

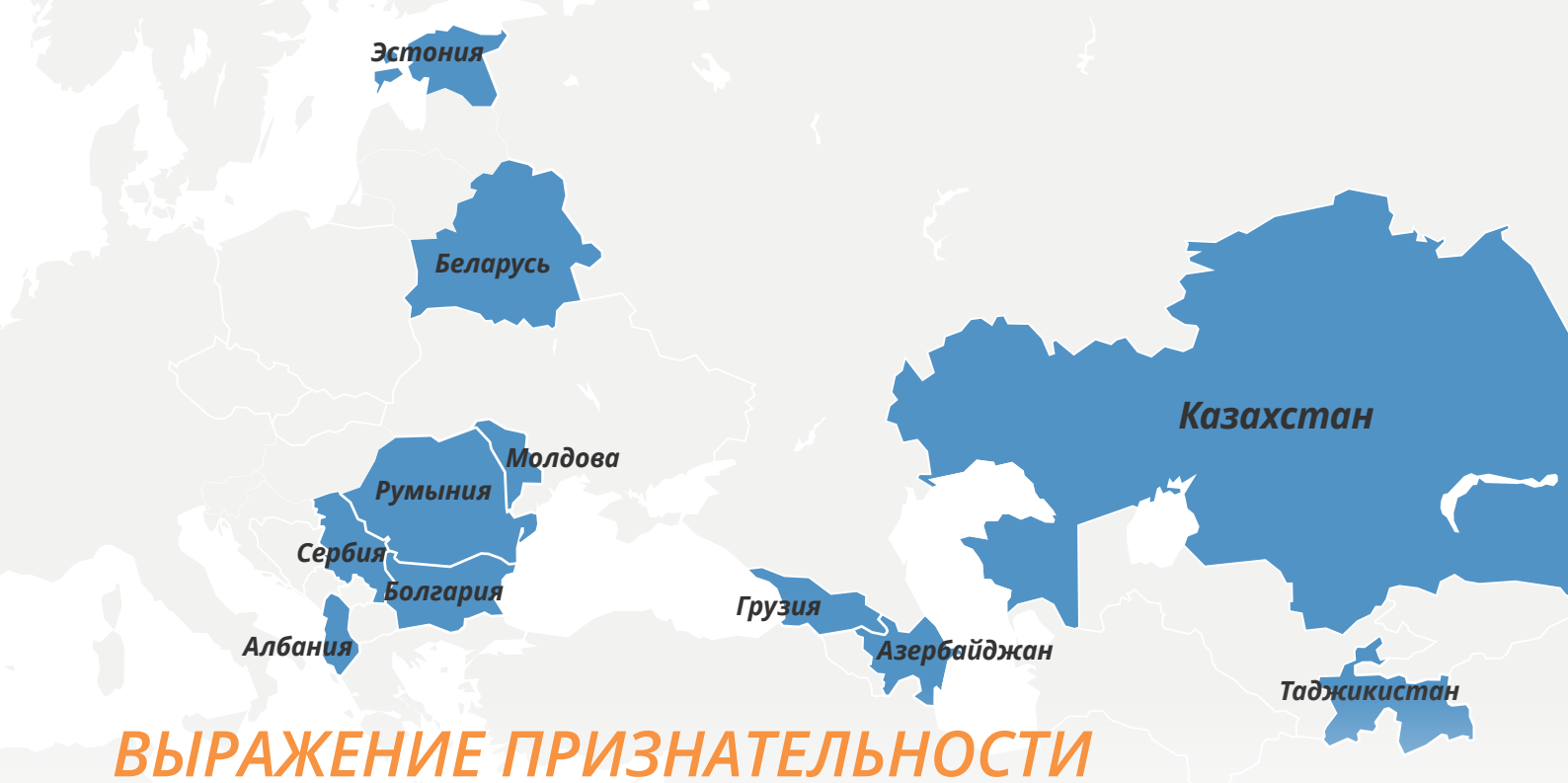
АНАЛИЗ СИТУАЦИИ: ОБЕСПЕЧЕНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ И ГОТОВНОСТЬ ПРОГРАММ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА

К ПЕРЕХОДУ ОТ ПОДДЕРЖКИ СО СТОРОНЫ
ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА НА НАЦИОНАЛЬНОЕ
ФИНАНСИРОВАНИЕ В РЕГИОНЕ ВЕЦА



ОГЛАВЛЕНИЕ

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ	3
СОКРАЩЕНИЯ	4
РЕЗЮМЕ.....	5
ВВЕДЕНИЕ	7
Опыт других доноров.....	8
МЕТОДОЛОГИЯ.....	10
РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА	11
Ситуация в области финансирования снижения вреда и охват программ в регионе ВЕЦА.....	11
Проблемы, которые могут влиять на успешный переход и устойчивость	11
Важность эффективного управления.....	12
Роль гражданского общества	15
Подготовка к переходу	17
ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ.....	21
Что будет затронуто в наибольшей степени?.....	21
Как узнать, что страны готовы к переходу?.....	21
РЕКОМЕНДАЦИИ	27
Рекомендации правительствам	27
Рекомендации организациям гражданского общества.....	29
Рекомендации Глобальному фонду	30
БИБЛИОГРАФИЯ.....	33
ПРИЛОЖЕНИЕ	36



ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Данный отчет подготовлен Евразийской сетью снижения вреда (ЕССВ). ЕССВ – региональная сеть, объединяющая программы снижения вреда, сообщества людей, употребляющих наркотики, и их союзников в 29 странах Центральной, Восточной Европы и Центральной Азии, совместно выступающих в защиту фундаментальных прав людей, употребляющих наркотики. Миссия ЕССВ заключается в продвижении гуманных, научно обоснованных подходов снижения вреда от употребления наркотиков с целью сохранения и поддержания здоровья и обеспечения защиты прав человека на уровне индивидуума, сообщества и населения в целом.

Отчет был подготовлен доктором медицинских наук Давидом Отиашвили по заказу ЕССВ в период с июня по сентябрь 2015 года. На основе анализа собранных документов автором была подготовлена подробная анкета для получения информации от ключевых респондентов, хорошо знающих контекст программ Глобального фонда в странах, рассматриваемых в рамках данного отчета. Были проанализированы страновые отчеты, отчеты об оценке программ и данные международных организаций. Также были проведены глубинные интервью с национальными специалистами, в ходе которых обсуждался прогресс реализации программ Глобального фонда и процедуры подготовки к переходу на национальное финансирование.

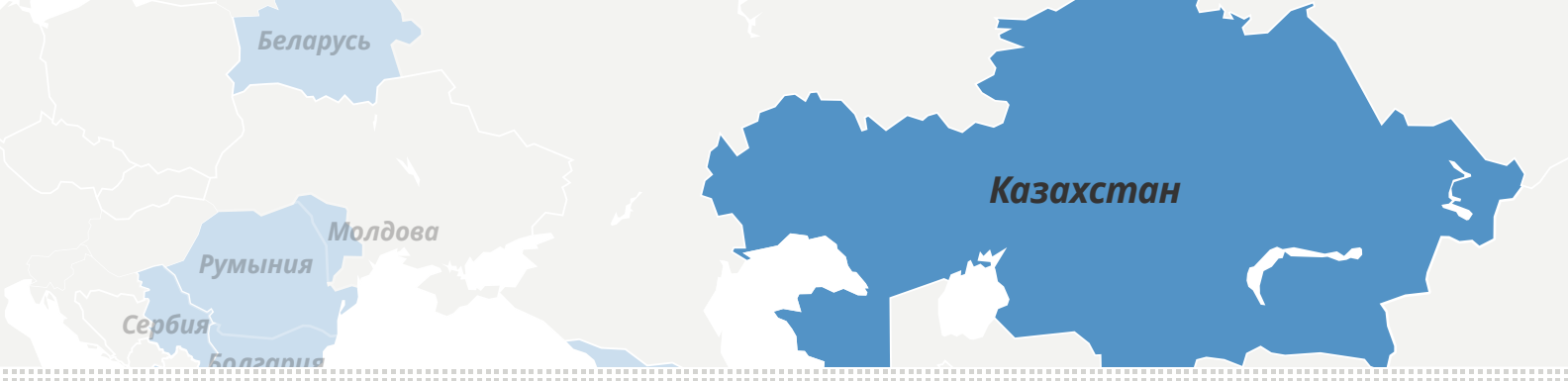
В число основных респондентов вошли портфолио менеджеры Глобального фонда (ПМФ), реципиенты грантов Глобального фонда, члены Становых координационных комитетов, представители организаций гражданского общества и ключевых затронутых групп населения из 11 стран, которые рассматриваются в рамках данного отчета. ЕССВ выражает свою признательность всем, кто внес вклад в подготовку настоящего документа.

Публикация подготовлена при финансовой поддержке Международного совета СПИД-сервисных организаций (ICASO). Мнения, выраженные в данной публикации, не обязательно отражают официальную позицию донорской организации.

Публикация доступна по адресу: www.harm-reduction.org.

Контактное лицо: Иван Варенцов, советник по вопросам адвокации Глобального фонда,
ЕССВ: ivan@harm-reduction.org

© Евразийская сеть снижения вреда, 2015. При цитировании публикации ссылка на источник является обязательной. Для использования полной версии публикации необходимо разрешение ЕССВ.



СОКРАЩЕНИЯ

СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
АРТ	Антиретровирусная терапия
ВЕЦА	Восточная Европа и Центральная Азия
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
Глобальный фонд	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ЛУИН	Люди, употребляющие инъекционные наркотики
МСМ	Мужчины, практикующие секс с мужчинами
НМФ	Новая модель финансирования
НПО	Неправительственные организации
ОГО	Организации гражданского общества
ОЗГ	Основные затронутые группы
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия
ПИШ	Программа игл и шприцев
ПМФ	Портфолио менеджер Глобального фонда
СВУД	Страны с высоким уровнем дохода
СКК	Страновой координационный комитет
СНУД	Страны с низким уровнем дохода
СР	Секс-работники
СУДВС	Страны с уровнем дохода выше среднего
СУДНС/верхний сегмент	Страны с уровнем дохода ниже среднего (верхний сегмент)
СУДНС/нижний сегмент	Страны с уровнем дохода ниже среднего (нижний сегмент)
ТБ	Туберкулез
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу
EMCDDA	Европейский центр мониторинга наркотиков и наркозависимости
GAVI	Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации
PEPFAR	Чрезвычайный план президента США по оказанию помощи в борьбе со СПИДом
PIU	Отдел реализации программ Глобального фонда на базе организации – основного реципиента гранта



РЕЗЮМЕ

- Опыт, накопленный в области международной поддержки здравоохранения, показывает, что для того, чтобы переход на национальное финансирование увенчался успехом, он должен осуществляться постепенно, следовать тщательно подготовленному плану и реалистичному графику, и включать финансовую и техническую поддержку.
- Опыт стран, которые уже перешли (полностью или частично) на национальное финансирование или находятся в процессе перехода от финансовой поддержки Глобального фонда, говорит о том, что программы снижения вреда и услуги, оказываемые Организациями гражданского общества (ОГО) с участием представителей затронутых сообществ, подвергнутся самому высокому риску прекращения работы после ухода Глобального фонда.
- Квалификационные критерии, установленные Глобальным фондом (то есть, уровень доходов + бремя заболевания), не являются достаточными и адекватными для всестороннего анализа страновой ситуации и не могут использоваться в качестве исчерпывающих факторов при оценке готовности страны к переходу. Оценочная платежеспособность, выраженная в ВНД на душу населения, не является показателем, по которому можно судить о достаточности текущих ассигнований на нужды сектора здравоохранения в целом или же о доступности медицинских услуг. Также этот показатель не говорит о наличии готовности и желания правительств повысить уровень инвестиций в сектор здравоохранения, включая мероприятия в области противодействия ВИЧ и ТБ.
- В подавляющем большинстве стран, которые рассматриваются в рамках настоящего отчета, не было достигнуто необходимого уровня охвата услугами. Строго говоря, независимо от того, что говорят экономические показатели, страна не готова и не может считаться готовой к переходу, если уровень охвата населения, нуждающегося в профилактике и/или лечении, соответствующими услугами находится гораздо ниже уровня охвата, необходимого для того, что бы иметь возможность значительно повлиять на показатели распространения эпидемии ВИЧ.

Глобальному фонду следует:

- Подготовить для стран конкретные методические рекомендации по содержанию и процессу разработки планов перехода и обеспечения устойчивости. В качестве неотъемлемого компонента планирования перехода странам будет необходимо провести картирование финансовых ресурсов и анализ существующих бюджетных пробелов, а также подготовить прогноз стоимости реализации планов перехода и обеспечения устойчивости.
- Совместно с широким кругом партнеров разработать четкое определение, критерии и требования для осуществления успешного перехода на национальное финансирование. Механизмы оценки перехода должны обеспечивать своевременную информированность участников процесса и позволять вносить по необходимости соответствующие изменения/корректировать программы.
- Совместно с техническими партнерами предоставить необходимое финансирование и техническую поддержку для обеспечения успешного перехода. Области для оказания поддержки могут включать наращивание потенциала в сфере управления программами, интеграции услуг, управления, координации, подготовки политических и законодательных реформ.

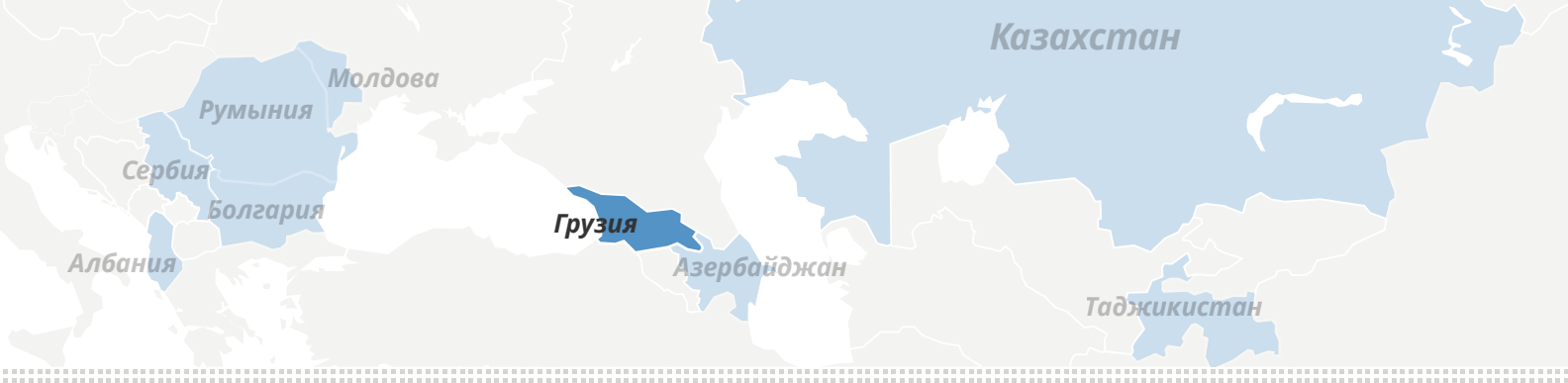


Правительствам следует:

- Провести всестороннюю оценку готовности к переходу, уделяя особое внимание финансовым, программным, управленческим и политическим компонентам. Тесно сотрудничать с Глобальным фондом и гражданским обществом в процессе разработки подробного плана перехода (на основании данных, полученных в ходе проведения оценки готовности), в котором должны быть четко указаны роли и обязанности всех участвующих сторон, приведен реалистичный график осуществления перехода и ясно сформулированы критерии успешности его реализации.
- Провести картирование финансовых ресурсов и разработать реалистичный план обеспечения финансовой устойчивости. Провести анализ текущих ассигнований на различные категории услуг и отвести приоритетную роль высокоэффективным экономически выгодным интервенциям. Проанализировать существующую практику управления программами и изучить варианты оптимизации расходов на управление.
- Трансформировать Страновые координационные комитеты (СКК) в действующие на постоянной основе официальные государственные структуры и поддерживать их межведомственный характер деятельности. Обеспечить участие в их работе организаций гражданского общества и представителей основных затронутых групп населения. Координационные комитеты должны стать общей платформой для участия всех заинтересованных в процессе секторов, посредством которой они смогут внести свой вклад и предоставлять информацию для разработки политики и программ, осуществлять мониторинг и координировать деятельность, включая деятельность, связанную с переходом на национальное финансирование.
- Поддерживать сотрудничество между НПО и национальными организациями здравоохранения и продвигать модели интегрированного оказания услуг. Организации на базе сообществ являются ключом к охвату социально-изолированных наиболее затронутых социальных групп населения.

