фінансування для секс-працівників та чоловіків, які мають секс із чоловіками. У 2019 році 9 областей (місцеві або обласні органи влади)¹¹⁰ витратили 3,8 мільйона гривень [104 000 доларів США] на протидію ВІЛ, охопивши майже 2 300 споживачів ін'єкційних наркотиків та ЛЖВ. Інший аналіз¹¹¹ показує, що у 2021 році послуги у сфері ВІЛ, які надаються ГО, отримали 1,55 мільйона гривень [40 000 доларів США]. Обидва аналізи мають значні обмеження і не відображають усіх форм підтримки. Наприклад, місто Одеса закуповує та фінансує безкоштовні шприци через мережу аптек. Деякі НУО отримують субсидовані приміщення. На рівні ЦГЗ та Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу не існує системного відстеження всіх цих даних, які б включали всю підтримку, доступну для профілактики, догляду та підтримки при ВІЛ-інфекції/СНІДі.

Підходи до місцевого фінансування дуже різняться і не є системними. Вони вимагають креативного мислення від ГО (наприклад, профілактика злочинності серед колишніх ув'язнених та програми з запобігання ґендерному насильству в Полтаві). Прецедент першого фінансування профілактики ВІЛ серед секс-працівників та чоловіків, які мають секс із чоловіками, був досягнутий у Львові в середині 2021 року. Згідно з численними інтерв'ю та фокус-групами з надавачами профілактичних послуг, обмежений прогрес для цих двох груп пояснюється тим, що ці групи населення рідше визнаються як такі, що потребують допомоги на місцевому рівні, або навіть можуть піддаватися стигматизації за

¹¹⁰ Інститут аналітики та адвокації, Міжнародний фонд "Відродження" (МФВ) (2020). Забезпечення населення медико-соціальними послугами у сфері ВІЛ/СНІД за рахунок коштів місцевих бюджетів

¹¹¹ [Аналіз](#) виконаний БО «Світло надії», проведений через аналіз тендерів на ProZorro, партнерські організації, регіональні програми визначили всі фінансування та виокремили лише ті, що фінансували послуги, тобто фінансування на ліки, тренінги та загальні інформаційні кампанії були виключені. Дані зібрані за 2019, 2020 та 2021 роки щодо ВІЛ, туберкульозу та послуг для пенітенціарної системи та колишніх ув'язнених.

спробу їм допомогти та побоюванням, що це буде непопулярним рішенням, особливо за межами великих міст. На фокус-групах постачальники послуг поділилися деякими прикладами передового досвіду. Однак результати численних зусиль були неоднозначними, оскільки для надання послуг потрібні щорічні зусилля, які не завжди приносять значне фінансування, необхідне для надання послуг.

Ще до війни ЦГЗ та Національна соціальна служба при Міністерстві соціальної політики почали розробляти методичні рекомендації для місцевих органів влади щодо комплексного пакету послуг з ВІЛ, туберкульозу та вірусних гепатитів, щоб показати, які послуги потрібні на місцевому рівні і як їх оцінити для розрахунку бюджетних потреб. Нещодавно, перед вторгненням, ЦГЗ разом з партнерами працював над відновленням оцінки кількості населення в регіонах, що кілька респондентів підкреслили як правильний крок для підтримки діалогу з владою щодо системної підтримки.

Різні інтерв'ю з представниками громад та державних установ підкреслили, що реформа децентралізації ("Реформа місцевого самоврядування та територіальної організації влади"), яка в основному завершиться у 2021 році, повинна надати можливості для більшої ролі місцевої влади у співфінансуванні та підтримці послуг, однак серед національних зацікавлених сторін існує значний розкол у поглядах на те, чи є це перспективною сферою, навіть у мирний час. Висловлювалися думки, що обласні центри громадського здоров'я або центри типу ЦГЗ могли б краще використовуватися для моніторингу послуг на місцевому рівні, хоча місцеві компетенції можуть бути обмеженими у сфері програм протидії ВІЛ та програм для ключових груп населення. Команді з проведення оцінки не вдалося дослідити доцільність та шляхи подальшого посилення ролі регіональних центрів. З точки зору можливості співфінансування, реформа децентралізації дійсно збільшила місцеві доходи, які становлять 23% у зведеному державному бюджеті, доходи місцевих громад. Розподіл місцевих бюджетів є нерівномірним, з різницею в доходах на одного мешканця до 4-х разів між різними областями. Видатки місцевих бюджетів на соціальний захист та соціальне забезпечення зросли з 20,7 до 23,7 млрд грн у 2020-2021 роках. Однак за той самий період фінансування охорони здоров'я скоротилося більш ніж на 40%¹¹², тож попередні місцеві соціальні бюджети можуть мати більше фіскального простору для нових втручань, ніж місцеві бюджети охорони здоров'я.

6.2 ВІЛ (включаючи ДКП) та туберкульоз у Програмі медичних гарантій

Хоча медичні послуги у сфері ВІЛ та ТБ фінансувалися і раніше, та були зроблені значні кроки для їх включення в реформи, зокрема: уможливили їх надання на рівні первинної медичної допомоги; децентралізували спеціалізовану допомогу; закріпили послуги за захищеними, гарантованими державою статтями держбюджету; підтримали реформи переходу до амбулаторної моделі надання протитуберкульозної допомоги, тобто підвищили їхню сталість.

З липня 2019 року НСЗУ оплачує послуги з протидії ВІЛ-інфекції та туберкульозу в рамках пакету первинної медичної допомоги за новоствореною Програмою медичних гарантій

¹¹² Дані та аналіз засновані на матеріалі: Міністерство розвитку громад та територій України. Моніторинг реформи місцевого самоврядування та територіальної організації влади, станом на 10 січня 2022

(ПМГ), відповідно до наказу МОЗ №504¹¹³. Цей пакет чітко визначений і, як і інші послуги з ПМД, є частиною захищених статей державного бюджету. До первинної медичної допомоги було включено експрес-тестування на ВІЛ після незахищеного сексу для партнерів ЛЖВ, ЧСЧ, осіб комерційного сексу та споживачів ін'єкційних наркотиків, тестування на ВІЛ за ініціативою медичного працівника та консультування при появі симптомів, пов'язаних з ВІЛ, скринінг/обстеження на туберкульоз та перенаправлення на діагностику, тестування на вірусні гепатити. У наступні роки (2021-2022) ці пакети не зазнали суттєвих змін, але були доопрацьовані, а їхні показники покриття були проіндексовані. У 2021 році пакет було доповнено послугою з профілактики, діагностики та раннього виявлення соціально небезпечних захворювань (ВІЛ-інфекції, туберкульозу, у тому числі латентної туберкульозної інфекції, гепатитів, інфекцій, що передаються статевим шляхом, тощо). Обстеження контактних осіб з туберкульозом та направлення на вторинну (спеціалізовану) та/або третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу. Взаємодія з дитячим фтизіатром та/або дитячим лікарем-фтизіатром з питань діагностики та лікування пацієнтів з туберкульозом¹¹⁴. У 2022 році послуга була доповнена пунктом щодо визначення індивідуального ризику інфекційних (туберкульоз, ВІЛ, вірусні гепатити тощо) та неінфекційних (серцево-судинні, хронічні респіраторні, онкологічні, цукровий діабет тощо) захворювань за допомогою скринінгових анкет, оцінки загального серцево-судинного ризику, окружності талії тощо.¹¹⁵ Ці зміни були спрямовані на інтеграцію державного фінансування профілактичних послуг у національну систему, а також на інтеграцію людей з ВІЛ/ТБ у медичну систему.

У квітні 2020 року ПМГ було розширено з первинної медичної допомоги на всі рівні надання медичної допомоги. Пакети послуг з ВІЛ, ТБ та ЗПТ були включені до ПМГ на первинному та спеціалізованому рівнях як комплексна допомога¹¹⁶.

Пакети щорічно переглядаються спеціалізованими групами за участю пацієнтів. Наприклад, представник TVreople Ukraine використав дані, зібрані за допомогою інструменту моніторингу під керівництвом спільноти OneImpact, щоб підкреслити необхідність охоплення діагностики та розпочати діалог про те, як НСЗУ може зменшити стигму людей, які живуть з туберкульозом, та підтримати їх у медичних установах¹¹⁷.

З 2021 року пакет послуг з ВІЛ розширився частковими послугами з доконтактної профілактики (ДКП) – безкоштовним тестуванням на ВІЛ, медичним доглядом та адмініструванням ДКП¹¹⁸. Інші витрати фінансуються за кошт міжнародної підтримки¹¹⁹.

¹¹³ Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 "[Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги](#)"

¹¹⁴ НСЗУ. ВИМОГИ ПМГ 2021, <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021>

¹¹⁵ НСЗУ. [ВИМОГИ ПМГ 2022](#)

¹¹⁶ Постанова КМ від 5 лютого 2020 р. № 65 [Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році та I кварталі 2021 року](#)

¹¹⁷ Інтерв'ю з державним доповідачем.

¹¹⁸ НСЗУ. [Специфікації та умови закупівлі медичних послуг, які надаватимуться за Програмою медичних гарантій у 2021 році](#): ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ ТА СУПРОВІД ОСІБ ІЗ ВІЛ (ТА ПІДОЗРОЮ НА ВІЛ).

¹¹⁹ Дані ЦГЗ

Кількість людей, які отримують ДКП, подвоїлася з 2020 року, досягнувши 5'711 клієнтів у 2021 році¹²⁰. Стандарт надання послуг затверджено МОЗ¹²¹.