Организациям гражданского общества (ОГО) следует:

- Требовать и находить возможности обеспечения их участия в проведении оценки готовности, планировании перехода и мониторинге его осуществления. Никакие другие участники процесса не имеют столь четкого понимания нужд и потребностей ключевых затронутых групп населения, что является ключевым аспектом в деле успешной борьбы с распространением эпидемии ВИЧ/СПИДа. Роль ОГО заключается в том, чтобы вынести это знание на первый план, чтобы оно могло использоваться в качестве источника информации в процессе принятия решений.
- Добиваться включения высокоэффективных мер, направленных на основные затронутые социальные группы, в национальные стратегии и планы действий. Требовать включения в национальный бюджет достаточных финансовых ассигнований для реализации таких мер.
- Разработать свои собственные планы по обеспечению устойчивости, которые будут предусматривать соблюдение национального законодательства и интеграцию с государственными медицинскими услугами.
- Создавать коалиции и сотрудничать (в области адвокации, привлечения средств и проч.) вместо того, чтобы конкурировать.



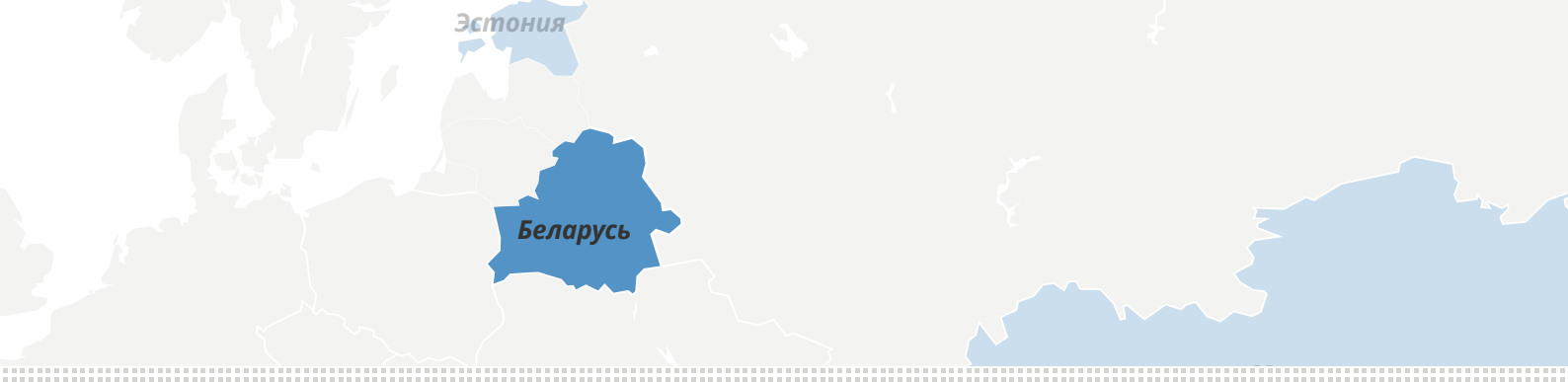
ВВЕДЕНИЕ

Экономический рост развивающихся стран, в ходе которого ряд из них переместился из категории стран с низким уровнем доходов в категорию стран со средним уровнем доходов, а также медленное восстановление развитых стран-доноров после недавнего экономического кризиса, – все это изменило традиционные модели оказания помощи странам в целях развития. Многие двусторонние и многосторонние доноры пересматривают свои стратегии оказания помощи и начинают внедрять партнерские отношения в целях развития вместо поддержания традиционной модели взаимодействия со странами со средним уровнем доходов (ССУД) по принципу донор-реципиент [4]. В результате этих изменений некоторые доноры существенно сократили выделяемые ими объемы финансирования и пересмотрели приоритетные области для финансовой помощи развивающимся странам. Существенная часть дебатов в связи с этими процессами посвящена вопросам ухода доноров из стран и потребности в разработке стратегии выхода, согласованной между донором и страной-реципиентом [5]. Представляется, что у всех вовлеченных сторон существует общее понимание того, что по принятии решения о прекращении поддержки программ необходимо обеспечить поэтапное сокращение финансирования, осуществляемое заранее, предсказуемо и в соответствии с планом.

В 2013 году Правление Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией утвердило Политику в отношении квалификационных критериев и совместного финансирования, направленную на оптимизацию финансирования на основании экономических показателей и ситуации в области здравоохранения, согласно которой соответствие квалификационным критериям определяется уровнем доходов и бременем заболеваний в стране [6]. Обоснование такого подхода заключается в том, что относительно успешно функционирующая экономика, особенно на фоне умеренного бремени заболеваний, может и должна взять на себя ответственность за финансирование программ по борьбе с соответствующими заболеваниями. С внедрением Новой модели финансирования (НМФ), объем финансовой поддержки Глобального фонда на 2014-2017 годы для стран региона Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА), многие из которых являются странами со средним уровнем доходов, сократился на 15% по сравнению с уровнем финансирования 2010-2013 годы [7]. Глобальный фонд постепенно сокращает или полностью прекращает свою поддержку во многих странах ВЕЦА.

Люди, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН), представляют собой одну из наиболее уязвимых групп с точки зрения распространения ВИЧ в регионе. По оценкам ЮНЭЙДС, 57 процентов от всех новых случаев распространения ВИЧ в странах Восточной Европы вызвано совместным использованием инъекционного инструментария [8]. Согласно документу под названием *Инвестиционный подход Глобального фонда в борьбе против ВИЧ и ТБ в ВЕЦА*, “Глобальный фонд видит свои задачи в регионе ВЕЦА в стабилизации темпов распространения и в снижении уровня заболеваемости ВИЧ, а также в сдерживании распространения лекарственно-устойчивого ТБ. Цель заключается в том, чтобы регион ВЕЦА перестал быть регионом с самыми высокими темпами роста ВИЧ и самым высоким уровнем распространения МЛУ-ТБ в мире” [9]. Доступ к основным уязвимым группам (затронутым или подвергающимся высокому риску инфицирования), таким как ЛУИН, секс-работники (СР) и мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ), и обеспечение необходимого уровня охвата программами профилактики, лечения и ухода критически важны для достижения этих целей.

Настоящий отчет ставит своей задачей оценить степень готовности стран региона к переходу от



финансирования программ в области ВИЧ, предоставляемого Глобальным фондом, на национальное финансирование, а также изучить опыт стран по организации процесса планирования и реализации перехода. Для данного анализа были выбраны одиннадцать стран¹ с относительно разнообразными экономическими характеристиками и ситуацией в здравоохранении.

Опыт других доноров

Параллельно с Глобальным фондом многие другие доноры изучают возможные подходы к обеспечению перехода поддерживаемых ими программ на национальное финансирование. Ниже приводится краткое описание некоторых общих характеристик, успехов и трудностей, исходя из опыта реализации процессов перехода тремя основными донорами – переход от финансирования программ в области ВИЧ/СПИДа, предоставляемого PEPFAR, в Южной Африке; переход от финансирования программ в области ВИЧ/СПИДа, предоставляемого Фондом Билла и Мелинды Гейтс (AVAHAN), в Индии; и охватывающий несколько стран опыт обеспечения устойчивости программ после прекращения их поддержки со стороны GAVI.

Факторы, влияющие на успех:

- Критически важную роль играет наличие политической поддержки и приверженности на высоком уровне;
- Подробное заблаговременное планирование перехода с ясными критериями и методическими рекомендациями для разработки планов перехода, включающих реалистичные компоненты обеспечения финансовой устойчивости, а также всестороннюю оценку потенциальных проблем, которые необходимо будет решать в ходе переходного периода [10];
- Расширенный, многоступенчатый и постепенный график осуществления перехода, а также выделение средств на его осуществление (8 лет и почти 1/3 бюджета программы на реализацию перехода в случае AVAHAN) [11];
- Совместная ответственность и постоянное сотрудничество с правительством на каждой стадии осуществления перехода, а также привлечение к процессу многочисленных заинтересованных сторон в целях обеспечения прозрачности и подотчетности;
- Предоставление технической и управленческой поддержки в наращивании национального потенциала, активное вовлечение государственного персонала в осуществление процесса перехода, в некоторых случаях с участием специальных структурных подразделений для обеспечения поддержки реализации процесса перехода.

Проблемы и трудности:

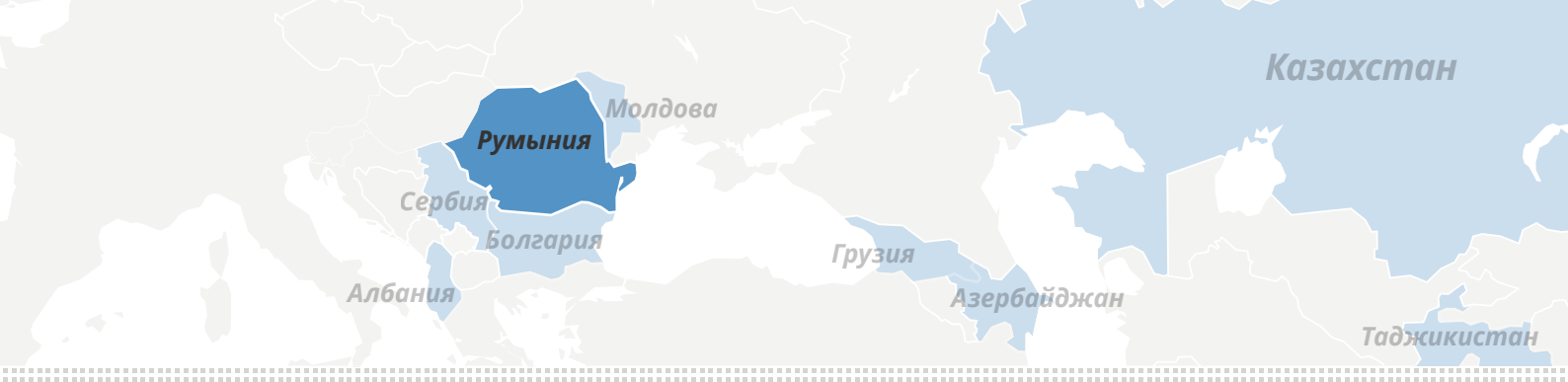
- Во многих странах, невзирая на подготовку и адаптацию стратегий обеспечения финансовой

¹ Азербайджан, Албания, Беларусь, Болгария, Грузия, Казахстан, Молдова, Румыния, Сербия, Таджикистан и Эстония



устойчивости, сохраняются значительные пробелы в финансировании [12];

- В тех странах, в которых планы обеспечения устойчивости были подготовлены, их самыми слабыми элементами оказались стратегии обеспечения надежности и предсказуемости финансирования, и привлечение донорских ресурсов в них упоминалось чаще, чем повышение государственных ассигнований [12];
- Прекращение непосредственной донорской поддержки привело к перебоям в предоставлении необходимых услуг пациентам, переведенным из клиник на базе неправительственных организаций (НПО), а также из частных и государственных медицинских учреждений [13];
- Во многих странах обученные работники были уволены, и государственная система здравоохранения не смогла предложить им работу. В основном это коснулось персонала НПО, и основные причины заключались в отсутствии механизмов для заключения контрактов между НПО и государственными структурами, отсутствии финансирования и не соответствии уровней зарплат в НПО и государственных учреждениях;
- Сокращение персонала привело к прекращению предоставления ряда услуг;
- Исключительный акцент на передаче программ под государственный контроль, без участия других партнеров, привел к негативным последствиям с точки зрения мобилизации сообщества и повлиял на те компоненты программ, в осуществлении которых государственные учреждения не имели достаточного опыта [11, 14];
- При том, что многие страны имеют слабые системы здравоохранения, валовый национальный продукт (ВНП) стал ограничивающим и недостаточным показателем для оценки их способности финансировать мероприятия в области ВИЧ/СПИДа [15].



МЕТОДОЛОГИЯ

Данные для настоящего отчета были собраны посредством обзора существующей литературы и данных из открытых источников, а также проведения интервью с ключевыми респондентами. Был изучен широкий круг публикаций, посвященных вопросам ВИЧ/СПИДа в выбранных странах, эпидемиологии и анализу программ, а также национальные отчеты, стратегии и планы действий. Также были изучены публикации, связанные с опытом перехода на национальное финансирование от поддержки других (не связанных с Глобальным фондом) доноров. Кроме того, мы провели поиск по ряду Интернет-ресурсов, включая базы данных Глобального фонда, ЮНЭЙДС, Всемирного банка, ВОЗ и EMCDDA. В рамках этого анализа документации мы собрали и изучили как количественные данные, так и информацию, описывающую контекст, и эти материалы помогли в подготовке содержательной части данного отчета.

Мы провели индивидуальные онлайн (через Skype) и телефонные интервью с ключевыми респондентами из всех одиннадцати стран, хорошо осведомленными или лично участвовавшими в реализации программ, осуществляемых при поддержке Глобального фонда. В число таких лиц входили портфолио менеджеры Глобального фонда, представители основных реципиентов и/или суб-реципиентов, представители основных затронутых групп населения и организаций гражданского общества, участвующие в предоставлении услуг или в работе Страновых координационных комитетов (СКК). Интервью были посвящены текущей ситуации в сфере предоставления профилактических сервисов, финансирования, опыта участия в реализации или в процессе подготовки к переходу, а также ролям и обязанностям различных участников процесса.

Для обеспечения связности повествования результаты обзора литературы и анализа качественных данных были объединены и представлены в зависимости от тем/проблем, выявленных в ходе анализа.



РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА

Ситуация в области финансирования снижения вреда и охвата программ в регионе ВЕЦА

В настоящее время Глобальный фонд является крупнейшим источником финансирования программ профилактики ВИЧ среди ЛУИН в регионе ВЕЦА. Появление Глобального фонда привело к тому, что другие доноры прекратили работу в сфере ВИЧ/СПИДа или перенесли свое основное внимание на поддержку адвокации и наращивание потенциала. Кроме того, последнее время многие доноры полностью прекращают свою деятельность в странах ВЕЦА или существенно сокращают масштабы предоставляемого ими финансирования.

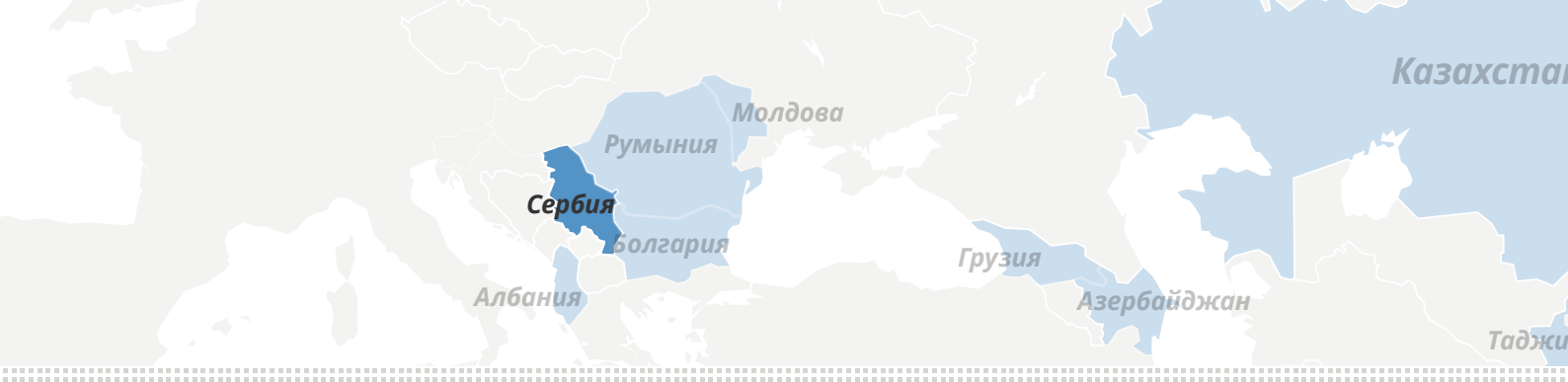
Поддержка программ снижения вреда, особенно программ игл и шприцев, является важнейшим компонентом профилактики ВИЧ среди ЛУИН, и во многих случаях ГФ является единственным донором, финансирующим эту деятельность. В большинстве стран доля финансирования программ снижения вреда из национального бюджета равняется нулю (в Болгарии) или составляет ничтожно малую величину. С другой стороны, отмечая положительные достижения, Эстония финансирует все программы в области профилактики ВИЧ, включая снижение вреда, из национальных источников, Казахстан покрывает около 34% всех расходов на снижение вреда из местных (центральных и региональных) бюджетов, а Грузия покрывает 51% расходов на программы снижения вреда (финансируется только ОЗТ) из национального бюджета (см. [Диаграмму 1](#)).