Зміни у фінансуванні розширили кількість і різноманітність надавачів послуг. У 2021 році НСЗУ уклала договори з понад 400 медичними закладами за пакетом послуг з протидії ВІЛ-інфекції. Це центри СНІДу, обласні та міські інфекційні лікарні, багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування, протитуберкульозні та наркологічні заклади, центральні районні лікарні та поліклініки, один приватний надавач послуг¹²². 430 постачальників послуг уклали контракти з пакетом послуг протидії туберкульозу на рівні первинної допомоги¹²³, і 48 постачальників – із пакетом послуг з протидії туберкульозу на спеціалізованому рівні¹²⁴.

Фокус-групи постачальників послуг та інформаторів підкреслили, що доступ до ПМГ для людей з вразливих груп залишається проблемою через необхідність мати національні документи, що посвідчують особу, реєстрацію у сімейного лікаря та номер телефону. Існують лише непрямі дані, які ілюструють масштаб проблеми. За оцінками, 25-50% людей, які потрапляють до пенітенціарної системи, де переважають люди, які вживають наркотики, не мають національних документів, що посвідчують особу (зауважте, що пенітенціарна система охорони здоров'я відокремлена від загальної системи охорони здоров'я, і тому ПМГ там не працює). Іншими причинами уникнення медичних закладів є очікувана стигма та дискримінація. Існують позитивні приклади, наприклад, у Краматорську, де центр первинної медико-санітарної допомоги розширив свої послуги для ключових груп населення навіть нещодавно, під час активних бойових дій. Численні інформанти та фокус-групи підкреслили тенденцію колишніх центрів ВІЛ, туберкульозу та ЗПТ наймати сімейних лікарів, щоб полегшити доступ своїх клієнтів до первинної медичної допомоги.

6.3 Антиретровірусні та протитуберкульозні препарати і централізовані закупівлі

Централізація та посилення державних закупівель лікарських засобів (зі збільшенням частки держави у фінансуванні основних лікарських засобів) були згадані в Плані переходу 2017 року, проте не були визначені деталі та проміжні результати. Грант Глобального фонду на 2018-2020 роки підтримав цю роботу. До прийняття перехідного плану держава закуповувала частину ліків проти ВІЛ, туберкульозу, ЗПТ та інших основних лікарських засобів, використовуючи механізм закупівель МОЗ та залучаючи міжнародні закупівельні агенції. Функції державних закупівель лікарських засобів було консолідовано шляхом створення у 2019 році централізованої державної медичної закупівельної агенції – державного підприємства "Медичні закупівлі України", а з 2020 року – залучення її до закупівель антиретровірусних препаратів (АРВ-препаратів), протитуберкульозних препаратів та препаратів для замісної підтримувальної терапії (ЗПТ). У запиті на

¹²⁰ На основі значень Індикаторів Національного звіту про прогрес у боротьбі з глобальною епідемією СНІДу за 2017-2021 роки (GAM) в ЦГЗ (2022). ВІЛ-інфекція в Україні, інформаційний бюллетень No 53, Київ 2022

¹²¹ Наказ МОЗ України від 05.02.2021 № 189 "[Про затвердження Стандартів охорони здоров'я доконтактної та постконтактної медикаментозної профілактики ВІЛ-інфекції](#)"

¹²² НСЗУ. [Національна служба здоров'я виплатила закладам, що надають допомогу пацієнтам з ВІЛ, понад 291 млн грн](#)

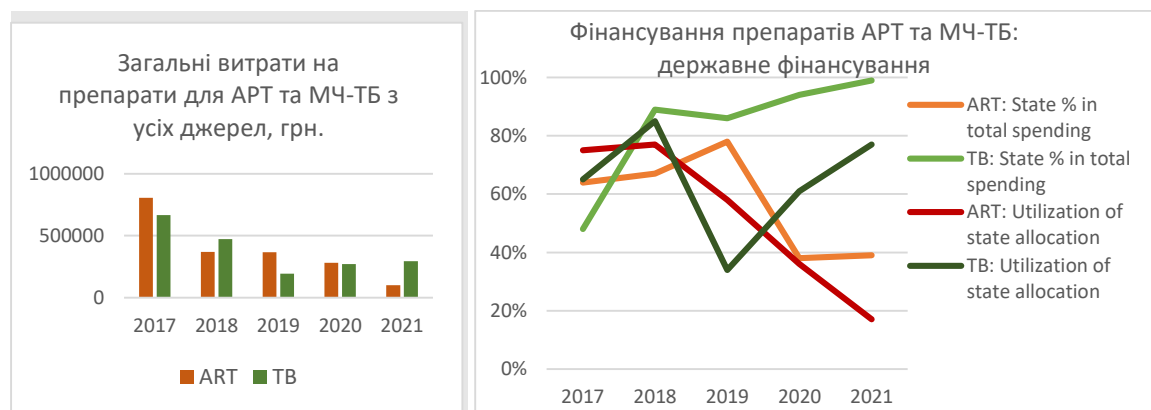
¹²³ Аптека, новинна стаття: <https://www.apteka.ua/article/599093>

¹²⁴ Устинов, О.В. (2020). [Допомога хворим на туберкульоз у рамках Програми медичних гарантій](#) За результатами брифінгу НСЗУ від 18.09.2020 р.

фінансування до Глобального фонду на 2020 рік у рамках ітерації Плану переходу планується подальше посилення спроможності ДП "Медичні закупівлі України".

Дані ЦГЗ свідчать про більш ефективне використання ресурсів на антиретровірусну терапію та лікування медикаментозно-чутливого туберкульозу, але також про значні проблеми з використанням державного фінансування на закупівлю антиретровірусних препаратів.

Таблиця 6: Аналіз розподілу та витрачання коштів на АРВ-препарати та протитуберкульозні препарати за джерелами фінансування 2017-2021 рр.



Графіки створені на основі даних ЦГЗ, 2022

АРТ ТБ

АРТ: % державних коштів із загальних витрат

ТБ: % державних коштів із загальних витрат

АРТ: Використання державних коштів

ТБ: Використання державних коштів

Вартість АРТ знизилася більш ніж у 8 разів за період з 2017 по 2021 рік завдяки оптимізації лікування відповідно до рекомендацій ВООЗ та стратегічному зниженню цін. Трирічна стратегія оптимізації та перегляд оцінки потреб були розроблені на основі міжсекторального підходу у співпраці з "100% Життя". ЦГЗ та МОЗ підтримали активну роль представників ЛЖВ у переговорах та інших діях з виробниками щодо зниження цін. У 2019 році економія на АРВ-препаратах першої лінії склала 359 млн грн [за курсом 2019 року¹²⁵, близько 13,9 млн доларів США]¹²⁶. Заощаджені кошти були перенаправлені на перше виділення послуг з профілактики ВІЛ і підтримки для ЛЖВ у 2019 році. Варто зазначити, що лише половини зекономлених коштів вистачило б для покриття річної потреби в послугах з профілактики та підтримки при ВІЛ-інфекції.

Частка державного фінансування протитуберкульозних препаратів зростає з 48% у 2017 році, до прийняття Плану переходу, до 99% у 2021 році. Що стосується АРВ-препаратів, то з 2018 року виділених державою коштів було достатньо для повного фінансування ліків на підконтрольних уряду територіях. Однак уряд не зміг перебрати на себе фінансування, і тому його частка у витратах знизилася до трохи менше 40% у 2020 та 2021 роках після пікового показника у 78% у 2019 році – потрібна була міжнародна підтримка для забезпечення зв'язку між циклами державних закупівель.

¹²⁵ Середньорічний обмінний курс за 2019 рік, розрахований Національним банком України, становив 100 доларів США = 2584,56 грн. Режим доступу: https://bank.gov.ua/files/Exchange_r_e.xls

¹²⁶ За матеріалами Кузін, І., ЦГЗ (2020). Шляхи України в процесі переходу, 17.11.2020, презентація на заході Європейських друзів Глобального фонду.

6.4 Послуги з протидії ВІЛ та ТБ у пенітенціарній системі

Пенітенціарна система має власну систему охорони здоров'я та бюджет, яким керує Центр охорони здоров'я (ЦОЗ) при Мін'юсті, тому вона має свій власний темп, успіхи та проблеми переходу від донорського фінансування.