Пока ни одна из стран региона не достигла рекомендованных целевых показателей охвата ЛУИН мерами профилактики ВИЧ (60% для ПИШ и 40% для ОЗТ) [16]. При том, что во всех странах наблюдается общая тенденция значительно большего охвата услугами ПИШ, чем услугами ОЗТ, между странами наблюдаются значительные различия. Наиболее тревожным показателем является крайне низкий и недостаточный охват услугами ОЗТ в рассматриваемых в данном отчете странах (см. [Диаграммы 2 и 3](#)). Самые высокие показатели охвата услугами программ ОЗТ наблюдаются в Эстонии (15%), а в Азербайджане, Беларуси, Казахстане и Молдове доступ к программам заместительной терапии имеет менее 1% населения, нуждающегося в ОЗТ [17-21].

Проблемы, которые могут влиять на обеспечение успешного перехода и устойчивости

Организационный и системный потенциал

Глобальный фонд внес огромный вклад в наращивание национального потенциала по борьбе с тремя заболеваниями. При этом, однако, фонд создал параллельные системы управления и предоставления услуг, которые не всегда интегрированы в национальные системы здравоохранения. Говоря об управлении проектами, требования Глобального фонда к отчетности сложны для выполнения и требуют выделения значительных параллельных (с существующими требованиями национальных систем здравоохранения) административных ресурсов. Что с ними произойдет после прекращения финансирования Глобального фонда на данный момент непонятно. С точки зрения предоставления услуг финансирование со стороны



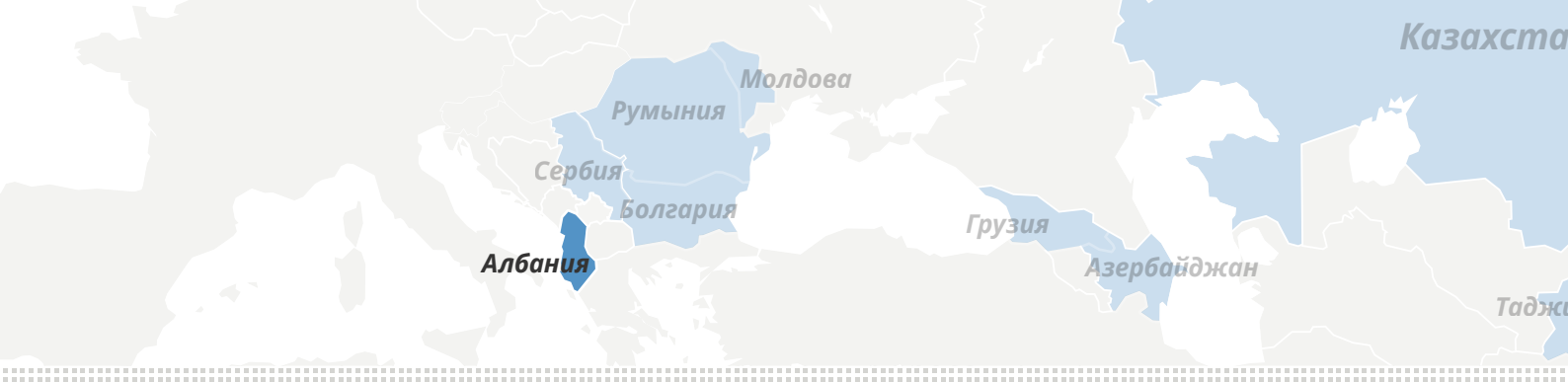
фонда придало импульс созданию новых НПО и переориентации существующих НПО на деятельность, связанную с ВИЧ/ТБ. При том, что многие НПО оказывают важнейшие услуги социально изолированным группам населения, функционируя при этом в качестве параллельной системы оказания услуг, особенно очевидным становится отсутствие интеграции программ, финансируемых Глобальным фондом, в национальные системы здравоохранения.

Ненадлежащее законодательное и нормативно-правовое регулирование

Широко признается (а также подтверждается данными, собранными при подготовке данного отчета), что ненадлежащее нормативно-правовое регулирование может серьезнейшим образом влиять на оказание услуг в области ВИЧ/ТБ представителям наиболее затронутых и уязвимых групп населения [22]. Криминализация употребления наркотиков, полуправовый статус программ снижения вреда, отсутствие финансовой и технической поддержки правительств и отсутствие стандартов качества, – все эти факторы ограничивают потенциальное воздействие этих наиболее эффективных и экономически выгодных мероприятий по борьбе с распространением эпидемии ВИЧ. Отсутствие профессиональных и образовательных стандартов в области снижения вреда является еще одной проблемой, требующей внимания. Стандарты качества предоставления услуг должны рассматриваться лицами, принимающими решения в национальных правительствах, как важное (но вряд ли достаточное) условие для обеспечения продолжения этих услуг путем их финансирования из национальных источников. В ряде случаев оказание услуг профилактики и лечения ВИЧ-инфекции повлекло за собой возникновение новых (для некоторых стран) профессий. Например, профессии социального работника, аутрич-работника и “равного” консультанта зачастую отсутствуют в национальных реестрах профессий. Это создает препятствия для поддержки таких должностных позиций в процессе интеграции услуг в государственные системы здравоохранения.

Ненадлежащее национальное законодательство, касающееся регулирования закупок, импорта и регистрации медицинских товаров, может создавать препятствия для эффективного оказания услуг и экономической эффективности интервенций. Местные нормативные правила упоминаются в качестве основной причины высоких цен на лекарственные препараты антиретровирусной терапии в Казахстане и Сербии. Опиоидная заместительная терапия работает в Таджикистане с 2009 года (хотя масштаб ее весьма ограничен), но метадон до сих пор в стране не зарегистрирован. По сравнению с другими странами метадон импортируется в Таджикистан по высоким ценам. Национальная нормативно-правовая база может стать препятствием для расширения услуг профилактики ВИЧ-инфекции для основных уязвимых групп. В Эстонии и Таджикистане НПО, оказывающие низкопороговые услуги и осуществляющие программы обмена игл/шприцев, не имеют права предлагать своим клиентам экспресс-тестирование на ВИЧ. Такое тестирование может проводиться лишь лицензированными медицинскими учреждениями. Учитывая тот факт, что низкопороговые программы являются залогом обеспечения доступа к наиболее уязвимым социальным группам населения, это ограничение может стать причиной упущенных возможностей в плане диагностики новых случаев ВИЧ-инфекции и/или задержке в выявлении ВИЧ-инфекции среди представителей этих групп [23, 24].

Отсутствие в странах эффективных механизмов заключения социальных контрактов с НПО является угрозой для успешного продолжения предоставления доступа к сервисам, которые в настоящее время работают при поддержке Глобального фонда. В каждой из стран, рассматриваемых в рамках данного отчета, подавляющее большинство сервисов по профилактике ВИЧ-инфекции среди основных затронутых социальных групп



оказывается силами организаций гражданского общества. По прекращении финансирования со стороны Глобального фонда ожидается, что органы власти заключат с этими организациями контракты с целью продолжения оказания услуг. При этом, однако, в таких странах как Албания, Болгария, Беларусь, Молдова, Грузия и Казахстан существующие механизмы и требования для заключения социальных контрактов с некоммерческими организациями являются нефункциональными. Во многих случаях это связано с требованием к поставщикам услуг реализовывать программы за счет собственных средств и впоследствии получать компенсацию расходов. Для многих неправительственных организаций это требование невыполнимо. В других случаях (Беларусь) ВИЧ не включен в список социальных проблем, которые могут решаться в рамках механизма социального заказа. В Болгарии, даже при работе по грантам Глобального фонда, у Министерства здравоохранения (ОР) уходит около шести месяцев на оформление полученных от фонда средств и выделение их суб-реципиентам. В Таджикистане неудовлетворительная нормативно-правовая база, регулирующая управление закупками и поставками, является одной из основных причин дефицита и истощения запаса товаров медицинского назначения [25].

Отсутствие приоритизации высокоэффективных интервенций и экономически выгодных подходов к управлению приводит к неоптимальному использованию ограниченных финансовых ресурсов

Себестоимость одной и той же интервенции может существенно отличаться между странами (например, себестоимость ОЗТ в Грузии составляет \$1372 в год, по сравнению с \$682 в Молдове), что указывает на необходимость тщательного пересмотра моделей управления программами, структур формирования себестоимости и изучения вариантов их оптимизации. В других случаях охват услугами тестирования на ВИЧ остается по-прежнему низким и не может в достаточной степени удовлетворить потребности групп, наиболее уязвимых к инфекции. В Грузии и Таджикистане более 70% людей, тестируемых ежегодно, относятся к группам с низким риском инфицирования ВИЧ таким, как, например, беременные женщины и доноры крови, при том, что охват тестированием такой группы с высоким риском, как ЛУИН, остается низким [26, 27].

Важность эффективного управления

Готовность правительства отвести приоритетную роль эффективным мероприятиям по профилактике ВИЧ-инфекции, особенно тем их компонентам, которые тесно связаны с программами, основанными на соблюдении прав человека, и укреплении систем сообществ, имеет важнейшее значение для успешности процесса перехода и обеспечения устойчивости таких программ. В этом отношении мы определили ряд факторов, которые могут отрицательно повлиять на процесс определения приоритетов и обеспечения поддержки правительства. Политическая нестабильность и частые смены должностных лиц в правительстве, включая ключевых сотрудников государственных структур, и вытекающее из этого отсутствие последовательности и преемственности действий отмечаются как важные факторы, создающие помехи для усилий правительств, направленных на обеспечение устойчивости программ профилактики ВИЧ среди основных целевых групп, в Болгарии, Румынии и Сербии. В этих и других странах уход доноров не оценивался с точки зрения финансовых рисков или рисков для продолжения реализации программ, и никаких подготовительных шагов предпринято не было. Проблемы, связанные с обеспечением устойчивости программ, поддерживаемых Глобальным фондом, обсуждались, и на уровне риторики им отводилось



приоритетное место; однако, как правило, это не сопровождалась никакими практическими действиями. Даже те правительства, которые берут на себя официальные обязательства по заполнению пробелов после ухода Глобального фонда, затягивают с выделением государственных средств до максимально возможного предела, если вообще выделяют. Во всех без исключения случаях правительства стремятся как можно полней использовать возможности международного финансирования вплоть до самого последнего момента прекращения донорской поддержки.

Респонденты признали, что Глобальный фонд может играть критически важную роль в обеспечении готовности правительств повысить национальное финансирование программ в области противодействия ВИЧ/СПИД в частности и в сфере здравоохранения в целом. В Беларуси и Грузии прямые контакты представителей Глобального фонда с главами правительств содействовали повышению информированности соответствующих государственных органов (Министерство финансов, Министерство здравоохранения) и внесли свой вклад в обеспечение готовности лиц, ответственных за принятие решений в этих инстанциях, взять на себя обязательства по обеспечению преемственной поддержки программ, финансируемых Глобальным фондом. Во многих странах огромное значение имело активное вовлечение в этот процесс портфолио менеджеров фонда (ПМФ).

Устойчивость деятельности Страновых координационных комитетов после ухода Глобального фонда считается важнейшим компонентом обеспечения общего успеха процесса перехода. В сфере международной финансовой помощи в целях развития Глобальный фонд пользуется заслуженным уважением за свой отказ от традиционного, основанного исключительно на отношениях донор-правительство, подхода к разработке, реализации и мониторингу программ, и за внедрение новаторской концепции процесса, принадлежащего и осуществляемого самой страной. Такой процесс подготовки заявок, основанный на широком участии всех заинтересованных сторон, вкупе с деятельностью межведомственных Страновых координационных комитетов позволил обеспечить значимое участие всех заинтересованных групп, включая наиболее затронутые и уязвимые группы населения. При этом, однако, во многих случаях, СКК создаются в основном по требованию Глобального фонда. Они участвуют только в управлении программами фонда и зачастую не считаются (и не являются) неотъемлемой частью архитектуры национальной системы здравоохранения. Очевиден риск того, что работа СКК будет прекращена после завершения реализации программ Глобального фонда в стране, как это уже произошло в Сербии. С другой стороны, признавая положительные достижения, Эстония обеспечила продолжение работы эффективной координационной структуры посредством создания межведомственного комитета высокого уровня по ВИЧ/СПИДу, в который вошли представители соответствующих государственных органов, профессиональных ассоциаций и ОГО, включая основные уязвимые группы.

Существует ряд идеологических и эпидемиологических факторов, частично объясняющих низкую приоритезацию подходов и программ снижения вреда во многих странах региона. Снижение вреда давно является предметом политических и идеологических дебатов, в которых оппоненты этого подхода зачастую пренебрегают существенной частью накопленных научных и эмпирических данных, подтверждающих его эффективность. В этой связи тенденция дискредитации ОЗТ в некоторых странах не может не вызывать беспокойства. Данные, полученные в ходе интервью при подготовке данного отчета, указывают на то, что иногда снижение вреда является “приемлемым”, поскольку его продвигает и финансирует Глобальный фонд, но как только фонд покидает страну, программам грозит риск утраты “легитимности”. В условиях



ограниченности ресурсов, при том, что в соответствующих странах большую часть населения волнуют многие другие медицинские и социальные проблемы, низкие показатели распространения заболевания среди общего населения (например, ВИЧ/СПИДа в Албании, Болгарии и Грузии) служат оправданием для лиц, принимающих решения, в том, что программы профилактики ВИЧ, особенно для социально-изолированных групп, отступают на задний план. В некоторых странах расширение программ снижения вреда не имеет политической поддержки даже при условии наличия финансирования со стороны Глобального фонда.

Роль гражданского общества

После падения коммунистических режимов сектор гражданского общества в регионе ВЕЦА зародился сравнительно недавно. В огромной степени благодаря поддержке Глобального фонда организационный потенциал и технические навыки организаций гражданского общества, включая организации на базе сообщества, работающие в области ВИЧ и ТБ, значительно выросли (зачастую начав с нуля), и гражданское общество, в особенности наиболее затронутые сообщества, сыграли важнейшую роль в борьбе с этими эпидемиями. Тем не менее, до сих пор сохраняется множество проблем, влияющих на эффективную работу по оказанию услуг и значимое участие представителей гражданского общества в реализации программ, разработке политики и работе Координационных комитетов. Многие НПО полностью зависят от международного донорского финансирования (в основном, именно Глобального фонда) и не получают никакой поддержки из национальных бюджетов, что делает их крайне уязвимыми с точки зрения финансовой устойчивости. Общеизвестно, что правительства гораздо более охотно финансируют закупки фармацевтических препаратов, лечение и уход, но меньше заинтересованы в работе по профилактике (особенно направленной на основные уязвимые группы населения) [28]. Как правило, они проявляют гораздо большую готовность оказывать поддержку услугам, предоставляемым на базе государственных учреждений здравоохранения, а не организациями на базе сообществ. В частности, по окончании срока реализации грантов Глобального фонда многие НПО, работавшие в области профилактики ВИЧ и снижения вреда в Албании, Болгарии, Сербии и Румынии, остались без финансирования и прекратили свою деятельность.