План переходу 20-50-80 не розглядав питання фінансування та управління послугами для людей, які перебувають у в'язницях. Тим не менш, ЦГЗ та Мін'юст поділяють думку про необхідність посилення відповідальності, фінансування з власного бюджету і внеску до Плану переходу, який було затверджено через їхнього представника в Національній раді з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Послуги з протидії ВІЛ, туберкульозу та надання ЗПТ у пенітенціарній системі співфінансуються з бюджету Мін'юсту, Глобального фонду та інших міжнародних донорів. У 2020-2021 роках близько 70-77% АРВ-препаратів було закуплено з бюджету ЦГЗ¹²⁷, а налоксон повністю профінансований ЦГЗ¹²⁸. Якщо стандарти діагностики ВІЛ, АРТ, лікування туберкульозу та ЗПТ у в'язницях значною мірою повторюють стандарти, затверджені МОЗ (хоча ЗПТ є невеликим пілотним проектом), то профілактика ВІЛ, підтримка та допомога ЛЖВ відрізняються. Фінансування послуг із профілактики, підтримки та допомоги, що надаються НУО, повністю залежало від міжнародних донорів – Глобального фонду та проекту «Заради життя», що фінансується USAID (тільки регіони PEPFAR). П'ятирічний проект USAID завершується в середині 2022 року, і опитані ГО оцінили, що тестування на ВІЛ та деякі інші послуги, які підтримувалися в рамках проекту, матимуть певну підтримку від Глобального фонду, однак, за їхніми прогнозами, станом на середину 2022 року значні обсяги робіт будуть припинені. ЦГЗ підтвердив, що планує взяти на себе частину послуг ГО у 2022 році з поетапним збільшенням фінансування у 2023 та 2024 роках. Вони не мали досвіду закупівлі послуг ГО, але планували слідувати моделі закупівлі послуг з профілактики, догляду та підтримки, яка застосовується в ЦГЗ. Процедури для цього не були розроблені в рамках ЦГЗ¹²⁹. Юридичний відділ ЦГЗ та ЦОЗ виступали проти ідеї деяких ГО про те, що послуги з ВІЛ, які фінансуються ЦГЗ для ключових груп населення та ЛЖВ, можуть бути поширені на ЛЖВ, ЛВІН та ЧСЧ, які перебувають під вартою або відбувають покарання у в'язницях¹³⁰.

Діалог щодо перегляду необхідності зміни системи управління охороною здоров'я у в'язницях було доручено міжвідомчій групі МОЗ та Мін'юсту, створеній у 2020 році¹³¹. Розглядається ідея пілотування змін в управлінні в одному регіоні та подальшої аналітики. Конкретні часові рамки не були узгоджені при плануванні переходу від донорської допомоги та підтримки послуг. Зміна в управлінні відповідатиме рекомендаціям ВООЗ

¹²⁷ Інтерв'ю із заступником директора Департаменту охорони здоров'я Державної пенітенціарної служби України.

¹²⁸ FreeZONE. Доступ до послуг з профілактики та лікування ВІЛ та супутніх захворювань у пенітенціарних установах країн регіону СЕЦА. Аналітичний звіт 2021 (у рамках проекту "SoS" у співпраці з Альянсом громадського здоров'я, 100% Життя, Центральнопівденноазійською асоціацією ЛЖВ, Євразійською коаліцією ключових груп населення).

¹²⁹ Інтерв'ю із заступником директора Департаменту охорони здоров'я Державної пенітенціарної служби України.

¹³⁰ Інтерв'ю із заступником директора Департаменту охорони здоров'я Державної пенітенціарної служби України (підтвердив присутній під час розмови представник ЦГЗ).

¹³¹ Інтерв'ю із заступником директора Департаменту охорони здоров'я Державної пенітенціарної служби України (згаданий наказ про створення не був знайдений у онлайн-пошуку правової інформації ВРУ).

щодо загальнодержавної відповідальності за здоров'я ув'язнених; МОЗ має надавати медичні послуги у в'язницях та нести за них відповідальність¹³².

¹³² ВООЗ. Європейське регіональне бюро. (2013). [Належне врядування охорони здоров'я у в'язницях у 21 столітті: аналітична записка щодо організації охорони здоров'я у в'язницях](#)

7 Підсумковий аналіз відповідно до завдань оцінки

7.1 Зроблені висновки

Серед заявників Глобального фонду в регіоні СЄЦА¹³³ Україна встановила найамбітнішу формулу збільшення державної власності на основні послуги з профілактики ВІЛ-інфекції для ключових груп населення на 2017-2020 роки, яка у всьому світі вважається одним з найскладніших компонентів відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції для переходу на державне фінансування та управління.

В Україні планування перехідного періоду було еволюційним процесом, а не просто окремим планом. Відбулося три ітерації початкового Плану переходу, який часто називають Планом «20-50-80», що був вперше розроблений у 2017 році, потім оновлений у 2018 році Центром громадського здоров'я і ще раз скоригований при поданні запиту на фінансування до Глобального фонду у 2020 році.

На основі проведених інтерв'ю не існує єдиної думки щодо того, що таке План переходу "20-50-80", яку версію слід називати Планом переходу або що він включає – деякі вважають його окремим планом з конкретними часовими рамками і фокусом на профілактиці ВІЛ, догляді та підтримці, тоді як інші розглядають його як частину процесу забезпечення більшої стійкості та національної відповідальності, який повинен розвиватися, спираючись на досягнення і встановлюючи нові цілі на майбутнє. Однак існує консенсус щодо великих амбіцій та зобов'язань держави систематично співфінансувати та спільно управляти послугами для ключових груп населення, а також послугами з догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ-інфекцією.

Згідно з документами та проведеними інтерв'ю, планування переходу (напрямки та особливості в оновлених документах, що стосуються Плану переходу та робочих планів до нього) розвивалося разом зі змінами в керівництві системи охорони здоров'я та ЦГЗ, а також можливостями, що з'явилися в ході реформування системи охорони здоров'я.

З 2017 року План "20-50-80" є консенсусним зобов'язанням щодо посилення ролі держави в програмах протидії ВІЛ-інфекції та туберкульозу, який мобілізував ключові урядові структури, громадянське суспільство та партнерів для поступового посилення відповідальності держави, особливо щодо компоненту профілактики ВІЛ-інфекції та підтримки лікування за принципом "рівний-рівному", що базується на участі спільнот. Це допомогло встановити чіткі орієнтири для забезпечення видимості та зрозумілості.

Амбіції та поява Плану переходу стали можливими завдяки унікальному сузір'ю лідерів та сприятливих факторів, згідно з інтерв'ю із заступником міністра охорони здоров'я, колишніми та теперішніми співробітниками Центру громадського здоров'я, двома основними реципієнтами, іншими членами Національної ради, численними представниками громадянського суспільства та міжнародними партнерами. Серед них:

¹³³ На основі сканування запитів на фінансування, доступних за посиланням: <https://data.theglobalfund.org/documents> та Євразійської асоціації зменшення шкоди (2021). [Підсумки бюджетної адвокації у Східній Європі, Південно-Східній Європі та Центральній Азії](#). ЄАЗШ, Вільнюс, Литва, 2021

1. Вище керівництво країни вимагало сміливих реформ, заклавши основу для трансформації системи охорони здоров'я та фінансування охорони здоров'я, включаючи створення системи державних медичних гарантій з Національною службою охорони здоров'я України, національною центральною закупівельною агенцією, та запровадження концепції "громадського здоров'я" в системі охорони здоров'я під керівництвом Центру громадського здоров'я.
2. Чітке інформування керівництва країни про очікування Глобального фонду та його активна робота з підтримки обговорення на рівні країни щодо виконання цих очікувань.
3. Лідерство осіб на ключових державних посадах, включаючи Віце-прем'єр-міністра, який на той час очолював Національну раду, та виконуючого обов'язки Міністра охорони здоров'я, а також команди Центру громадського здоров'я.
4. І останнє, і, мабуть, найважливіше, - сміливе просування переходу з боку кількох громадських організацій та груп, зокрема "100% життя" у 2017 році.

Аналогічно, реалізація та подальша прихильність до сталого розвитку, включаючи План переходу та "компонент ГО", були б неможливими без таких факторів:

1. Віддане своїй справі керівництво МОЗ, деякі з яких були авторами та виконавцями Плану переходу;
2. Керівництво та персонал ЦГЗ, які створили нові системи та процеси;
3. Налагоджена робота та підтримка з боку двох основних реципієнтів Глобального фонду з числа громадських організацій – "100% життя" та Альянсу;
4. Механізм підзвітності, створений Глобальним фондом із застосуванням підходу підтримки, який допомагає подолати прогалини під час впровадження;
5. Менш помітна, але дуже важлива, наполеглива міжвідомча робота з високопосадовцями в ЦГЗ, МОЗ, Мінфіні та інших установах з пошуку рішень за межами зони комфорту державної системи;
6. Підтримка ОГС, уряду, ООН та приватних донорських партнерів, які здебільшого входять до складу Стратегічної робочої групи, що проводять роботу під час та поза межами зустрічей, включаючи підтримку медіації та роботу з потенціалом і готовністю громадянського суспільства та груп громад;
7. Використання поточних реформ у сфері охорони здоров'я, включаючи роботу з НСЗУ над покращенням підтримки роботи ЗПТ та нової програми громадського здоров'я, як буде описано далі у звіті;
8. Місцеві провайдери – ГО – беруть на себе ризики, пов'язані з недосконалими рішеннями, з огляду на довгострокову перспективу побудови державних систем протидії ВІЛ, туберкульозу та ЗПТ.

7.2 Ключові висновки по завданням огляду

Узагальнений аналіз та рекомендації щодо 7 питань, поставлених для огляду, включають:

1. Якою мірою положення Плану переходу 20-50-80 були реалізовані станом на кінець 2021 року?

Сфера: Послуги з профілактики ВІЛ, допомоги та підтримки ЛЖВ (передача управління за проміжними цілями 20-50-80, без державного фінансування у 2018 році, з відповідною законодавчою базою)

Загалом, перехід на фінансування базових пакетів послуг з профілактики ВІЛ, допомоги та підтримки ЛЖВ значною мірою завершився. Держава (МОЗ) виділила кошти на надання послуг. Нормативно-правова база, необхідна для розподілу державного бюджету та надання послуг, була створена відповідно до основних етапів планування переходу. У Перехідному плані не розглядалися товари для профілактики, а фінансування на них не було виділено державою.