Например, в Албании, единственным агентством-донором, управляемым государством и предоставляющим финансовую поддержку организациям гражданского общества, является Агентство поддержки гражданского общества (ASHMC). При этом, однако, миссия ASHMC не включает поддержку программ снижения вреда или ПОШ [29]. Непрерывность услуг, оказываемых неправительственными организациями в странах, потерявших право (полностью или частично) на финансирование Глобального фонда, зависит от способности каждой отдельной организации получить альтернативное финансирование из национальных или международных источников. В некоторых случаях организации смогли продолжить предоставлять услуги, но в существенно меньшем масштабе, благодаря работе персонала на добровольных началах и за счет использования остатков оборудования и расходных материалов.

Во многих случаях авторитет организаций гражданского общества был подорван отсутствием навыков коммуникации, неоптимальным техническим потенциалом на фоне конкуренции за скудное финансирование внутри сектора и ограниченной степенью координации. Также достаточно распространена ситуация, в которой НПО оказываются включенными в оказание услуг, стратегическое планирование и координацию лишь благодаря требованиям Глобального фонда. Тем не менее, без участия НПО доступ к основным целевым группам и реализация вмешательств, направленных на удовлетворение их потребностей,



серьезно пострадает, если вообще окажется возможна. Поэтому необходимо создавать более тесные партнерства между правительством/ государственными системами здравоохранения и НПО и развивать интегрированные услуги. Одна, как представляется, успешно функционирующая модель, апробированная в Казахстане, основана на оказании аутрич-услуг государственными медицинскими учреждениями (в основном, СПИД-центрами) при помощи аутрич-работников, ранее работавших в НПО. Поскольку в большинстве областей страны профилактические сервисы уже несколько лет используют эту модель, ожидается, что правительство успешно возьмет на себя поддержку работы оставшихся программ, которые в настоящее время финансируются Глобальным фондом, и сможет бесперебойно продолжать оказывать услуги, не снижая их охвата. Очевидное преимущество этой модели заключается в продолжении работы и сохранении потенциала обученных работников, что является залогом обеспечения плавного перехода с донорской поддержки на национальное финансирование. Кроме того, в 2014 году правительство заключило договоры на оказание услуг в области ВИЧ с 27 НПО [21]. При этом, однако, ожидается, что ряд НПО, в настоящее время оказывающих эти услуги в рамках гранта Глобального фонда, будут вынуждены закрыться. В целом – и это применимо ко всем странам – нереально ожидать, что правительства будут финансировать деятельность НПО в том же объеме, в каком это делал Глобальный фонд. НПО потребуется создавать коалиции и сотрудничать друг с другом (в направлении адвокации, привлечении средств и проч.) вместо того, чтобы конкурировать.

Эстония

Грант Глобального фонда закончился в 2007 г.

- Подготовка к переходу началась заблаговременно, начиная со второй фазы реализации гранта Глобального фонда;
- 100% услуг по профилактике ВИЧ (среди ОЗГ) и лечению взяло на себя правительство;
- PIU (государственная структура) стало лидером в реализации перехода и адвокации;
- СКК принимал активное участие; обязанности СКК взял на себя межведомственный комитет высокого уровня по ВИЧ/СПИДу, в состав которого вошли представители соответствующих государственных учреждений, профессиональных ассоциаций и ОГО, включая основные уязвимые группы;
- Показатели распространения ВИЧ-инфекции постоянно снижаются;
- Успех был достигнут благодаря сочетанию нескольких факторов:
 - + Высокое бремя заболевания – ВИЧ-инфекция была национальной проблемой;
 - + Лидерство PIU (Национальный институт развития здравоохранения);
 - + Привлечение поставщиков услуг (государственные клиники и НПО);
 - + Участие профессиональных ассоциаций;
 - + Качественные данные, использованные для адвокации (система МиО была организована на ранней стадии реализации гранта);
 - + Высокие стандарты и амбиции, связанные с процессом вступления в ЕС;
- законодательство, позволяющее заключать договоры с НПО, существовало, но механизм авансовых платежей не рассматривался; В качестве решения правительство предоставило НПО одноразовое стартовое финансирование; было оговорено формальное условие, что в случае прекращения НПО оказания услуг правительство может потребовать возврата стартового финансирования [3].



Подготовка к переходу

В приведенном ниже разделе описывается опыт стран в области подготовки к переходу от финансовой поддержки Глобального фонда на национальное финансирование. Существует множество вариантов комплексной организации процесса перехода; при этом большинство стран пытается применять менее структурированные, более разобщенные подходы к реализации данной задачи. Все рассматриваемые в данном отчете страны имеют ограниченный опыт в разработке планов по осуществлению перехода. Ни одна из стран, уже потерявших право на получение финансирования Глобального фонда, кроме Эстонии, не имела утвержденных планов перехода на момент прекращения финансирования со стороны фонда. Ни одна из стран, находящихся в настоящее время в процессе завершения финансирования программ со стороны Глобального фонда, не имеет планов перехода. При этом, однако, во многих случаях процесс перехода отражен в национальной стратегии в области ВИЧ и концептуальных записках в рамках НМФ (Албания, Беларусь, Грузия, Азербайджан, Казахстан). Во всех этих случаях Глобальный фонд рекомендовал странам разработать национальные стратегии противодействия ВИЧ и планы по их реализации, включить в них деятельность, связанную с переходом, и подготовить концептуальные записки, основанные на этих стратегиях. Общей характеристикой процесса является постепенное сокращение финансирования Глобальным фондом услуг в области профилактики, лечения и ухода в связи с ТБ и ВИЧ и соответствующее повышение национального финансирования этих программ. Согласно Политике Глобального фонда в отношении квалификационных критериев и совместного финансирования: *“Минимальная пороговая величина совместного финансирования составляет 5 процентов для СНУД, 20 процентов для СУДНС/нижний сегмент, 40 процентов для СУДНС/верхний сегмент, и 60 процентов для СУДВС”*. Приветствуется повышение в ходе реализации гранта доли совместного финансирования со стороны СУДВС до уровня выше 90 процентов с целью ускорить процесс прекращения получения финансирования Глобального фонда” [6]. Кроме того, согласно Инвестиционному подходу Глобального фонда в борьбе против ВИЧ и ТБ в ВЕЦА к концу текущего периода выделения средств Глобального фонда (2017) от стран СУДВС ожидается покрытие 100% расходов на АРТ, соответствующие лабораторные услуги и услуги по поддержке приверженности лечению из национальных источников, от стран СУДНС/верхний сегмент – минимум 75%, от СУДНС/нижний сегмент – минимум 60%, и от стран СНУД – минимум 30% таких расходов [9].

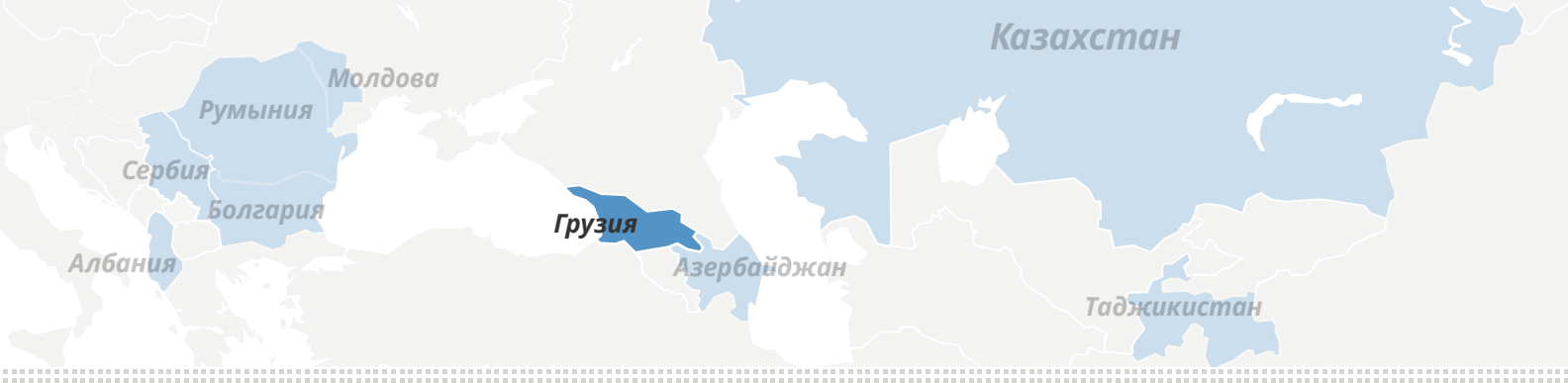


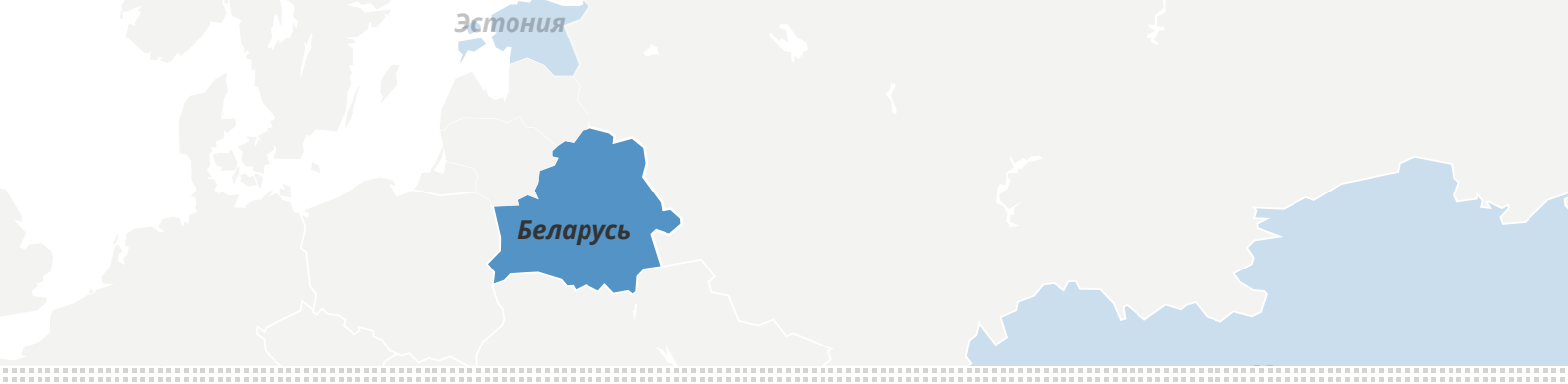
Таблица 1. Требования по совместному финансированию и целевые показатели со-финансирования для избранных стран

	Страны с низким уровнем доходов (СНУД)	Страны с уровнем дохода ниже среднего (нижний сегмент) (СУДНС/ нижний сегмент)	Страны с уровнем дохода ниже среднего (верхний сегмент) (СУДНС/ верхний сегмент)	Страны с уровнем дохода выше среднего (СУДВС) + Высокое бремя заболевания	Страны с высоким уровнем доходов, не имеют права на получение нового финансирования
Совместное финансирование	5%	20%	40%	60%	Нет данных
Целевые показатели кофинансирования на 2017 (АРТ и лаб. услуги)	30%	60%	75%	100%	Нет данных
		Молдова Таджикистан ²	Грузия	Албания Азербайджан Беларусь Болгария Казахстан Румыния Сербия	Эстония

В некоторых странах (Беларусь, Азербайджан), правительства берут на себя обязательства по заполнению пробелов в финансировании для всех программ, финансируемых в настоящее время Глобальным фондом. В других странах (Албания, Грузия) прогнозируемые национальные инвестиции будут покрывать все программы, за исключением программы игл и шприцев.

В Молдове правительство принимает на себя расходы по закупке экспресс-тестов для основных уязвимых групп населения и постепенно начинает финансировать проекты снижения вреда в ходе реализации гранта в рамках НМФ. В рамках НМФ правительство планирует разработать планы обеспечения устойчивости программ, включая механизмы для заключения социальных контрактов и лицензирования НПО. С 2014 года Национальный фонд медицинского страхования покрывает стоимость ОЗТ для 30 застрахованных пациентов, и охват планируется расширить в 2015 году. В 2015 году правительство в первый раз закупило метадон для

² Таджикистан переведен из категории СНУД в категорию СУДНС/нижний сегмент в июле 2015 г. В течение текущего периода финансирования страна должна соблюдать требования по совместному финансированию и целевые показатели со-финансирования, применимые к СНУД.



всех пациентов, получающих опиоидную заместительную терапию. Кроме того, в 2015 году правительство выделило финансирование на оплату расходов как минимум двух программ снижения вреда.

Подготовка/усовершенствование механизмов социального контрактирования НПО прямо предусмотрена в стратегиях по противодействию ВИЧ Азербайджана, Грузии, Беларуси, Таджикистана и Молдовы. В Азербайджане был принят новый Закон о социальной службе, и Фонд поддержки НПО при Президенте предоставил финансирование для проектов, связанных с ВИЧ [30]. В Беларуси Закон о социальном обслуживании, принятый в январе 2013 года, регулирует оказание социальных услуг конкретным группам населения. При этом, однако, список услуг, предусматриваемый законом, не включает услуг по профилактике ВИЧ. С другой стороны, Закон о здравоохранении охватывает мероприятия, связанные с содействием здоровому образу жизни и профилактикой ВИЧ-инфекции, но не включает использование механизмов заключения социальных контрактов с НПО. Организации гражданского общества в настоящее время занимаются активной адвокацией с целью устранения этих разночтений – поправки к законам разрабатываются и направляются в Парламент. В ходе подготовки к переходу адвокаты ОГО также посвящена усовершенствованию/реализации конкретных законодательных механизмов, связанных с оказанием услуг для основных уязвимых социальных групп. Например, начался процесс включения профессии социального работника в национальный классификатор профессий и должностей системы здравоохранения и т.д.

В Грузии правительство выражает все большую заинтересованность в экономической эффективности мероприятий в области профилактики ВИЧ-инфекции, и, в особенности, программ снижения вреда. Местные и международные НПО и коалиции смогли ответить на этот запрос и предложили ряд исследований, посвященных непосредственно анализу таких аспектов реализации программ снижения вреда, как экономическая эффективность и оценка затрат. Проведенное ЕССВ [50] исследование по

Сербия

Реализация последнего гранта Глобального фонда по ВИЧ, завершилась в 2014 г.

К этому времени:

- Профилактика ВИЧ среди ОЗГ финансировалась исключительно из средств фонда;
- Отсутствие интеграции проектов Глобального фонда с национальными программами здравоохранения;
- Отсутствие плана перехода, отсутствие стратегии ухода фонда из страны;
- Мандат СКК ограничен;
- Степень взаимодействия между НПО и совместной адвокационной деятельности далека от идеала;
- Финансовые ресурсы перенаправлены на ликвидацию последствий стихийного бедствия (наводнение);

Следующие услуги прекращены или серьезно сокращены:

- Аутрич-ДКТ;
- Программы снижения вреда среди ЛУИН – кроме заместительной терапии;
- Аутрич/мобильная клиника и центры для посещения без записи для целевых групп (КСР, МСМ, ПИН);
- Программы ухода и поддержки для ЛЖВ;
- Тесты CD4 для наблюдения за ходом лечения;

После ухода Глобального фонда СКК перестал функционировать. Снижение вреда было включено в Национальную стратегию по ВИЧ/СПИДу (2010-2015 гг.) и Национальную стратегию по наркотикам (2014-2021 гг.), но бюджетных средств на эту деятельность заложено не было [50].