Держава виділила фінансування відповідно до передперехідних рівнів фінансування 2018 року (у національній валюті). Залишаються невирішеними законодавчі проблеми, що вимагають сплати ПДВ при наданні послуг. Модель закупівлі послуг була обрана після проведення пілотного проекту відповідно до вимог законодавства. Проте модель закупівлі (і оплати) досі не працює належним чином. Тому ЦГЗ замовив дослідження альтернативних моделей закупівель в рамках чинного законодавства. Робота над удосконаленою моделлю не завершена і має працювати в синергії з нещодавніми комплексними змінами до Закону № 6364 "Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ" та новим Законом "Про систему громадського здоров'я", імплементація якого має розпочатися з 01 жовтня 2023 року¹³⁴ в руслі продовження роботи над створенням системи громадського здоров'я.

У ЦГЗ створено новий відділ з управління послугами у сфері ВІЛ для ключових груп населення та ЛЖВ. Таким чином, передача управління була значною мірою досягнута. Однак ресурсне забезпечення адміністрування нових додаткових функцій ЦГЗ є недостатнім. Подальше концептуальне узгодження ролей, обов'язків, ресурсного забезпечення та спільного управління системами МіО та інформаційними системами (наприклад, базами даних) потребує подальших обговорень між ЦГЗ і двома іншими реципієнтами та іншими зацікавленими сторонами на національному рівні. Ще одним невирішеним питанням у сфері МіО та управління є те, яким чином держава збільшуватиме свою роль у фінансуванні. Станом на середину 2022 року не було розроблено і не було реалізовано жодних планів щодо того, щоб держава взяла на себе закупівлю та фінансування товарів для надання послуг. Базовий пакет профілактичних послуг не охоплює всі основні ключові послуги, які визначені як додаткові у Положенні МОЗ про надання послуг з профілактики ВІЛ-інфекції, а також відсутні плани щодо подальшого приведення українських базових пакетів у відповідність до міжнародних рекомендацій та основних потреб клієнтів.

Сфера: ЗПТ (встановлення національних цілей, впровадження пілотного проекту у закладах пенітенціарної системи та масштабування з акцентом на первинну медичну допомогу)

Три цілі для ЗПТ у перехідному плані були в основному досягнуті. Як і планувалося, ЗПТ була визначена пріоритетною в новій Програмі державних гарантій через спеціальний пакет НСЗУ. Масштабування ЗПТ було значним (зростання на 60% з 2019 року), але не відповідає поставленим цілям до 2025 року та рекомендаціям ВООЗ щодо ефективності впливу. Станом на кінець 2021 року пакети НСЗУ не призвели до значного збільшення очікуваного рівня охоплення первинною медичною допомогою, частково через

¹³⁴ Закон України від 06.09.2022 № 2573-ІХ Про систему громадського здоров'я

непривабливі тарифи для надавачів послуг та виклики, що знижують рівень охоплення. Послуги зі зменшення шкоди (профілактика ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики) залучені до підтримки охоплення, але їхня ефективність потребує покращення. Клієнти ЗПТ повідомляють про відносно низьку репутацію програми та поширене негативне ставлення до деяких препаратів вітчизняного виробництва. НСЗУ підвищила свій тариф на 2023 рік.

Сфера: Послуги підтримки при туберкульозі

Фінансування та управління протитуберкульозними службами не було передано державі. Однак підготовка до початку війни 2022 року просунулася вперед. Було підготовлено дорожню карту та пакет проєктів нормативно-правових документів. Уряд схвалив виділення першого фінансування на ці ТБ -послуги перед самою війною. Однак це фінансування становило 8% від бюджету ГФ на 2021 рік на ці послуги, тобто нижче 30% від бюджету послуг, зазначених у запиті на фінансування до Глобального фонду.

Сфера: Державна закупівля АРВ-препаратів та протитуберкульозних препаратів, включаючи започаткування централізованої державної закупівлі

Створено централізовану державну закупівельну агенцію – державне підприємство "Медичні закупівлі України". Воно потребує подальшого зміцнення потенціалу. Якщо у випадку з ліками для лікування хіміорезистентного туберкульозу частка державного бюджету та роль закупівельної організації значно зросли, то у 2021 році майже всі ліки фінансувалися з державного бюджету. У випадку з антиретровірусними препаратами зниження вартості АРТ у 8 разів дозволило зменшити бюджетні потреби. Починаючи з 2018 року, держава виділяла достатньо коштів для повного фінансування АРВ-препаратів на підконтрольних територіях, однак у 2021 році рівень використання державного фінансування був нижчим за 20%, і для заповнення цієї прогалини знадобилося міжнародне фінансування (і закупівлі, передусім через "100% життя").

2. Які відбулися зміни, що не були передбачені планом переходу?

Фінансування на місцях

План переходу передбачав, що місцеве фінансування та міжнародна підтримка забезпечать підтримку додаткових послуг з профілактики ВІЛ серед ключових груп, тоді як держава підтримуватиме базові пакети. Однак План не містив жодних конкретних зобов'язань чи кроків. Підтримка профілактики ВІЛ на місцевому рівні була фрагментарною, з більшою підтримкою соціальних послуг, зокрема для СІН, колишніх ув'язнених та людей, які живуть з ВІЛ, а також деяких втручань, зазначених у нормативно-правових актах МОЗ щодо послуг з профілактики ВІЛ серед ключових груп населення та підтримки ЛЖВ. Перші випадки підтримки ЧСЧ та секс-працівників були досягнуті лише у 2021 році в одній області. Життєво важливо продовжувати взаємодію з місцевими рівнями для поширення належних послуг та використання потенціалу децентралізації. Однак ці послуги у сфері охорони здоров'я залишатимуться залежними від централізованої державної підтримки для забезпечення справедливості та визнання обмеженості місцевих пріоритетів щодо високостигматизованих груп. Таким чином, принаймні в середньостроковій перспективі для продовження переходу від донорської підтримки, залежність від місцевих бюджетів буде обмеженою, з певним потенціалом для кейс-менеджменту та синергетичних програм, наприклад, соціальної реінтеграції або реагування на гендерно зумовлене насильство. «Базовий пакет» за кошт держави має бути розширений і включати всі послуги, необхідні для впливу на епідемію ВІЛ (та

пов'язані з нею епідемії вірусних гепатитів та ІПСШ), що фінансуються Глобальним фондом та USAID.

Інші напрямки

Фінансування послуг у сфері ВІЛ-інфекції та туберкульозу перейшло до НСЗУ, що сприяло реформам з оптимізації надання послуг. Пакети послуг з ВІЛ та туберкульозу були включені до державних медичних гарантій. З 2021 року пакет послуг з ВІЛ розширено за рахунок часткового фінансування ДКП (безкоштовне тестування на ВІЛ та медичний догляд). Таким чином, ДКП є частиною гарантованої державою послуги. Державна частка послуг з діагностики та лікування ВІЛ-інфекції та туберкульозу в пенітенціарній системі поступово зростає (70% бюджету на АРТ, що вище, ніж за межами в'язниць, у 2021 році), хоча й досі залежить від міжнародної підтримки. Профілактика ВІЛ, підтримка та допомога ЛЖВ, як і раніше, залежать від міжнародних донорів. Міністерство юстиції та Центр охорони здоров'я Державної пенітенціарної служби України планували частково перебрати на себе фінансування та управління цими послугами вже у 2022 році, скопіювавши модель закупівлі послуг з профілактики, догляду та підтримки при ВІЛ-інфекції, що діє в системі охорони здоров'я України. Через війну план не реалізувався. Паралельно Міністерство юстиції та Міністерство охорони здоров'я обговорюють майбутнє управління та модель системи охорони здоров'я в пенітенціарній системі.

3. Наскільки планування переходу відповідало меті з точки зору клієнтів та надавачів послуг (в тому числі, чи сприяв перехід впровадженню нових та ефективних підходів та інновацій на додаток до наявних пакетів послуг, а також фактичного охоплення та обсягу послуг)?

Як надавачі послуг, так і більшість клієнтів позитивно оцінюють державне фінансування і мають більшу впевненість у тому, що завдяки системному державному фінансуванню послуги будуть надаватися і надалі. Таке фінансування сприяє дестигматизації послуг, людей, які їх отримують – представників ключових груп населення та ЛЖВ – та самих послуг, особливо по відношенню до державних установ.

Основною проблемою, що залишається з точки зору клієнтів, є конфіденційність їхніх даних (обмін з іншими частинами системи охорони здоров'я та за межами системи охорони здоров'я).

Надавачі послуг отримували значно менше фінансування від держави, ніж до переходу (близько 73% від рівня тих самих послуг у 2018 році, що на практиці було ще менше через інфляцію та ПДВ, що застосовується до державних послуг). Складні фінансові та контрактні механізми, включаючи жорстке регулювання послуг та застосування методів оплати, призвели до недостатнього використання коштів на послуги при ВІЛ-інфекції. Послуги для ключових груп населення зіткнулися з більшими труднощами у виконанні нових детальних правил, субкошторисів та встановлених обсягів послуг у рамках базових пакетів. З їхньої точки зору, особливо для секс-працівників, вартість послуг є заниженою. Інше доступне фінансування (від міжнародної підтримки) допомогло пом'якшити проблеми, пов'язані з періодами укладання контрактів і нижчими фактичними виплатами для виконання зобов'язань перед персоналом і консультантами "рівний-рівному", а також для оплати приміщень та інших операційних витрат.

Система державних тендерів призвела до реструктуризації та більш значної консолідації ринку послуг. Консолідація призвела до зростання деяких провайдерів та їхньої відкритості до надання послуг за межами їхнього "традиційного" населення або території. Деякі менші ГО не змогли отримувати фінансування на пряму і співпрацювати з більшими організаціями, укладаючи з ними субконтракти на надання послуг. З точки зору надавачів послуг, зміни в тому, хто надає послуги, не завжди забезпечували їхню якість, оскільки тендерні рішення приймаються на основі ціни, запропонованої серед надавачів, які відповідають мінімальним кваліфікаційним вимогам. Деякі надавачі послуг, які починають обслуговувати нові групи населення, стикаються з труднощами (наприклад, з охопленням ЧСЧ, оскільки вони не знають спеціалізованих додатків для знайомств) і потребують підтримки.

Впровадження нових ефективних підходів та інновацій

Планування перехідного періоду не передбачало оцінки потреб населення, моніторингу контексту та не підтримувало впровадження інноваційних послуг. У 2019 році визначення пакетів втручань базувалося на існуючих послугах та підходах. Надання послуг онлайн, що особливо важливо для секс-працівників та ЧСЧ, як було підкреслено в новому консолідованому керівництві ВООЗ щодо ключових груп населення у 2022 році, передбачено як додаткова послуга, тому її фінансування очікується з інших джерел. Пакети послуг не переглядалися після прийняття у 2019 році.

Деякі адаптації послуг, особливо у 2020 році через обмеження, пов'язані з пандемією COVID-19, відбулися частково за рахунок міжнародного фінансування. Вони ще не знайшли відображення в положеннях про послуги та контрактах МОЗ. Крім того, поточний підхід до детального регулювання та договірних механізмів надання послуг призвів до того, що середні значення індикаторів 2018 року стали обов'язковими універсальними пакетами, що не дозволяє адаптувати їх до потреб людей або контексту. Як наслідок, надавачі послуг та клієнти повідомляють, що послуги стали менш орієнтованими на людей через сувору регламентацію параметрів (частота, обсяги втручань та товарів, відповідність ЛЖВ критеріям прийнятності тощо). З точки зору постачальника послуг і клієнтів, пакети послуг повинні бути розширені і включати додаткові послуги, такі як кейс-менеджмент або доставка послуг і АРВ-препаратів додому, а також додаткове тестування на вірусні гепатити та сифіліс, доступ до ліків для печінки, консультацій інших спеціалістів та медичних послуг, профілактика передозувань. Необхідно збільшити частоту та кількість профілактичних втручань, у тому числі частіше проводити тестування та менше разів вибирати презервативи. Для послуг з догляду та підтримки ЛЖВ до інформаційних та мотиваційних сесій слід додати кейс-менеджмент, який би відповідав індивідуальним потребам пацієнтів та дозволяв пристосовуватися до їхніх потреб.

Таким чином, не відбулося розширення існуючих підходів новими підходами та методами за рахунок державної політики та фінансування. Характер державного регулювання та управління сильно обмежує гнучкість ЦГЗ та постачальників послуг, однак, як показує сама зміна системи, що дозволяє системне фінансування немедичних послуг громадського здоров'я, в Україні зміни можливі за наявності бажання та наміру з боку держави.

В управлінні послугами ЦГЗ недостатньо уваги приділяється питанням якості. Надавачі послуг, які переважно працюють у сфері профілактики, просили краще залучати їх (наприклад, залучати людей, які безпосередньо працюють у сфері надання послуг, до робочих груп, таких як Стратегічна робоча група, до процесу консультацій з метою

оновлення пакетів послуг та калькуляції витрат). Вони просили більше можливостей для консультування та діалогу з ЦГЗ, пропонуючи щорічні сесії для планування та систему для підтримки вирішення проблем з контрактами та програмами. Ці зусилля повинні охоплювати різних надавачів послуг, у тому числі субреципієнтів організацій, з якими укладено контракти з ЦГЗ.

Фактичне охоплення

Завдяки державному фінансуванню в перехідний період збільшилося охоплення послугами ключових груп населення. У 2021 році державними послугами було охоплено більше половини оціночної кількості ЛВІН та СП, але лише чверть ЧСЧ на підконтрольних уряду територіях. Починаючи з 2019 року, майже 40% оціночної кількості людей, які живуть з ВІЛ, отримали користь від цільових інформаційно-мотиваційних сесій для підтримки їхньої прихильності до лікування.

4. Чи сприяють нормативно-правова база та середовище наданню послуг/лікування бенефіціарам?

Для базового пакету послуг з профілактики ВІЛ, догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ, п'ять нормативно-правових актів та щорічна бюджетна програма визначають нормативну базу та фінансові рамки державного фінансування. Вперше в нормативній базі визнано послуги зменшення шкоди.

Бюджетні програми, що фінансують профілактику ВІЛ, догляд та підтримку ЛЖВ, затверджуються щорічно. Таким чином, сталість цих послуг залишається залежною від рішень керівництва МОЗ та доступу до бюджетних коштів.

Варіанти підвищення стійкості потребують більш широкого обговорення та системних рішень, які не є специфічними для послуг у сфері ВІЛ-інфекції. Оскільки система охорони здоров'я продовжує розвиватися, одним з варіантів може стати відображення підходу організації фінансування медичних послуг в Програмі "медичних гарантій" до надання медичної допомоги, особливо для профілактики. Остаточні рішення щодо забезпечення сталого надання послуг з догляду та підтримки мають бути системними – для ВІЛ, туберкульозу, ЗПТ, паліативної допомоги тощо. По-третє, не буде сталості послуг без надійного управління державним сектором. Кадровий потенціал ЦГЗ для управління державними закупівлями повинен бути забезпечений належними ресурсами.

ЗПТ, АРТ та лікування туберкульозу є гарантованими послугами. Однак подальша стабільність залежатиме від спроможності держави вчасно закуповувати медичні препарати, що було проблемою для АРТ. Тому майбутнім пріоритетним напрямком є подальший розвиток потенціалу медичних закупівель в Україні у синергії з системами клінічного планування, прогнозування та управління поставками.

5. Чи можна використовувати наявні дані МіО для визначення ризиків, пов'язаних із переходом, і як мають змінитися функції МіО внаслідок переходу?

ЦГЗ взяв на себе провідну роль у впровадженні Плану переходу. Нагляд за виконанням Плану здійснювали Нацрада, яка розробила оригінальний План переходу у 2017 році, її Наглядова комісія, Стратегічна робоча група та Глобальний фонд. Різні групи зробили свій внесок у здійснення нагляду. Були створені структури та процеси для визначення та

підтримки ЦГЗ та Нацради щодо успіхів та викликів у процесі переходу від донорського до державного управління та фінансування закупівель. Робоча група взяла на себе більш оперативну функцію підтримки, що було особливо важливо у 2019 та 2020 роках.

Однак у огляді були прогалини.

- 1) Більшість стейкхолдерів мали обмежену видимість і залученість (хоча Комісія з нагляду Національної ради рекомендувала вжити заходів для підвищення видимості для громадськості).
- 2) Рішення, спрямовані на більш ефективне використання коштів державного бюджету, були реалізовані лише частково, незважаючи на проблеми, добре зафіксовані в протоколах засідань Стратегічної робочої групи, Національної ради і публічних виступах постачальників послуг. Деякі креативні рішення (наприклад, проактивне укладання контрактів на розбудову громад у регіонах, де немає жодного контракту з ЦГЗ) були озвучені в інтерв'ю членами Національної ради. Однак не знайдено жодних записів про те, що ці ідеї обговорювалися на Стратегічній робочій групі.
- 3) Механізми нагляду були зосереджені на двох сферах перехідного періоду - державних закупівлях послуг з профілактики ВІЛ-інфекції та догляду і підтримки людей, які живуть з ВІЛ. Однак інші сфери залишилися поза увагою у звітах ЦГЗ до Глобального фонду та Стратегічної робочої групи або Наглядової комісії.
- 4) Оскільки частота засідань Стратегічної робочої групи зменшується, а аналіз протоколів та два інтерв'ю підтверджують зниження її ефективності, ця група в тому вигляді, в якому вона організована зараз, можливо, вичерпала свою додану вартість.

Національний план МіО у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу або ВІЛ-інфекції, туберкульозу та вірусних гепатитів має стати основним механізмом підтримки реалізації Державної стратегії протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року. Він був розроблений Центром громадського здоров'я, але ще не затверджений. Однією з функцій Національного плану МіО буде надання можливості Національній раді з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим зацікавленим сторонам відстежувати досягнення національних цілей профілактики та демонструвати роль впровадження базових пакетів послуг, що фінансуються урядом. Без Національного плану МіО цілі, визначені у Державній стратегії на 2025 та 2030 роки, не трансформуються у щорічні цілі для формування державних асигнувань та щорічні цілі для послуг, що фінансуються за рахунок державного бюджету. Крім того, Стратегія ґрунтується на цілях ООН у сфері протидії ВІЛ до 2020 року і не відображає глобальні цілі ЮНЕЙДС щодо досягнення 95-95-95 та комплексні цілі до 2025 року, а також інтегративний підхід до послуг, викладений у Консолідованій настанові ВООЗ щодо профілактики, діагностики, лікування та догляду при ВІЛ, вірусних гепатитах та ІПСШ до 2022 року. Крім того, існуюча фрагментація систем МіО обмежує видимість і використання даних, отриманих в результаті надання послуг з догляду, підтримки та профілактики ВІЛ-інфекції, у всьому континуумі послуг.