оценке затрат на поддержку программ снижения вреда находится в стадии завершения, а результаты двух текущих исследований рентабельности программ (ОЗТ и ПИШ) будут готовы в начале 2016 года. Кроме того, сама по себе криминализация употребления наркотиков в совокупности с чрезмерно жесткой наркополитикой в целом являются весьма существенным препятствием, воздействующим на спрос и доступ к услугам профилактики ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих инъекционные наркотики, которые являются основной затронутой проблемой социальной группой в Грузии [31]. Национальный стратегический план по борьбе с ВИЧ на 2016-2018 гг. гласит, что *“Будут приняты конкретные меры по введению законодательных изменений и разработке нормативно-правовой базы и операционной политике, необходимой для обеспечения непрерывного оказания важнейших услуг по профилактике и уходу в связи с ВИЧ, уделяя особое внимание основным уязвимым группам”* [32]. При этом, однако, неясно, какие конкретные изменения будут предложены, и будут ли решены проблемы, касающиеся наиболее противоречивых статей законодательства, регулирующего оборот наркотических средств

Румыния

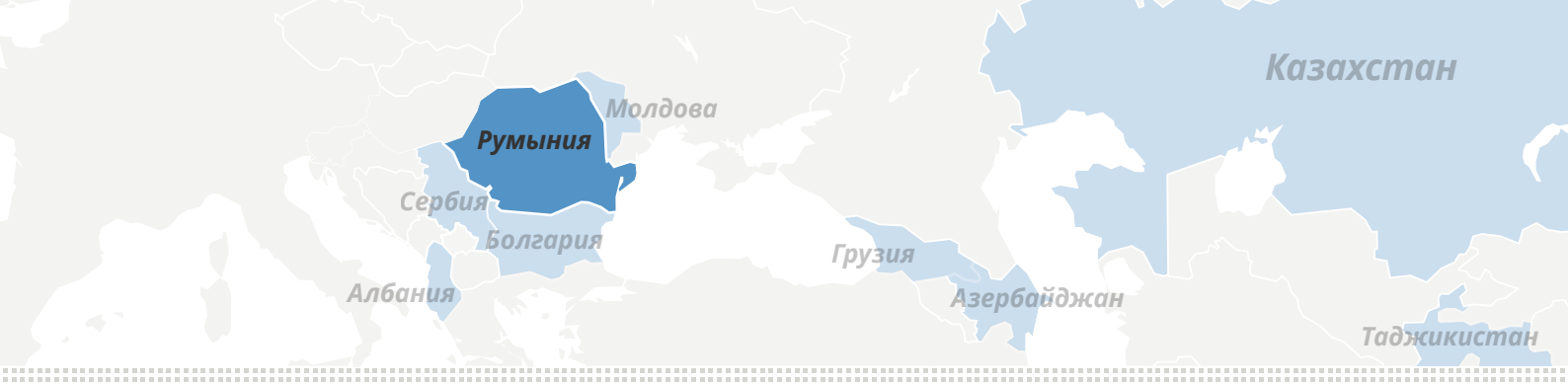
Реализация последнего гранта Глобального фонда по ВИЧ завершилась в 2010 г.

К этому времени:

- *Постоянные реорганизации в правительстве и Минздраве привели к утере технического потенциала и повлияли на непрерывность реализации программ;*
- *Отсутствие интеграции проектов Глобального фонда с национальными программами здравоохранения;*
- *Мандат СКК ограничен;*
- *Оценка рисков, связанных с уходом нескольких доноров, не проводится;*
- *Отсутствие плана перехода, отсутствие стратегии ухода фонда из страны;*
- *Структурные средства ЕС не использовались надлежащим образом;*

Результаты:

- *Потенциал, развитый при помощи Глобального фонда, утрачен;*
- *Новаторские модели оказания услуг не были трансформированы в постоянно действующие структуры;*
- *Был утрачен квалифицированный и обученный персонал;*
- *НПО прекратили оказание услуг профилактики ВИЧ или вовсе закрылись;*
- *По сравнению с 2010 г. охват услугами ПИШ в 2011 г. сократился вдвое;*
- *Показатели распространенности ВИЧ среди ЛУИН резко выросли;*



ВЫВОДЫ

Что может пострадать в первую очередь?

Опыт, накопленный в отношении обеспечения устойчивости программ, финансируемых донорами (PEPFAR, GAVI, AVAHAN), и результаты прекращения финансовой поддержки Глобального фонда в Албании, Румынии, Болгарии, Эстонии и Сербии являются примерами, которые необходимо учесть при планировании и реализации перехода от финансирования Глобального фонда на национальное финансирование в странах Восточной Европы и Центральной Азии. Этот опыт, касающийся изменения эпидемиологических показателей ВИЧ/СПИДа, финансирования программ, охвата услугами и анализа процесса подготовки к переходу в рассматриваемых странах, указывает на то, что процесс будет весьма сложным, и существует значительная угроза устойчивости программ профилактики ВИЧ в регионе. В ситуации постоянной нехватки финансирования и наличия большого спектра других значимых приоритетов, на которые могут быть направлены скудные государственные ресурсы в области здравоохранения, программы снижения вреда, до сих пор являющиеся предметом политических и идеологических разногласий, наиболее подвержены риску прекращения финансирования. Даже сейчас, при наличии финансирования Глобального фонда, ни одна страна, включая страны, добившиеся успеха в обеспечении высоких показателей охвата определенных социальных групп услугами профилактики и лечения ВИЧ (например, тестирование беременных женщин или обеспечение всеобщего доступа к АРТ), не смогла или не пожелала расширить программы профилактики ВИЧ среди ЛУИН до уровня, позволяющего достичь рекомендованных целевых показателей. Эти программы пострадают в первую очередь в тех странах, из которых уже ушел Глобальный фонд (полностью или частично). В тех случаях, когда национальные стратегии и заявки в рамках НМФ находятся в стадии разработки и включают стратегии, связанные с переходом, программы снижения вреда, особенно программы игл и шприцев, являются единственными программами, на которые, по прогнозам, из национального бюджета могут быть выделены ничтожно малые средства или вовсе ничего – от 0% в Грузии до всего лишь 1,6% в Таджикистане и 15% в Молдове [50].

Как понять, готовы ли страны к переходу?

Данный раздел посвящен компонентам устойчивости, которые необходимо проанализировать при разработке общего подхода к процессу перехода и определении конкретных критериев оценки готовности к переходу или прекращению финансовой поддержки со стороны Глобального фонда. Были рассмотрены четыре важнейшие области, которые нуждаются в оценке для того, чтобы определить, готова ли страна взять на себя ответственность за финансирование и реализацию программ – финансы, потенциал в области реализации программ, управление и политика. Также были изучены эпидемиологические компоненты/показатели.

Финансирование и эпидемиологические показатели

Все большее признание получает тот факт, что уровень доходов и бремя заболеваний не являются достаточными показателями оценки готовности стран к переходу от финансирования Глобального фонда программ по противодействию ВИЧ на национальное финансирование [1, 28]. Оценочная платежеспособность

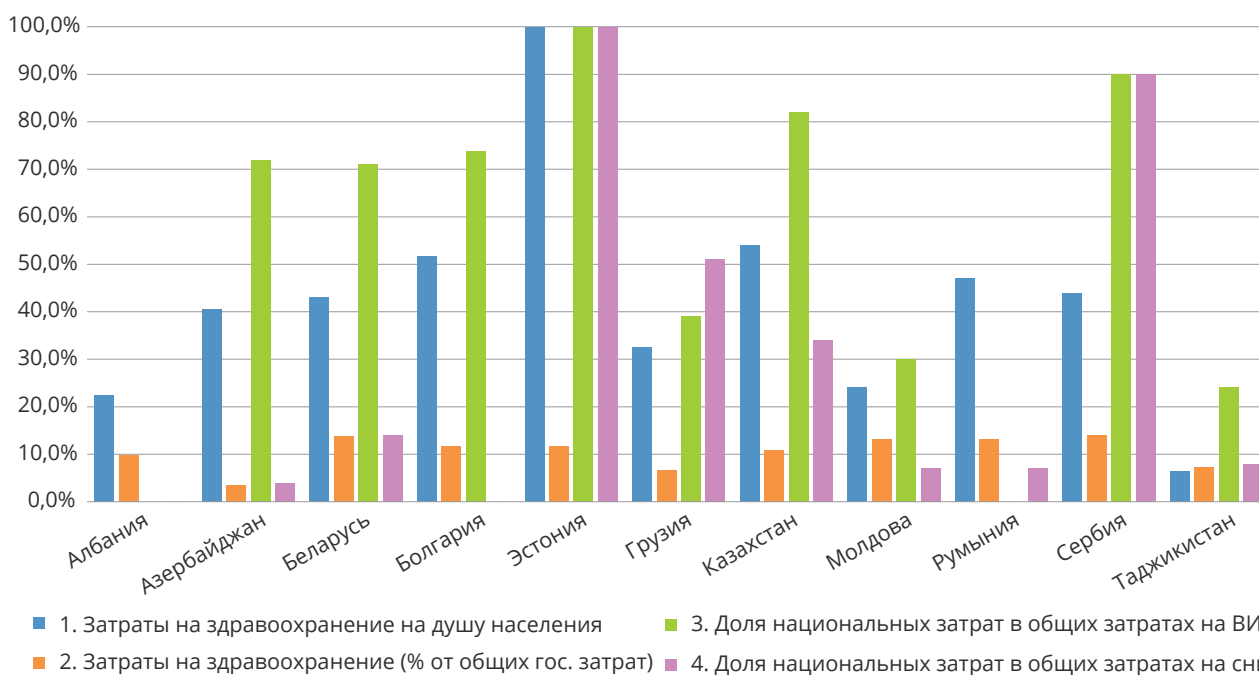


страны, выраженная в ВНД на душу населения³, не является достаточным критерием для определения уровня развития и устойчивости. Оценочная платежеспособность страны не является показателем, по которому можно судить о достаточности текущих ассигнований на нужды сектора здравоохранения в целом или же о доступности медицинских услуг, а также этот показатель не говорит о готовности правительств повысить уровень инвестиций в сектор здравоохранения, включая мероприятия в области противодействия ВИЧ и ТБ. Более точными дополнительными показателями в этом отношении являются уровень расходов на здравоохранение на душу населения, доля расходов на здравоохранение в общих государственных расходах или доля государственного участия во всех медицинских расходах (включая ВИЧ и ТБ). Эти показатели могут быть полезны для понимания общей ситуации в финансировании здравоохранения в стране и могут способствовать успешному осуществлению перехода. В идеальных условиях, чем больше значения этих показателей, тем выше должны быть готовность и возможности правительства принять на себя полную ответственность за поддержку программ, финансируемых Глобальным фондом. При этом, однако, все эти общие показатели в области здравоохранения следует рассматривать с некоторой степенью осторожности, по следующим причинам. Во-первых, они не обязательно отражают финансовый вклад правительства в программы в области ВИЧ/СПИДа. Как демонстрируется на [Диаграмме 1](#), в выбранных нами странах далеко не всегда существует прямая связь между общими показателями уровня финансирования здравоохранения и долей государственных расходов в финансировании программ в области ВИЧ/СПИДа.

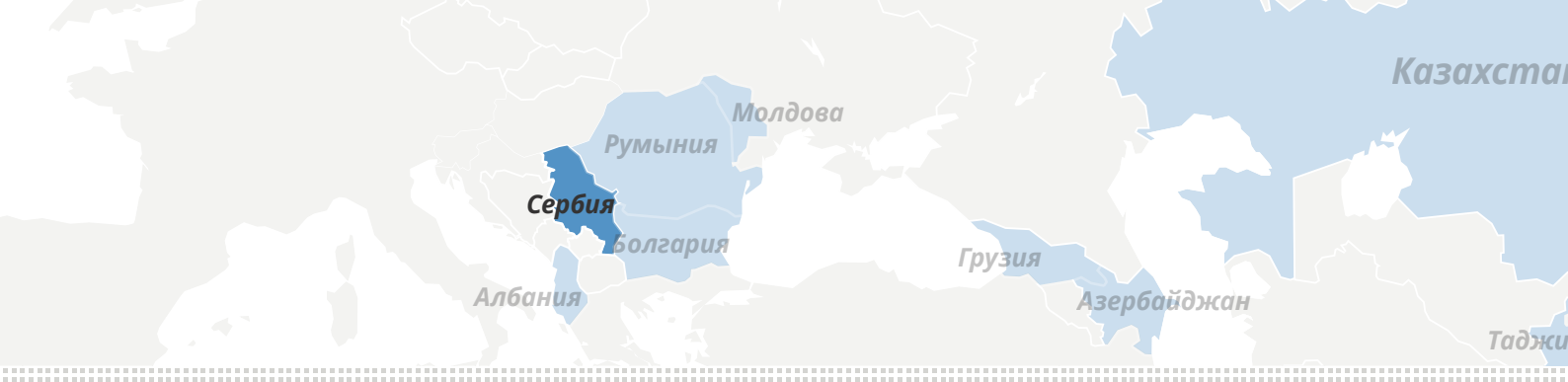
Диаграмма 1.

Индикаторы финансирования здравоохранения, затраты на ВИЧ/СПИД и снижение вреда в отобранных странах

Замечание: затраты на душу населения показаны относительно Эстонии (\$1,072=100%); данные недоступны по индикаторам 3, 4 для Албании, и индикатору 3 для Рум



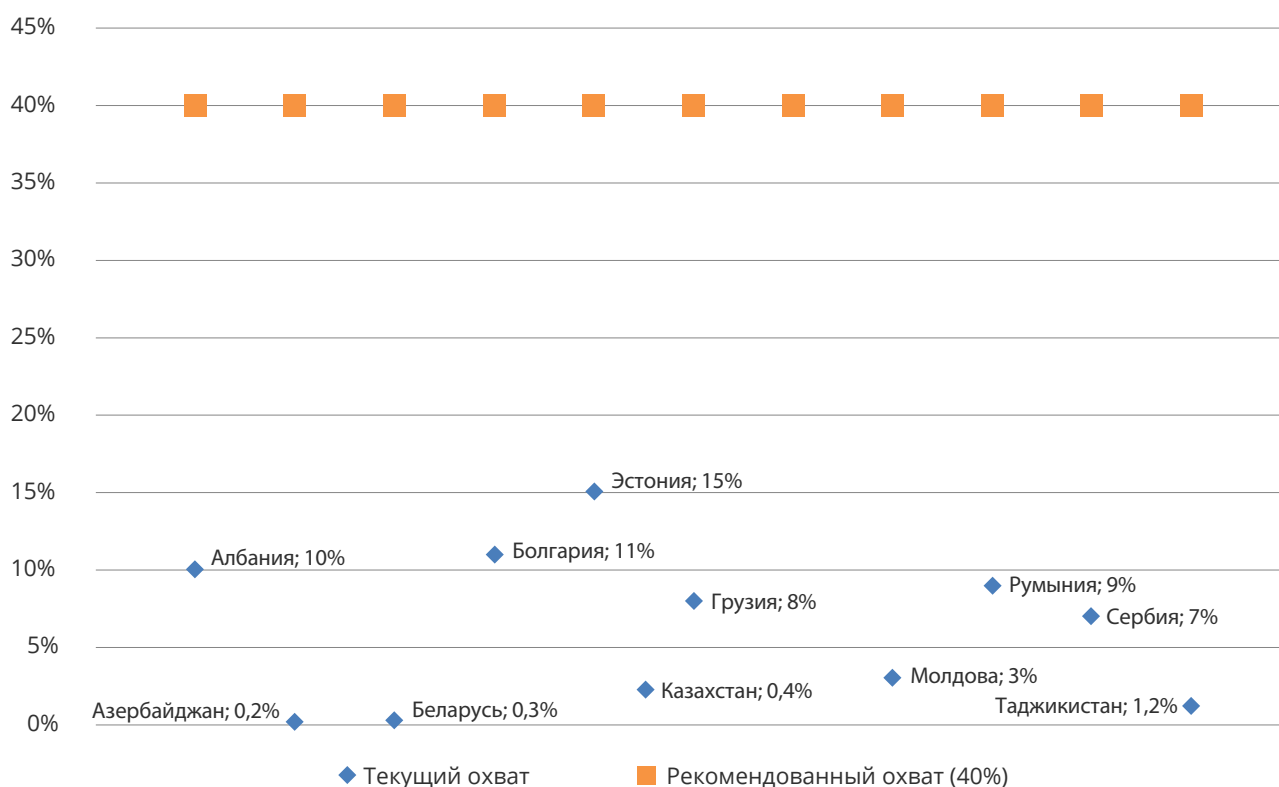
3 ВНД на душу населения (ранее именовавшийся ВВП на душу населения) представляет собой валовый национальный доход в переводе в доллары США, рассчитанный по методу Атласа Всемирного банка в пересчете на среднегодовое население 33. World Bank. *GNI per capita, Atlas method (current US\$)*. 2015 [cited 2015 5 August]; Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.CD>.



Кроме того, использование экономических показателей здравоохранения может вводить в заблуждение, если финансирование определенной категории услуги и/или охват определенными услугами неприемлемо низок. Даже если государственный вклад в финансирование программ в области ВИЧ/СПИДа в целом постоянно повышается, профилактика ВИЧ-инфекции среди ЛУИН в настоящее время в большинстве стран финансируется из национальных источников на крайне низком уровне или не финансируется вовсе (см. показатели 3 и 4 на [Диаграмме 1](#)). Охват этими услугами, особенно ОЗТ, чрезвычайно низок во всех странах, рассматриваемых в рамках настоящего отчета (см. [Диаграммы 2](#) и [3](#)). Строго говоря, независимо от того, что демонстрируют экономические показатели, страна не готова и не может считаться готовой к переходу, если уровень охвата населения, нуждающегося в профилактике и/или лечении, соответствующими услугами значительно ниже уровня охвата, необходимого для того, что бы иметь возможность значительно повлиять на показатели распространения эпидемии ВИЧ-инфекции. В частности, если мы говорим о применении соответствующих незаменимых профилактических мер, направленных на основную целевую группу (ЛУИН) в регионе, в котором эпидемия ВИЧ распространяется самыми высокими темпами в мире [9], и если роль Глобального фонда заключается в достижении устойчивого воздействия, то никаких других вариантов, кроме достижения уровней охвата услугами, необходимых для контроля над эпидемией, попросту не существует. В восьми странах из одиннадцати число новых случаев ВИЧ-инфекции постоянно растет – см. [Диаграмму 4](#).

Диаграмма 2.

Охват ОЗТ в отобранных странах



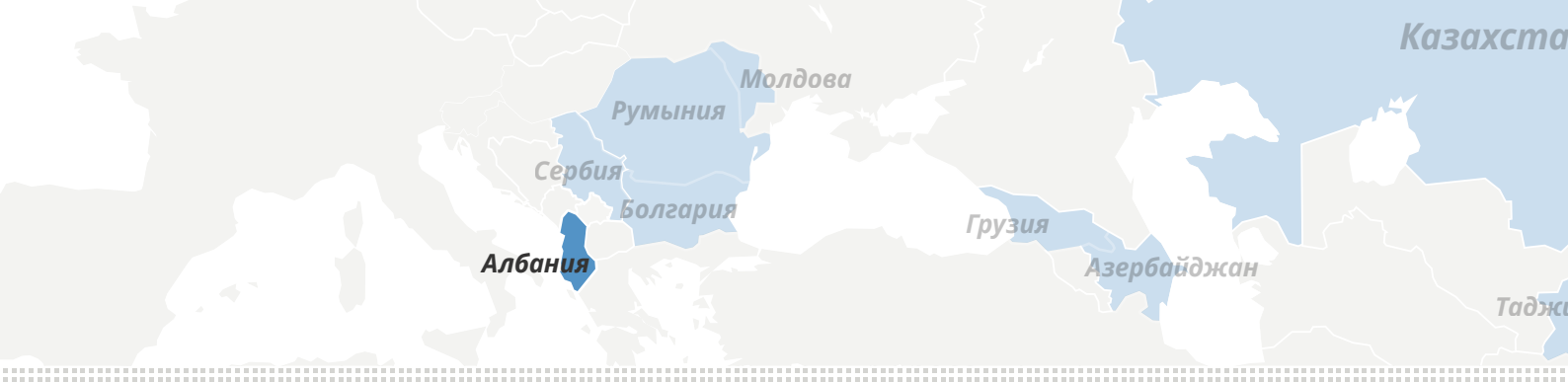


Диаграмма 3.

Охват ПОШ в отобранных странах

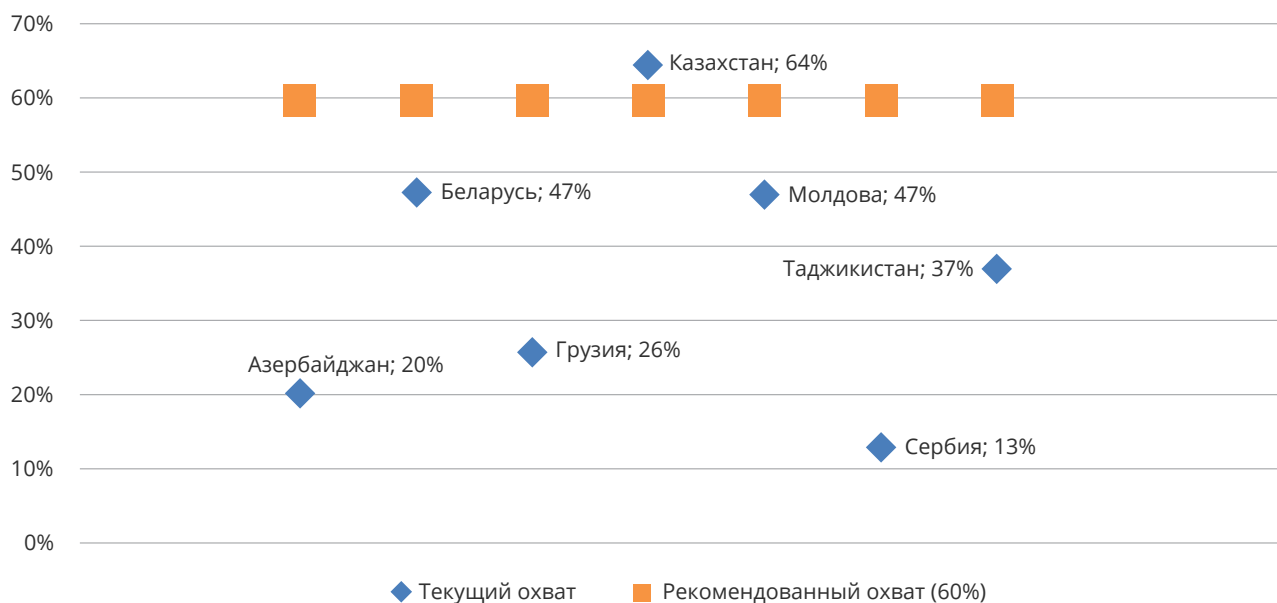
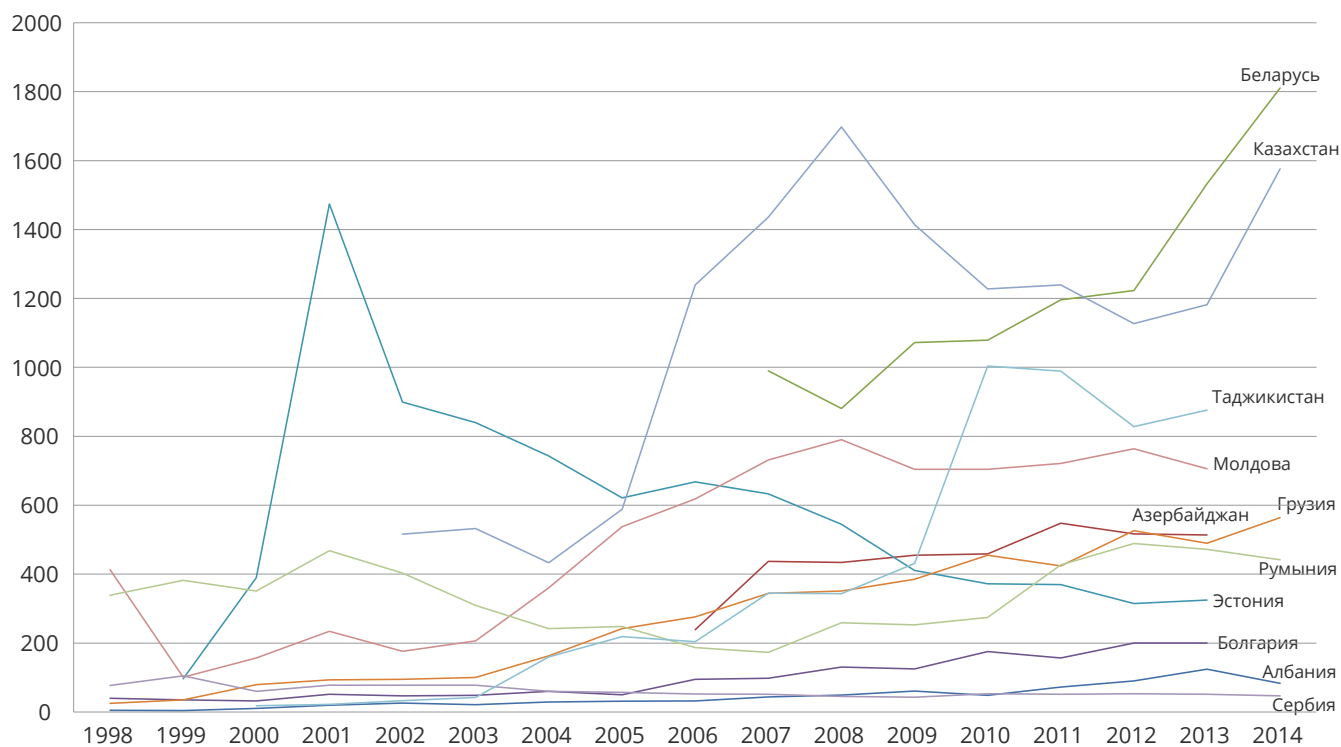


Диаграмма 4.

Новые случаи ВИЧ



(Источники: [1, 18-21, 25, 34-38])



Наряду с экономическими показателями более низкое бремя заболеваний рассматривается как показатель того, что страна имеет возможность взять на себя большую ответственность за финансирование программ после прекращения финансирования со стороны Глобального фонда. В то же время, низкое бремя заболеваний может сыграть расхолаживающую роль в процессе определения приоритетов. Слишком часто правительства обращают внимание на быстрые решения текущих важных проблем вместо того, чтобы взвешенно и обоснованно подойти к процессу принятия решений и долгосрочного планирования. Независимо от уровня доходов и распространения эпидемии нам необходимо проанализировать, сколько средств страны готовы выделить на борьбу с ВИЧ/ТБ и сотрудничать с правительствами в том, чтобы обеспечить достаточные ассигнования.

Потенциал в области реализации программ

Инфраструктура здравоохранения (организационный и системный потенциал) имеет не меньшее значение при определении того, насколько эффективно страны могут использовать ресурсы в целях повышения уровня здоровья. Как и ожидалось, для многих стран повышение уровня финансирования сектора здравоохранения привело к повышению человеческого и организационного потенциала и, в конечном итоге, к повышению потенциала в области реализации программ. Оценка программного потенциала должна быть направлена на понимание того, имеет ли страна в достаточном количестве необходимые структуры для оказания требуемых услуг нуждающемуся в них населению, включая возможность оказания поддержки организациям на базе сообществ в предоставлении этих услуг. Следует обратить внимание на компоненты, связанные с финансовым управлением, управлением закупками и поставками, эффективным мониторингом и оценкой, механизмами заключения договоров с ОГО, квалифицированными человеческими ресурсами и т.д.

Управление

Эффективное управление является залогом достижения высоких показателей деятельности и, как следствие, более высокой результативности мер в сфере охраны здоровья. В целом, профессиональное управление требует сильного лидерства, подхода к планированию действий с участием заинтересованных сторон и прозрачности и подотчетности в планировании и реализации программ. Управление в целях обеспечения перехода и устойчивости должно задаваться следующими вопросами: есть ли в стране утвержденные национальные стратегии по борьбе с заболеваниями и планы действий, имеющие необходимую юридическую силу? Есть ли в стране функционирующий руководящий орган, отвечающий за координацию деятельности в области ВИЧ? Обеспечивает ли система управления значимое участие представителей многочисленных секторов/заинтересованных сторон, включая основные уязвимые группы? Были ли разработаны механизмы обеспечения прозрачности и подотчетности, позволяющие гражданскому обществу осуществлять надзор за реализацией плана перехода и государственными расходами на борьбу с ВИЧ?

Политика

Во многих ситуациях страны могут обладать достаточной платежеспособностью для покрытия необходимых расходов, но не иметь должного уровня лидерства для реализации эффективной политики в области противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа. Очевидно, что политическую волю сложно измерить; зачастую



она оценивается по письменным обязательствам правительства поддержать осуществление перехода и обеспечить устойчивость программ, финансируемых из средств Глобального фонда, по принятию соответствующей нормативно-правовой базы и политики и иным обязательствам, принятым на себя политическими лидерами. Оценка политического климата должна быть посвящена анализу нормативно-правовой базы, создающей благоприятные условия для оказания услуг и включающей законодательные меры обеспечения недискриминационного доступа к услугам для основных целевых групп. Среди прочего, такая нормативно-правовая база должна предусматривать отказ от уголовного преследования за употребление наркотиков, определять практику соблюдения конфиденциальности, поддерживать работу программ игл и шприцев и опиоидной заместительной терапии и т.д.



РЕКОМЕНДАЦИИ

Станы находятся на разных стадиях «выхода» из Глобального фонда (т.е., насколько близки они к тому, чтобы перестать соответствовать квалификационным критериям) и различаются между собой по степени готовности к переходу на национальное финансирование (т.е., степени готовности и желания взять на себя обязательства по обеспечению финансирования программ, в настоящее время поддерживаемых Глобальным фондом). Эстония (успешно) завершила переход от поддержки Глобального фонда на национальное финансирование. Болгария, Румыния и Сербия в настоящее время испытывают негативные последствия незапланированного и неподготовленного «выхода». Азербайджан, Беларусь, Грузия, Казахстан и Молдова приближаются к критической стадии прекращения финансирования Глобального фонда на поддержку программ в области ВИЧ. Ряд реализуемых в настоящее время инициатив направлен на разработку связанных с переходом подходов и инструментов, предназначенных для использования Глобальным фондом и заинтересованными сторонами в странах. Планируется, что эти инициативы предложат конкретные критерии и инструменты для всесторонней оценки готовности к переходу (и рисков, которые могут привести к неуспешному переходу), а также рекомендации, которые помогут странам обеспечить успешное завершение процесса перехода. Отчет ЕССВ по итогам региональной консультации по обеспечению устойчивости программ Глобального фонда предлагает весьма полезную рамочную концепцию, которая может использоваться для направления деятельности отдельных стран при разработке их соответствующих дорожных карт по осуществлению перехода [39]. Концепция предлагает следующие три этапа процесса перехода: 1) период до начала реализации процесса перехода, 2) предприняты некоторые шаги по реализации процесса перехода, 3) процесс перехода хорошо отлажен и реализуется. Концепция также определяет четыре основных области перехода (политика, финансы, управление и программы) и предлагает конкретное распределение ролей и обязанностей для всех заинтересованных сторон. Как указано в отчете, *«Включение каждой из заинтересованных групп указывает на совместную ответственность всех партнеров за реализацию процесса перехода; ни одна из групп не несет ответственности за какой-либо элемент процесса перехода без партнерского взаимодействия и поддержки других групп. В целях предоставления странам руководства по обеспечению участия всех групп заинтересованных сторон, в данной рамочной концепции указаны конкретные роли и сферы ответственности на каждом этапе и в каждой области перехода»*.

Предполагается, что приведенные ниже рекомендации могут помочь правительствам, Глобальному фонду и организациям гражданского общества более эффективно подготовиться к процессу перехода. Рекомендации подготовлены на основании конкретной информации, собранной и проанализированной для подготовки настоящего отчета; таким образом, они не являются достаточно исчерпывающими и всесторонними, чтобы охватить все сферы и проблемы, связанные с обеспечением устойчивости программ в области ВИЧ/СПИДа и переходом от финансирования Глобального фонда на национальное финансирование. Тем не менее, эти рекомендации могут внести значимый вклад в работу коллег и в текущее обсуждение и разработку общих подходов к обеспечению устойчивости программ.

Рекомендации правительствам

Оценить степень готовности

Провести всестороннюю оценку готовности к переходу с упором на финансовые, программные, управленческие и политические компоненты. Тесно сотрудничать с Глобальным фондом и гражданским



обществом для разработки подробного плана перехода (на основании данных, полученных в ходе проведения оценки готовности), в котором будут четко указаны роли и обязанности всех участвующих сторон, реалистичный график его реализации и ясно сформулированные критерии успешного завершения.

Наиболее оптимальным образом использовать имеющиеся финансовые ресурсы

Провести картирование финансовых ресурсов, затрат и пробелов и разработать реалистичный план обеспечения финансовой устойчивости. Провести анализ текущих ассигнований на различные категории услуг и отвести приоритетную роль высокоэффективным экономически выгодным интервенциям – в ситуации постоянной нехватки государственных ресурсов нельзя себе позволить не сделать этого. Проанализировать существующую практику управления программами и изучить варианты оптимизации расходов на управление.