Функції МіО ВІЛ-профілактики, догляду та підтримки ЛЖВ були частково передані державі. ЦГЗ використав попередні інструменти та ноу-хау "100% життя" та Альянсу для побудови системи МіО профілактики ВІЛ-інфекції, догляду та підтримки ЛЖВ, що фінансуються за рахунок державного бюджету. Основна увага була зосереджена на перевірці надання послуг, що фінансуються державою. Система ЦГЗ для збору інформації

про потреби, стратегічної роботи з визначення та підтримки рішень, а також забезпечення якості цих послуг ще не розроблена. Наразі, оскільки міжнародне фінансування продовжує підтримувати профілактику, догляд та підтримку ЛЖВ і знаходиться в управлінні БО "100% життя" та Альянсу громадського здоров'я, системи моніторингу та підтримки послуг цих трьох організацій є фрагментарними, при цьому значна частина ноу-хау закладена в роботу ГО. У середньостроковій перспективі країна (і донори) повинні чітко і цілеспрямовано перейти до цілісної системи профілактики, догляду і підтримки, незалежної від джерел фінансування. Надавачі послуг та донори повинні бути залучені до цієї дискусії, щоб врахувати їхні перспективи. Як зазначалося раніше, ЦГЗ потребує адекватного ресурсного забезпечення для узгодження можливостей трьох ключових менеджерів національних програм профілактики ВІЛ-інфекції, догляду та підтримки ЛЖВ.

Інформація про МіО, управління та бюджети основних реципієнтів від громадянського суспільства може допомогти визначити основні етапи для посилення цієї функції в рамках ЦГЗ та/або передачі окремих її елементів на аутсорсинг. Функції МіО в ЦГЗ (а також «100% Життя» і Альянсі) залежать від міжнародного фінансування. Наразі не обговорюється і не планується, яким чином ці функції будуть адекватно фінансуватися державою в майбутньому. Одна з пропозицій полягає в тому, що в майбутньому вони могли б співфінансуватися для оцінки потреб або розбудови потенціалу з бюджетної програми громадського здоров'я, за якою фінансуються послуги.

6. Які існують можливості для включення послуг у сфері ВІЛ/ТБ в пенітенціарну систему на наступному етапі переходу?

Як зазначено в [Розділі 6.4](#), пенітенціарна система працює над забезпеченням сталості послуг. Міжвідомчі дискусії МОЗ та Мін'юста щодо загального управління охороною здоров'я у в'язницях вплинуть на модель та фінансування послуг. Якщо міжвідомчі дискусії будуть продовжені з переходом пенітенціарної охорони здоров'я до цивільного сектору, деякі послуги у сфері ВІЛ та ТБ можуть бути запропоновані для включення в пілотний проєкт. У короткостроковій перспективі ЦОЗ пенітенціарної служби слід заохочувати до проведення консультацій з партнерами та розробки пакету документів, калькуляції витрат і моделі закупівель, подібно до дорожньої карти, розробленої для переходу протитуберкульозних послуг на державне співфінансування з метою створення правової та регуляторної систем. Фінансовий перехід послуг буде відкладений.

7. Які висновки та виклики, пов'язані з переходом від фінансування Глобальним фондом до державного фінансування у протидії ВІЛ-інфекції, є актуальними для ТБ і мають бути об'єднані в огляді?

Планування переходу послуг з підтримки ТБ враховує певні уроки, отримані під час переходу на державне фінансування послуг у сфері ВІЛ-інфекції. Наприклад, для планування нормативних, фінансових, закупівельних та інших кроків була розроблена Дорожня карта впровадження послуг з ТБ в умовах переходу на державне фінансування. Ця Дорожня карта була розроблена на основі широких консультацій із зацікавленими сторонами. Відсутність місцевого фінансування протитуберкульозних послуг, за незначними винятками, зумовила вибір на користь централізованого державного фінансування задля забезпечення більшої справедливості та охоплення. Моделі закупівель та оплати мали бути розроблені відповідно до Дорожньої карти та комунікації з ЦГЗ. Попередньо, послуги мали закуповуватися через одного менеджера від

громадянського суспільства, який би взяв на себе адміністрування організації та за потреби субконтрактації послуг з іншими організаціями. Враховуючи досвід у сфері ВІЛ, важливо ретельно переглянути модель та механізми закупівель, залучивши постачальників послуг, експертів з фінансування охорони здоров'я та інші зацікавлені сторони, а також досвід міжнародних проєктів щодо планування витрат, індикаторів для контрактних угод, систем верифікації, підтримки та МіО, включаючи розподіл праці та спільне управління послугами, що фінансуються державою та донорами. У довгостроковій перспективі зацікавлені сторони у сфері ВІЛ-інфекції, туберкульозу та ЗПТ повинні провести спільні обговорення щодо того, як забезпечити більшу стійкість, у тому числі щодо того, чи варто в майбутньому розглядати можливість залучення іншого джерела фінансування або оператора (наприклад, НСЗУ, якщо її мандат буде розширено за межі фінансування послуг з надання медичної допомоги до послуг з підтримки профілактики та немедичної допомоги).

8 Висновки та рекомендації

Попри відсутність юридичного статусу та чіткого механізму підзвітності, а також еволюцію в часі, План переходу був успішним завдяки наступним важливим факторам, що сприяли його реалізації:

- Наявність вимірюваного, зрозумілого та обмеженого часовими рамками бачення з цифровими цілями (нагадує 3 на 5 та 90-90-90 до 2020 року)
- Наявність ініціативного колективу з багатьох зацікавлених сторін, включаючи авторів бачення реформ у сфері охорони здоров'я (включаючи нову концепцію громадського здоров'я), активне залучення громадянського суспільства та інвестиції у підвищення рівня підтримки, готовність адаптуватися до нових процедур та готовність знаходити рішення по мірі виникнення проблем.
- Оптимізація АРТ, серед іншого, дозволила заощадити кошти, що дало змогу виділити фінансування на профілактику ВІЛ та послуги з догляду і підтримки ВІЛ-інфікованих.
- Підтримка міжнародних партнерів, особливо Глобального фонду, шляхом внесення впровадження Плану переходу як умови надання гранту, збереження перехідного періоду в порядку денному, фінансування пілотних проєктів та надання гнучкої проміжної підтримки для пом'якшення викликів під час трансформації.

Перехідний план 20-50-80 запустив процеси, які створили національну відповідальність не лише у сферах, які безпосередньо розглядалися у 2017 році, але навіть у тих, які не згадувалися в жодній з ітерацій.

Реалізація Плану стала можливою завдяки унікальному поєднанню людей і факторів, які неможливо відтворити в інших умовах. Його амбіції та підхід є унікальними, але можуть надихнути інші країни з низьким та середнім рівнем доходу.

Профілактика ВІЛ, допомога та підтримка ЛЖВ

Держава виконала своє зобов'язання щодо виділення достатніх фінансових ресурсів на послуги на рівні громад для ключових груп населення та ЛЖВ і досягла більш амбітного показника, ніж зазначено в Плані переходу.

Значно менше фінансування було спрямовано на послуги: лише 24%, 68% та 73% коштів, виділених державою у відповідні роки з 2019 по 2021 рік. Причини недовикористання коштів були пов'язані з моделями оплати, зниженням ціни на послуги під час тендерних конкурсів, розірванням контрактів деякими постачальниками послуг та відсутністю постачальників послуг, які подали пропозиції на тендери. Крім того, реальна вартість коштів була нижчою через інфляцію та оподаткування послуг ПДВ.

Для забезпечення підзвітності послуг перед державним бюджетом була необхідна суворостандартизація програм для ключових груп населення. В результаті, однак, пакети послуг та їхня вартість, як вони визначені та використовуються в контрактах і методах оплати, є негнучкими, що перешкоджає пристосуванню до потреб клієнтів і призводить до вищезгаданої проблеми недовикористання коштів.

Покращення надання послуг та більш ефективного використання державних коштів вимагатиме більшої гнучкості в межах пакетів послуг, щоб врахувати той факт, що клієнти мають різні потреби в різних контекстах. Також необхідна зміна концепцій пакету та

охоплення, які використовуються ЦГЗ для прийняття рішення про те, за що він буде платити. Робота ЦГЗ над удосконаленням моделі закупівлі послуг має надати ЦГЗ більшої гнучкості у виборі правильного підходу для забезпечення балансу між наданням послуг, орієнтованих на потреби людей, та підзвітністю. Необхідно підтримувати подальшу розбудову потенціалу ЦГЗ та управління національними програмами профілактики та підтримки, збільшуючи кількість персоналу, впроваджуючи системи спільного моніторингу та визначаючи шляхи подальшого адміністрування клієнтської бази даних ЦГЗ. Подальші шляхи для забезпечення сталості профілактики ВІЛ та посилення потенціалу державних установ повинні включати рішення щодо державного фінансування товарів та забезпечення якості.