Обеспечить эффективную координацию

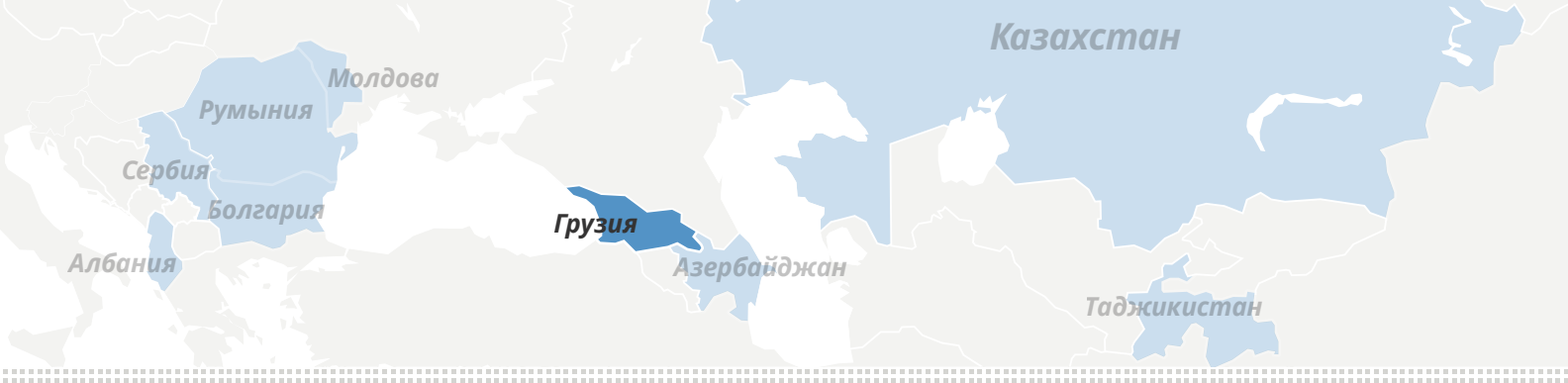
Трансформировать Страновые координационные комитеты (СКК) в действующие на постоянной основе официальные государственные структуры и поддерживать их межведомственный характер деятельности. Без эффективной координации невозможно организовать качественную работу программ. Обеспечить значимое участие организаций гражданского общества и представителей основных уязвимых групп в их работе. Координационные комитеты должны стать платформой для всех участвующих в процессе секторов, посредством которой они смогут внести свой вклад и предоставлять информацию для разработки политики и программ, осуществлять мониторинг и координировать деятельность.

Поддерживать работу сервисов, предоставляемых силами представителей сообществ

Необходимо разработать механизмы эффективного сотрудничества между НПО и национальными организациями здравоохранения в ходе реализации грантов. Поддерживать интегрированную модель оказания услуг (сотрудничество НПО и государственных систем здравоохранения) вместо полного поглощения услуг государственными учреждениями (когда НПО остаются не у дел). Организации на базе сообществ являются ключом к охвату социально-изолированных уязвимых социальных групп. Нереально ожидать, что государственные медицинские учреждения смогут охватить скрытые целевые группы так же эффективно, как это делают организации на базе сообществ.

Провести реформу политики

Провести политические и законодательные реформы для того, чтобы существующая нормативно-правовая база (а) поддерживала реализацию научно обоснованных и основанных на соблюдении прав человека программ, и (b) обеспечивала гладко функционирующие технические механизмы реализации программ (напр., удостовериться, что механизмы заключения социальных контрактов с НПО работают; включить новые профессии в национальные рамочные документы; внедрить профессиональные и образовательные стандарты; организовать эффективные механизмы закупок; устранить законодательные препятствия для эффективного оказания услуг, включая дискриминационную криминализацию наркопотребления и практику нарушения конфиденциальности).



Рекомендации ОГО

Поддерживать свой авторитет

Поддерживать свой авторитет как заслуживающего доверие партнера для правительства и других заинтересованных сторон – повысить своей технической и коммуникационный потенциал. НПО, включая организации на базе сообществ, играют незаменимую роль в оказании жизненно важных услуг представителям наиболее уязвимых и социально-изолированных групп. Необходимо соблюдать высокие стандарты качества предоставления услуг – для этого следует применять лишь наиболее эффективные модели оказания услуг и оптимальные подходы к управлению. Для усиления своего участия в принятии решений необходимо постоянно наращивать потенциал в области коммуникации и адвокации среди сотрудников.

Активно участвовать в процессе перехода

Организовать обсуждение процесса перехода на ранней стадии реализации программы. Требовать возможности участия в проведении оценки готовности, планировании перехода и мониторинге его осуществления. Никакие другие участники процесса не имеют столь четкого понимания потребностей и требований ключевых групп населения, что является ключевым моментом в деле успешной борьбы с распространением эпидемии ВИЧ/СПИДа. Роль ОГО заключается в том, чтобы вынести это знание на первый план, чтобы оно могло использоваться в качестве источника информации в процессе принятия решений.

Добиваться отведения приоритетной роли высокоэффективным и экономически выгодным мероприятиям

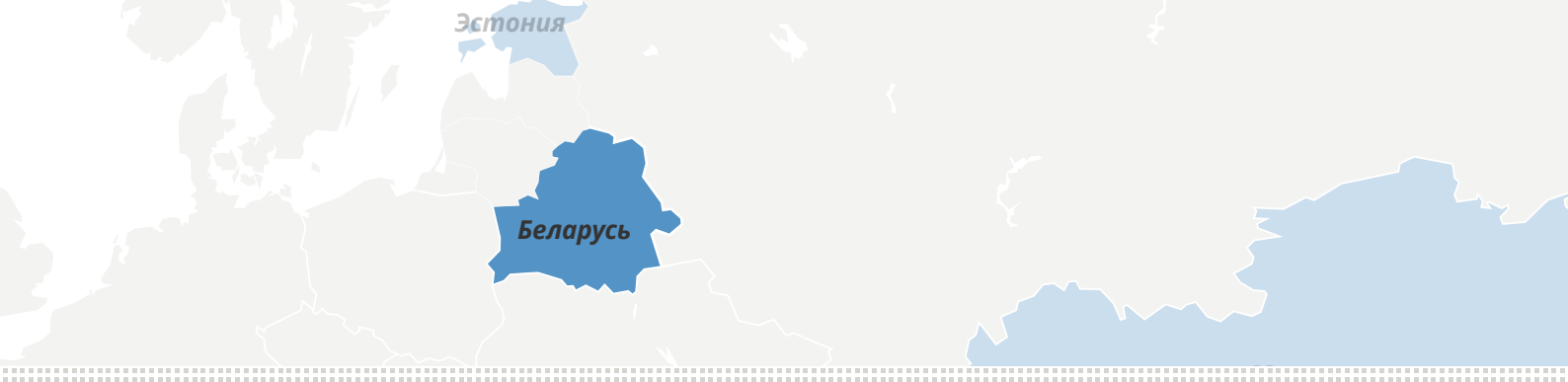
Добиваться включения высокоэффективных мер, направленных на основные затронутые социальные группы, в национальные стратегии и планы действий. Требовать включения в национальный бюджет достаточных финансовых ассигнований для реализации таких мер. Провести исследования стоимости и рентабельности с целью поддержки усилий по адвокации. Если такие исследования уже были проведены, активно использовать их результаты в качестве инструментов адвокации. Ориентироваться на признанные на международном уровне целевые показатели охвата услуг ПИШ (60%) и ОЗТ (40%) в качестве цели для расширения услуг.

Осуществлять свое собственное стратегическое планирование

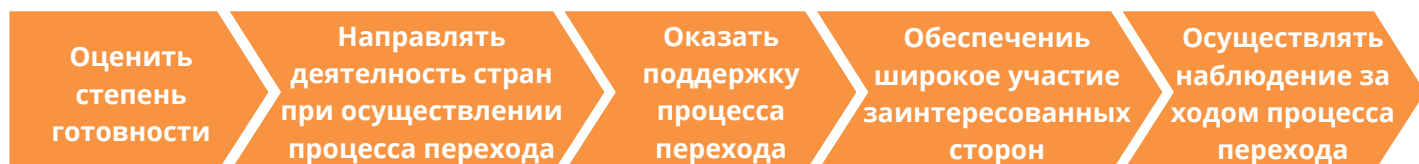
Разрабатывать свои собственные планы обеспечения устойчивости, которые будут предусматривать соблюдение национального законодательства и интеграцию с государственными медицинскими услугами. Уход Глобального фонда безусловно повлияет на модели оказания услуг. Необходимо быть готовым к тесному сотрудничеству с государственными медицинскими учреждениями и подготовиться к реформированию налаженной в НПО практики управления.

Сотрудничать

Нереально ожидать, что правительства будут финансировать деятельность НПО в том же объеме, в каком это ранее делал Глобальный фонд. НПО потребуется создавать коалиции и сотрудничать (в адвокации, привлечении средств и проч.) вместо того, чтобы конкурировать. Других вариантов, кроме совместной работы/сотрудничества, не существует, особенно в области адвокации.



Рекомендации Глобальному фонду



Оценить степень готовности

Критически важно провести оценку готовности стран взять под свой контроль программы, поддерживаемые Глобальным фондом. Страны должны иметь возможность и желание финансировать и реализовать эти программы. Для оказания эффективной поддержки процесса оценки готовности к переходу Глобальный фонд должен определить ясные и реалистичные критерии готовности. Наряду с экономическими и эпидемиологическими показателями в перечень таких критериев должны войти готовность стран с точки зрения программного потенциала, политической/законодательной ситуации и управления, включая наличие политической воли для оказания поддержки программам после ухода Глобального фонда.

Направлять деятельность стран при осуществлении процесса перехода

Глобальному фонду следует разработать конкретные методические рекомендации по содержанию и процессу подготовки планов по реализации перехода и обеспечению устойчивости, которыми страны смогут руководствоваться. В качестве неотъемлемого компонента перехода странам, находящимся в процессе планирования, потребуется осуществить картирование финансовых ресурсов и анализ существующих пробелов, а также оценить стоимость разработанных ими планов по реализации перехода и обеспечению устойчивости. Временные рамки перехода должны быть разработаны с учетом особенностей каждой страны и должны основываться на результатах оценки готовности к переходу. Что еще более важно, планирование и реализацию перехода следует рассматривать как составляющий (а не изолированный) компонент программы, при этом в течение всего срока реализации программы необходимо постоянно определять и передавать под контроль государства соответствующие элементы программы [40]. Очевидно, что ввиду различий в эпидемиологических, финансовых, политических и программных характеристиках между странами крайне трудно разработать универсальный подход к осуществлению процесса перехода. Необходимо будет подготовить работающую и гибкую модель, которая позволит адаптировать процесс под конкретные нужды разных стран.

Оказать поддержку процессу перехода

Критически важно обеспечить странам доступ к финансовой и технической помощи при подготовке национальных систем к поддержке таких программ. Области для оказания такой технической поддержки могут включать наращивание потенциала в сфере менеджмента программ, интеграции услуг, управления, координации, подготовки политических и законодательных реформ. Для того, чтобы обеспечить успешный переход, Глобальный фонд и другие доноры должны будут предоставить необходимое финансирование и техническую поддержку.

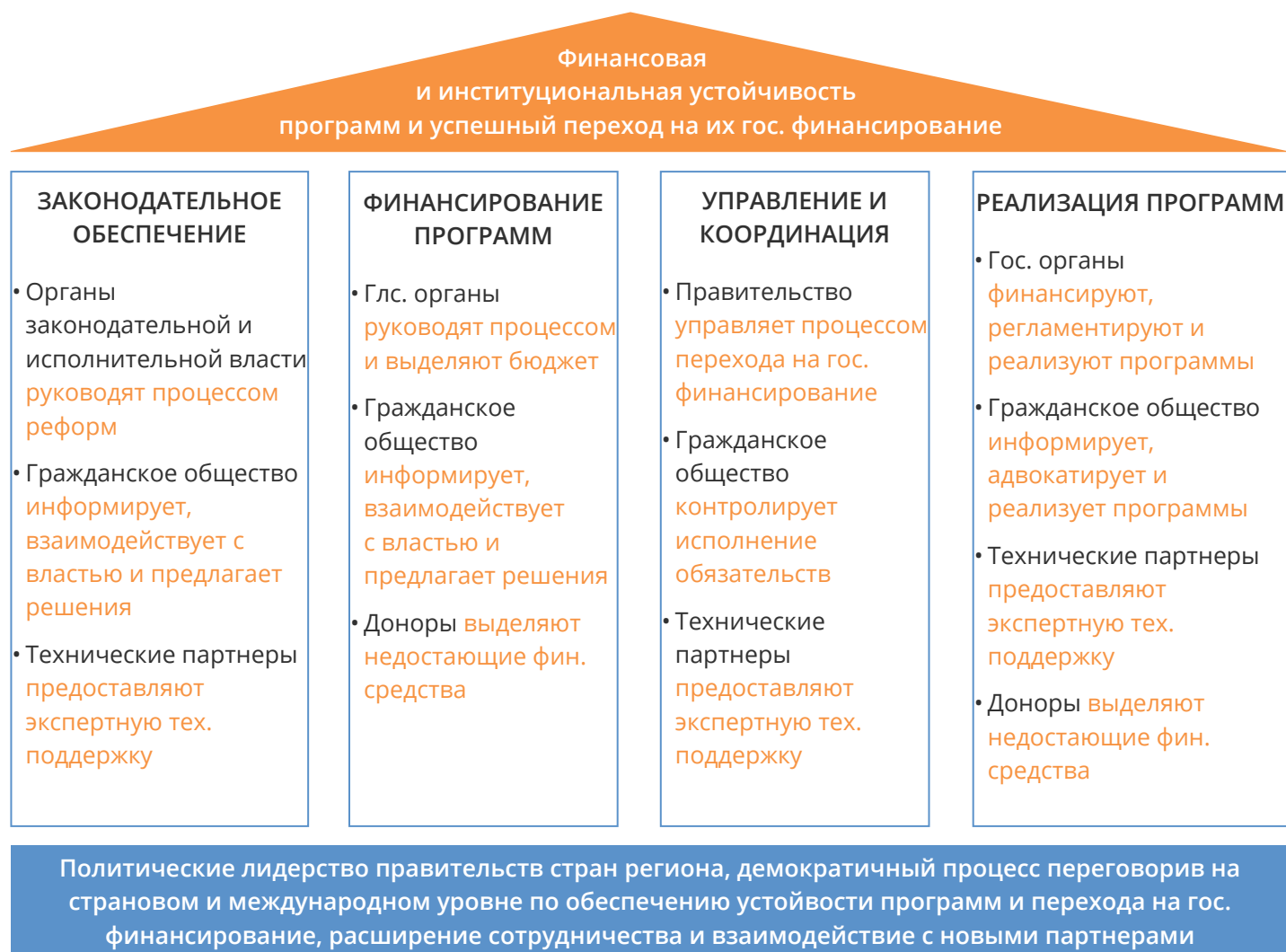
Обеспечить широкое участие заинтересованных сторон

В процессе реализации перехода должен участвовать широкий круг заинтересованных сторон, включая государственных должностных лиц и государственные ведомства, организации гражданского общества,

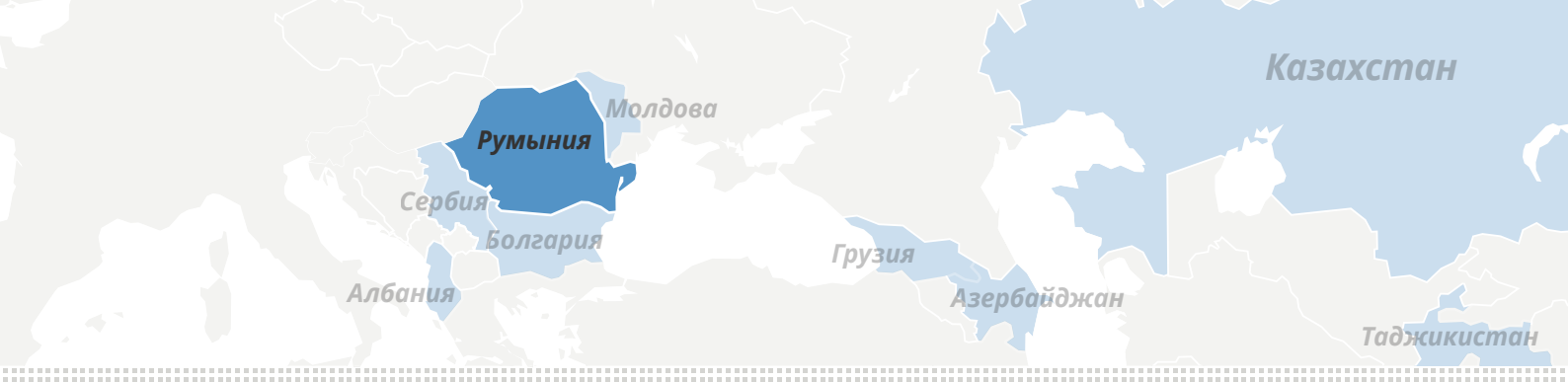


международных партнеров по развитию и представителей частного сектора. Привлечение широкого круга заинтересованных сторон поможет обеспечить, что участники процесса на всех уровнях понимают намерения, стоящие за запланированными мероприятиями, и принимают на себя соответствующие обязанности [13]. В конце концов, устойчивость программ является совместной ответственностью всех заинтересованных сторон, и свой вклад должен внести каждый (см. Диаграмму 5).