Послуги, що надаються за підтримки держави, сприяли покращенню каскадів діагностики та лікування ВІЛ-інфекції серед ЛВІН та ЧСЧ, охопленню майже 50% від оціночної сукупної чисельності трьох ключових груп та залученню нових клієнтів, які раніше не отримували послуг, проте не досягли запланованого рівня охоплення, передбаченого Стратегічним планом та державними бюджетними програмами, особливо для ЧСЧ. Клієнти та надавачі послуг загалом позитивно оцінили перехід, однак вони вказали на те, де можна було б покращити пакети послуг, забезпечити ширший доступ до послуг та покращити їх надання. СП та ЧСЧ додатково підкреслили важливість збереження анонімності послуг у майбутньому.

Вражаючий прогрес у наданні базових пакетів послуг з профілактики ВІЛ, підтримки лікування ВІЛ-інфекції є і залишатиметься нестабільним. Щорічне бюджетне затвердження залежить від керівництва МОЗ, ЦГЗ, інших державних установ та ГО.

Трансформація відбулася завдяки значним інвестиціям з боку всіх сторін – зокрема, персоналу ЦГЗ, надавачів послуг та спонсорів, які підтримують програму, а також завдяки значним зусиллям, спрямованим на подолання негативних наслідків змін для клієнтів.

Інші напрямки

Перехід від базового пакету профілактики для ключових груп населення до догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ, каталізував громадську дискусію та рух до переходу послуг з підтримки лікування ТБ і пенітенціарних послуг у сфері ВІЛ та ТБ.

Постачальники послуг у сфері ТБ вже винесли уроки зі сфери ВІЛ, тоді як у 2019 році їхній перехід не був пріоритетним. Через війну немає достатньої ясності щодо наступних кроків з комплексної підготовки дорожньої карти та пакету документації для підтримки державної власності та управління цими послугами, запланованих на 2022 рік. Також бракує ясності та адміністративної підготовки щодо державного фінансування послуг з профілактики, догляду та підтримки в майбутньому, хоча провідна державна установа прагне слідувати моделі ЦГЗ для укладання контрактів з ГО, як тільки буде доступне державне фінансування.

Пакети послуг з ВІЛ (включаючи ДКП), ТБ та ЗПТ, досягнуті в Програмі медичних гарантій (ПМГ), мають високий ступінь стійкості, незалежно від політичних та контекстуальних змін, оскільки Закон України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" (2168-VIII) забороняє звуження програми медичних гарантій, крім випадків, передбачених законодавством. Ці пакети сприяють децентралізації та підвищенню ефективності, однак вони не спричинили значного поширення програми ЗПТ на первинну

ланку, можливо, через початковий низький рівень фінансування ЗПТ. Крім того, моніторинг та підтримка подолання бар'єрів, що перешкоджають доступу ключових груп населення до ПМГ, можуть бути забезпечені в рамках існуючих комплексних послуг та/або послуг з інформування, навчання та консультування, що фінансуються ЦГЗ. Подальше охоплення ЗПТ буде неможливим без подолання негативного сприйняття якості препаратів ЗПТ місцевого виробництва та самої програми в суспільстві.

Шлях попереду

План переходу 20-50-80, розрахований на 2018-2020 рр., та Стратегічна робоча група ЦГЗ успішно виконали свої завдання. Новий етап і докорінно змінений контекст вимагають переосмислення цілей і підходу (наприклад, дискретного в часі плану з чіткою підзвітністю). Здатність держави виділяти більше коштів залишатиметься проблемою на довгі роки, однак цей час можна використати для тестування та доопрацювання реформованої моделі закупівель за рахунок міжнародного фінансування.

8.1 [Рекомендації щодо планування сталого розвитку до 2025 року на основі Плану переходу 20-50-80](#)

З огляду на війну та надзвичайну ситуацію в країні, в рамках цього огляду не було можливості розробити план сталого розвитку з чіткими часовими рамками. Більшість наведених нижче рекомендацій стануть найбільш актуальними в більш стабільній ситуації, коли країна зможе перейти від реагування на надзвичайні ситуації до відновлення систем охорони здоров'я, соціальної допомоги та протидії ВІЛ. Реагування на конфлікт і надзвичайну ситуацію може вимагати переоцінки попередніх припущень, у тому числі щодо базових пакетів послуг або визнання географічних змін у зв'язку з переміщенням людей, руйнуванням інфраструктури та життєвими потребами.

Профілактика ВІЛ, допомога та підтримка ЛЖВ

1. Оновити нормативні документи МОЗ щодо надання послуг та їх використання в договорах відповідно до змінених базових потреб та економічно ефективних інновацій, запроваджених у зв'язку з COVID-19, а також з урахуванням реалій надання послуг
 - Послуги з допомоги та підтримки ЛЖВ повинні передбачати заміну сеансів на кейс-менеджмент для подолання бар'єрів в отриманні допомоги, зменшення/збільшення кількості втручань за погодженням з клієнтом та ВІЛ-клініками. Пільгові пакети для людей, які вживають ін'єкційні наркотики, мають бути збережені. Послуги повинні передбачати роботу з людьми, які живуть з ВІЛ і стикаються з більшими труднощами у формуванні прихильності до лікування, включаючи, але не обмежуючись цим, підтримку в отриманні АРВ-препаратів для людей, які мають труднощі з пересуванням або живуть на великій відстані від закладів, що надають допомогу в зв'язку з ВІЛ-інфекцією.
 - Положення про профілактичні пакети та специфікації в контрактах повинні бути скориговані таким чином, щоб забезпечити гнучкий обсяг надання послуг (наприклад, надання товарів дев'ять разів на рік має стати середньою рекомендацією), надання послуг онлайн, кейс-менеджмент або, принаймні, підтримку перенаправлення для посилення каскаду послуг з ВІЛ та зв'язку з іншими потребами, самостійного тестування на ВІЛ, тестування на вірусні гепатити, сифіліс

- та профілактику передозувань, мотивацію та підтримку в отриманні ДКП, а також вирішення питань сексуального та репродуктивного здоров'я і прав;
- Транс-людей слід включити до затвердженого МОЗ переліку груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ та положення про профілактичні послуги, визнавши їх ключовою групою населення та зобов'язавшись передати їм фінансування та управління;
 - Якщо пакети не можуть бути визначені з достатньою гнучкістю для інновацій та контекстуалізації, МОЗ та ЦГЗ повинні планувати їх регулярне оновлення.
2. Переглянути калькуляцію витрат, методологію розрахунку витрат та оплату послуг, за необхідності, використовуючи міжнародне фінансування для тестування та пошуку правильного балансу між підзвітністю та орієнтованістю послуг на потреби людей.
- Оплата послуг має передбачати поєднання методів: "глобального бюджету" на базові послуги, які можуть розглядатися як первинна медична допомога і є аналогом підходу НСЗУ до її фінансування, та оплати за результати за досягнення попередньо узгоджених результатів (наприклад, комбінована модель використовується для профілактики ВІЛ-інфекції в Естонії¹³⁵)
 - Оновлена методологія (і вартість одиниці послуги) повинна передбачати індексацію у зв'язку з інфляцією та переглядом прожиткового мінімуму (відповідно до підходу НСЗУ), а також враховувати ПДВ, доки послуги громадського здоров'я не будуть звільнені від сплати ПДВ;
 - Оновлювати фактичні витрати на послуги, надаючи пріоритет профілактичним послугам, з урахуванням потенційного співфінансування послуг, якщо таке є, з інших джерел. Як і в 2019 році, експерти МОЗ та ЦГЗ могли б отримати підтримку від "100% життя" та Альянсу для подолання потенційних розбіжностей у бюджетних концепціях держави та ГО;
 - Слід переглянути відмінності у вартості заходів (наприклад, для різних груп населення, як-от нижча вартість сеансів для ВІЛ-позитивних людей, які вживають ін'єкційні наркотики, порівняно з сеансами для ЛЖВ, або значна різниця у вартості тестування порівняно з розповсюдженням товарів), щоб встановити правильний баланс стимулів та необхідних зусиль, що не призведе до зниження мотивації обслуговування "дешевших" груп населення та надання відповідних послуг.
3. Розробити дорожню карту для інтегрованого планування та управління національними програмами профілактики, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД
- Встановити цільові показники охоплення та використовувати очікуваний рівень охоплення для розподілу коштів (а не навпаки). Цей крок вимагатиме від ЦГЗ доопрацювання Національного плану моніторингу та оцінки виконання Державної стратегії протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року із встановленням щорічних цільових показників.
 - Врахувати географічні відмінності та мобільність груп населення при визначенні цільових показників охоплення, бюджетів та додаткових систем підтримки.

¹³⁵ Курбатова, А. (2019). Естонія: фінансування заходів з протидії ВІЛ-інфекції та наркозалежності - досвід, помилки та уроки (презентація від імені Національного інституту розвитку охорони здоров'я). Глобальна консультація ПРООН, ЮНЕЙДС та Глобального фонду щодо соціального контракування

- Визначити ролі, обов'язки та синергію у плануванні послуг, розбудові спроможності, технічній підтримці, моніторингу та оцінці, а також схемах співфінансування ЦГЗ, «100% Життя» та Альянсу. План може включати, серед іншого, аутсорсинг деяких функцій з розбудови спроможності фінансованих державою послуг або залучення громадського моніторингу та вдосконалення інтеграції з МіО всього континууму послуг.
 - Завершити розробку підходу до забезпечення якості, який би передбачав залучення клієнтів, надавачів послуг та регіональних закладів охорони здоров'я;
 - Оновити контракти та системи ЦГЗ, передбачивши в них детальну систему перевірки, технічної підтримки та втручань у разі недостатньої ефективності або нецільового використання коштів, надання додаткового навчання та технічної підтримки для нових працівників за необхідності у співпраці з "100% життя" та Альянсом для підтримки якості та сталості надання послуг;
 - Запланувати регулярні (щорічні) зустрічі з надавачами послуг на плановий рік, включаючи державні послуги та механізми пошуку та отримання консультацій і підтримки;
 - План повинен передбачати довгострокове управління системами та базами даних. Передача системи Data-Check до ЦГЗ має бути завершена.
 - ЦГЗ має спланувати збільшення ресурсного забезпечення своїх функцій ("100% Життя" та Альянс можуть надати інформацію про співвідношення між вартістю послуг та вартістю управління; вартість адміністрування не має бути меншою за 5% від загального пулу).
4. Підготувати та пілотувати перехід на державні закупівлі засобів тестування та профілактики, що використовуються для профілактики ВІЛ-інфекції, у разі необхідності, із залученням міжнародного фінансування.

ЗПТ:

5. Працювати з НСЗУ, постачальниками, пацієнтами та організаціями зменшення шкоди над підвищенням привабливості та рівня використання пакетів НСЗУ та послуг ЗПТ для досягнення цільових показників до 2025 року, визначених у Державній стратегії протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року. Ці зусилля мають бути спрямовані на подолання негативної репутації якості препаратів ЗПТ місцевого виробництва серед клієнтів, більш ефективні засоби перенаправлення та мотивації з боку служб профілактики ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків (послуг зменшення шкоди), а також на проведення консультацій щодо привабливості тарифу 2023 року, який включатиме надавачів первинної та приватної медичної допомоги. Необхідний діалог з НСЗУ щодо моніторингу та вирішення питання привабливості ЗПТ серед невеликих закладів первинної медичної допомоги та підходів до забезпечення якості надання послуг з ЗПТ, що фінансується НСЗУ (із залученням громадського моніторингу, де це доречно).

Послуги підтримки при туберкульозі:

6. Створити Дорожню карту переходу з переглянутими етапами на 2023-2025 роки, залучаючи постачальників послуг і передбачаючи надійний механізм моніторингу та навчання для виявлення ризиків і роботи над рішеннями. Наскільки це можливо,

працювати над її реалізацією в напрямку побудови єдиної узгодженої системи для всіх протитуберкульозних послуг, що фінансуються з усіх джерел фінансування.

Послуги з профілактики, допомоги та підтримки при ВІЛ-інфекції та послуги з протидії туберкульозу у в'язницях:

7. Розробити дорожню карту переходу, яка включатиме розробку відповідних фінансових планів і планів закупівель, а також нормативної документації для майбутнього державного фінансування та управління. Цей процес має бути консультативним і ґрунтуватися на уроках Плану переходу 20-50-80.

Спроможність фармацевтичного планування та закупівель (головно препаратів АРТ і ПТ)

8. Визначити пріоритетність зусиль у цій сфері в наступному циклі. Окремий аналіз необхідний для повного розуміння першопричин викликів та можливостей в рамках цілісної системи менеджменту ліків та іншої фармацевтичної продукції з чітким розподілом ролей, обов'язків та ресурсів між ДП "Медичні закупівлі України", ЦГЗ та іншими зацікавленими сторонами. МОЗ має координувати розбудову цієї спроможності та системи.

Впровадження Плану сталого розвитку, нагляд та обізнаність

9. Використовувати Національну раду з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу для стратегічного нагляду за процесами розбудови стійкості. Більш технічні, оперативні обговорення ("плани переходу", "дорожні карти" тощо) потребують створення окремих робочих груп з конкретними завданнями і термінами та спільного керівництва з боку різних партнерів.
10. Розробити план підвищення обізнаності про те, що держава бере на себе більшу відповідальність у сфері ВІЛ, ТБ та ЗПТ, чітко пояснюючи, чому ці послуги є важливими та пріоритетними для держави. Як мінімум, це має включати регулярну публікацію оновленої інформації про прогрес, яка активно поширюється серед спільнот, що працюють у сфері ВІЛ, туберкульозу, громадського здоров'я та соціальних послуг.

Додаток 1: Скорочення

100% Життя	Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ
20-50-80	назва Плану переходу, запровадженого в 2017 році
Альянс	Альянс громадського здоров'я
АРВ	антиретровірусні препарати
ЦЗА	Центральна закупівельна агенція
ГО	громадська організація
DOT	лікування під безпосереднім наглядом
ХР-ТБ	хіміорезистентна форма туберкульозу
МЧ-ТБ	медикаментозно-чутлива форма туберкульозу
СЕЦА	Східна Європа та Центральна Азія
ЦОЗ	Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби (пенітенціарна система України)
ЗВСІН	засіб впровадження ДКП серед споживачів ін'єкційних наркотиків
ІНК	інформування, навчання та консультування
МіО	моніторинг і оцінка
ЧСЧ	чоловіки, що мають секс із чоловіками
ЗВЧСЧ	засіб впровадження ДКП серед чоловіків, що мають секс із чоловіками
Мінфін	Міністерство фінансів
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МВС	Міністерство внутрішніх справ
Мін'юст	Міністерство юстиції
Нацрада	Національна рада з питань протидії ТБ та ВІЛ/СНІДу
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
ЗПТ	опіоїдна агоністична підтримувальна терапія (замісна підтримувальна терапія)
PEPFAR	Надзвичайна ініціатива Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД
ЦГЗ	Центр громадського здоров'я
ЛЖВ	люди, що живуть з ВІЛ
ПМГ	Програма медичних гарантій
ОР	основні реципієнти (грантів Глобального фонду)
ДКП	доконтактна профілактика ВІЛ-інфекції
ЛВІН	люди, які вживають ін'єкційні наркотики
СП	секс-працівник/ця
ЗВСП	засіб впровадження ДКП серед секс-працівників
ТБ	туберкульоз
грн	Українська гривня
ООН	Організація Об'єднаних націй
ЮНЕЙДС	Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД
УНЗ ООН	Управління ООН з наркотиків і злочинності
USAID	Агентство США з міжнародного розвитку
\$/дол.	долари США
ПДВ	податок на додану вартість
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
р.	років (про вік)

Додаток 2: Список доповідачів
У алфавітному порядку

1. Альона Горошко, експертка ВООЗ/Європа з питань фінансування охорони здоров'я та колишня керівниця Департаменту розробки Програми медичних гарантій НСЗУ (2019 - середина 2021)
2. Анастасія Єва Домані та Наталія Борисівна Журавльова, члени Нацради від імені транс-людей [у переписці]
3. Андрій Чернишов, член Нацради від ЛГБ/ЧСЧ, директор АЛЪЯНС.ГЛОБАЛ
4. Антон Басенко, член Нацради від людей, які вживають наркотики
5. Денис Клименко, співзасновник мережі медичних центрів "Альтернатива" та медичного центру "Інновація" (Харків)
6. Джессіка Грінйон та Володимир Чура, USAID
7. Дмитро Шерембей, голова Ради "100% життя" (Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ, заступник голови правління Нацради)
8. Євген Ханюков, координатор напрямку "Охорона здоров'я у в'язницях", ЦГЗ
9. Ігор Кузін, заступник міністра охорони здоров'я, член Нацради, колишній заступник та в.о. генерального директора ЦГЗ
10. Ірина Іванчук, керівниця відділу психічного здоров'я та розладів, пов'язаних із залежністю, ЦГЗ
11. Катерина Мангатова, колишня керівниця відділу профілактики ВІЛ-інфекції, догляду і підтримки при ЦГЗ (до кінця 2021 року), нині - Альянс громадського здоров'я
12. Лариса Гетьман, керівниця відділу з питань ВІЛ-інфекції ЦГЗ
13. Леся Тиліна, Юлія Петренко, Людмила Пахуча, агентки Глобального фонду в Україні, PricewaterhouseCoopers
14. Любомир Рак, генеральний директор Центру здоров'я легень у Львівській області
15. Максим Демченко, консультант з різних питань впровадження плану переходу та член Стратегічної робочої групи ЦГЗ
16. Марія Гудима, медична директорка Комунального закладу "Дніпропетровський медичний центр соціально значущих захворювань Дніпропетровської обласної ради"
17. Михайло Васильович Злобинець, заступник директора Центру охорони здоров'я Міністерства юстиції
18. Наталія Салабай, ЮНЕЙДС, колишня голова наглядової комісії Нацради (до 2018 року) та її радниця (2019-2021)
19. Олексій Загребельний, голова FreeZone та член Нацради від спільноти колишніх ув'язнених, Анна Кошкова, FreeZone
20. Олена Воскресенська, Наглядова комісія Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, виконавча директорка «СНІД Фонду Схід-Захід»
21. Олена Кучерук, Міжнародний фонд "Відродження", членкиня Нацради
22. Оля Клименко, член Нацради від людей, які живуть з ТБ, голова правління ТВреорле Ukraine
23. Павло Смирнов, асоційований директор Альянсу громадського здоров'я
24. Роман Гайлевич, директор ЮНЕЙДС в Україні (з 2018 року)
25. Роман Дрозд, голова регіонального комітету Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу; директор БО "Світло Надії"
26. Сергій Дмитрієв, колишній керівник відділу адвокатури "100% життя"
27. Тарас Гриценко, радник міністра охорони здоров'я, колишній старший радник першого заступника генерального директора Віктора Ляшка
28. Яна Терлеєва, керівниця відділу боротьби з туберкульозом, ЦГЗ