Диаграмма 5. Совместная ответственность за осуществление перехода



В дополнение к обеспечению непрерывной финансовой поддержки услуг, оказываемых негосударственными организациями (в идеале, на государственные средства), Глобальный фонд должен рассмотреть возможность предоставления поддержки участникам процесса, представляющим гражданское общество, что позволит им продолжать участвовать в стратегическом планировании, мониторинге и координации как на стадии



осуществления перехода, так и по его завершении. Крайне важно оказать поддержку местным группам по адвокации с тем, чтобы обеспечить подотчетность правительства по окончании срока действия грантов Глобального фонда. В тех случаях, когда правительства не могут (или не желают) предоставить финансирование для оказываемых НПО услуг, направленных на основные уязвимые социальные группы, Глобальный фонд должен будет разработать и реализовать альтернативные механизмы финансирования. Это может быть расширение применения “правила НПО” или внедрение нового механизма, позволяющего обеспечить продолжение оказания услуг. Основной сложностью в этом случае будет добиться того, чтобы правительства не смогли бесконечно пользоваться своей “неготовностью”. Здесь, снова, успех работы по адвокации будет зависеть от того, насколько эффективно участвующие стороны смогут сотрудничать в лоббировании своих интересов, требуя от правительства принятия соответствующих решений.

Очевидно, что участие международных партнеров по развитию (МПР) принесёт существенную пользу процессу перехода. Учитывая огромный опыт и потенциал в области технической поддержки, накопленный работающими в регионе международными агентствами-донорами, партнеры по развитию могут участвовать в независимой оценке готовности стран к переходу и в мониторинге процесса и результатов перехода. На всех стадиях планирования и реализации перехода они могут вносить свой вклад в определение основных потребностей в технической поддержке и предоставлять к ней доступ.

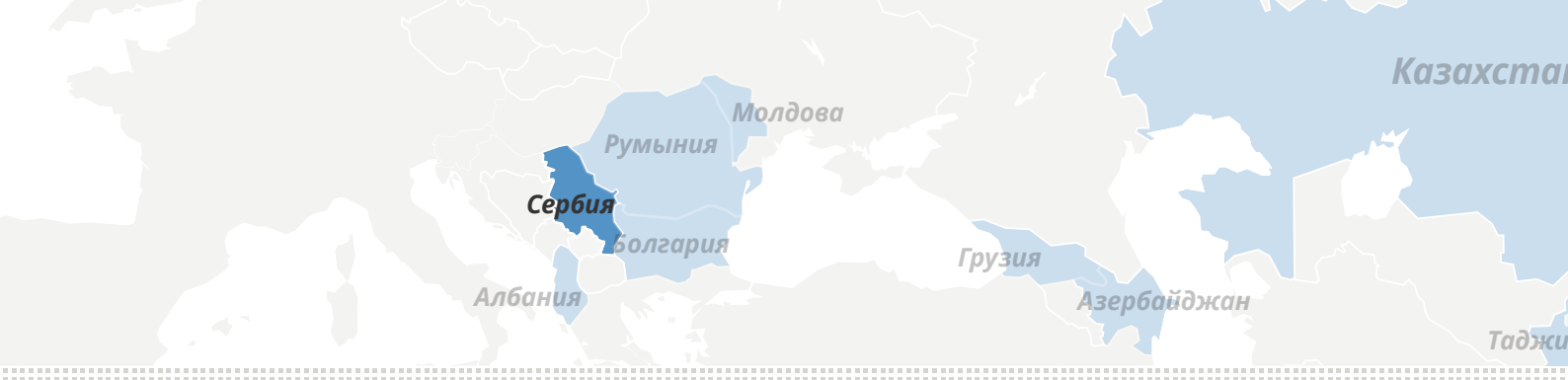
Осуществлять наблюдение за ходом процесса перехода

Глобальному фонду в сотрудничестве с широким кругом партнеров потребуется разработать четкое определение, критерии и требования для осуществления успешного перехода на национальное финансирование. Как было указано выше, группы гражданского общества и партнеры по развитию могут играть важную роль в мониторинге соблюдения правительствами принятых ими на себя обязательств, отраженных в планах перехода. Механизмы оценки перехода должны позволять своевременно информировать участников процесса и позволять вносить по необходимости соответствующие изменения/корректировать программы.

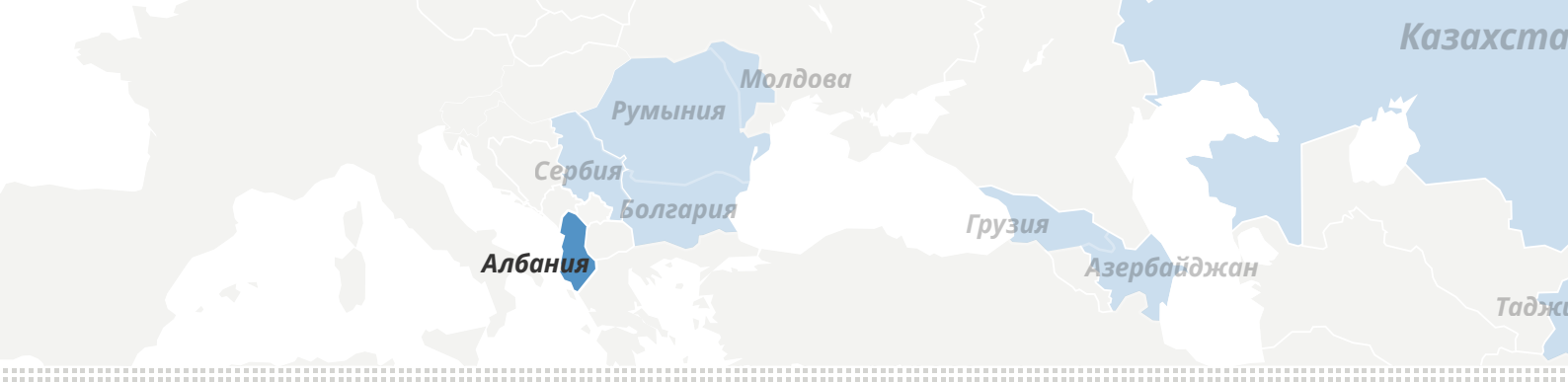


БИБЛИОГРАФИЯ

1. Furtunescu, F., *Sustainability of Global Fund supported programs: What happened before and after the Global Fund left?*, 2015: Bucharest.
2. Simionov, V., *Count the Costs, Romania Country Report 2013*, 2013, Romanian Harm Reduction Network: Bucharest.
3. Government of the Republic of Estonia, *Estonian national HIV and AIDS strategy for 2006-2015*, 2005: Tallin.
4. Herbert, S., *The future of EU aid in middle-income countries. The case of South Africa*, 2013: London.
5. Bond for international development, *Aid to middle-income countries: what should be done*, 2015: London.
6. The Global Fund to Fight AIDS Tuberculosis and Malaria, *THE GLOBAL FUND ELIGIBILITY AND COUNTERPART FINANCING POLICY*, 2013: Geneva, Switzerland.
7. Aidspace, *The New Funding Model Allocations*, 2014, Aidspace: Nairobi.
8. UNAIDS, *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013*, 2013.
9. The Global Fund to Fight AIDS Tuberculosis and Malaria, *Turning the Tide Against HIV and Tuberculosis. Global Fund Investment Guidance for Eastern Europe and Central Asia*, 2014: Geneva.
10. The Financing Task Force of the Global Alliance for Vaccines and Immunization, *GUIDELINES FOR PREPARING A NATIONAL IMMUNIZATION PROGRAM FINANCIAL SUSTAINABILITY PLAN* 2004, Global Alliance for Vaccines and Immunization.
11. Bennett, S., et al., *Sustainability of donor programs: evaluating and informing the transition of a large HIV prevention program in India to local ownership*. Global health action, 2011. **4**.
12. Kamara, L., et al., *Strategies for financial sustainability of immunization programs: a review of the strategies from 50 national immunization program financial sustainability plans*. Vaccine, 2008. **26**(51): p. 6717-26.
13. Vogus A. and K. Gaff, *PEPFAR Transitions: Lessons Learned through the Experience of Past Donor Transitions and Applications for the Eastern Caribbean*, 2014, Health Finance and Governance and Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Projects, Abt Associates Inc.: Bethesda, MD.
14. Bennett, S., et al., *Management practices to support donor transition: lessons from Avahan, the India AIDS Initiative*. BMC health services research, 2015. **15**: p. 232.
15. Kavanagh, M.M., *The Politics and Epidemiology of Transition: PEPFAR and AIDS in South Africa*. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2014. **65**(3): p. 247-250.
16. WHO, UNODC, and UNAIDS, *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*, 2012: Geneva.
17. Republican AIDS Center, *National Commitments and Policy Instrument (NCPI) - Azerbaijan*, 2013: Baku.
18. Republic of Moldova National Coordination Council, *REPUBLIC OF MOLDOVA PROGRESS REPORT ON HIV/AIDS. January - December 2014*, 2015: Chisinau.
19. Министерство Здравоохранения Республики Беларусь, *Национальный отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД (по выполнению Политической Декларации по ВИЧ/*



- СПИДу), Республика Беларусь Отчетный период: январь 2012 г. — декабрь 2013г. , 2014: Минск.
20. National Institute for Health Development, *HIV in Estonia: Situation, prevention, treatment, and care. Narrative report for GARPR 2014*, 2014, National Institute for Health Development: Tallin.
21. Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан and ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД», *Национальный доклад о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД. Отчетный период: 2014, 2015*: Astana.
22. GLOBAL COMMISSION ON HIV AND THE LAW, *Risks, Rights & Health*, 2012, UNDP, HIV/AIDS Group,: New York.
23. Laukamm-Josten, U., et al., *Mid-term evaluation of the Estonian national HIV/AIDS strategy 2006 – 2015 and national drug prevention strategy 2012*, 2011, WHO Regional Office for Europe, UNODC.
24. Raben, D., et al., *HIV/AIDS treatment and care in Estonia*, 2014, WHO Regional office for Europe, Centre for Health and Infectious Disease Research, WHO Collaborating Centre on HIV and Viral Hepatitis: Tallin.
25. Laukamm-Josten, U., et al., *HIV/AIDS in Tajikistan. October 2013. Mid-term Review of the National AIDS Programme 2011-15*, 2013, World Health Organisation, Regional Office for Europe: Dushanbe.
26. Mansfeld, M., et al., *HIV programme review in Tajikistan*, 2014, WHO Regional office for Europe, Centre for Health and Infectious Disease Research, WHO Collaborating Centre on HIV and Viral Hepatitis.
27. Raben, D., et al., *HIV/AIDS treatment and care in Georgia. Evaluation report September 2014*, 2014, WHO Collaborating Centre for HIV and Viral Hepatitis: Tbilisi.
28. Continental Development Alliance Consultants, *Sustainability Review of Global Fund Supported HIV, Tuberculosis and Malaria Programmes*, 2013, Commissioned by the Technical Evaluation Reference Group (TERG) of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria.
29. Boci, A., *IS ALBANIA GETTING TO ZERO HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS? Implications of loss of new funding opportunities for Harm Reduction programs in Albania*, 2013: Tirana.
30. Government of Azerbaijan, *National HIV/AIDS Program of the Republic of Azerbaijan for 2016 – 2020*, 2015: Baku.
31. Alavidze, S., et al., *Drug Situation in Georgia 2013*, J. Javakhishvili, Otiashvili, D., Tabatadze, M., Editor 2015: Tbilisi.
32. Country Coordinating Mechanism of Georgia, *THE GEORGIAN NATIONAL HIV/AIDS STRATEGIC PLAN FOR 2016–2018*, 2015: Tbilisi.
33. World Bank. *GNI per capita, Atlas method (current US\$)*. 2015 [cited 2015 5 August]; Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.CD>.
34. Bozicevic, I., et al., *HIV in Albania: An Epidemiological Review*, 2014, World Health Organization, Regional Office for Europe.
35. Министерство Здравоохранения Азербайджанской Республики, *Отчётность о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД Мониторинг выполнения Политической декларации ООН по ВИЧ /СПИДу 2011 года, Азербайджанская Республика Отчетный период: январь 2012г. – декабрь 2013г., 2014*: Баку.



36. Ministry of Health of the Republic of Bulgaria, *COUNTRY PROGRESS REPORT ON MONITORING THE 2013 POLITICAL DECLARATION ON HIV/AIDS, THE DUBLIN DECLARATION AND THE UNIVERSAL ACCESS IN THE HEALTH SECTOR RESPONSE*, Reporting period: January 2012 – December 2013, 2014: Sofia.
37. Scientific-practical Centre for Infectious Pathology, A.a.C.I. *HIV/AIDS Epidemiology in Georgia*. 2015 [cited 2015 August 14]; Available from: http://aidscenter.ge/epidsituation_geo.html.
38. Ministry of Health of Serbia and Institute of Public Health of Serbia "Dr Milan Jovanovic Batut", *COUNTRY PROGRESS REPORT ON MONITORING THE 2013 POLITICAL DECLARATION ON HIV/AIDS*, Reporting period: January – December 2014, 2014: Belgrade.
39. Eurasian Harm Reduction Network, *Transition and Sustainability of HIV and TB Responses in Eastern Europe and Central Asia. A Regional Consultation Report and Draft Transition Framework*, 2015: Vilnius.
40. Gotsadze, T., *COUNTRY CASE STUDY ON THE SUSTAINABILITY OF GLOBAL FUND SUPPORTED PROGRAMS: WHAT HAPPENED BEFORE AND AFTER GLOBAL FUND LEFT. CROATIA CASE STUDY*, 2015, Curatio International foundation.
41. World Bank. *New Country Classifications*. 2015 [cited 2015 August 15]; Available from: <http://data.worldbank.org/news/new-country-classifications-2015>.
42. World Bank. *Health expenditure per capita (current US\$)*. 2015 [cited 2015 August 15]; Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP>.
43. World Bank. *Health expenditure, public (% of government expenditure)*. 2015 [cited 2015 August 15]; Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL.GX.ZS>.
44. EHRN. *Harm Reduction Funding in EECA*. 2015 [cited 2015 August 15]; Available from: <http://www.harm-reduction.org/issues/funding-harm-reduction/map>.
45. Brown, A., S. Dvoriak, and V. Delpech, *HIV in Albania: A National Programme Report*, 2014, World Health Organization, Regional Office for Europe: Copenhagen.
46. Министерство здравоохранения Республики Казахстан and ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД», *Национальный доклад о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД. Отчетный период: 2013 год*, 2014.
47. National Institute for Infectious Diseases "Prof. Dr. Matei Bals" (INBI), *Country Progress Report on AIDS. Reporting period January 2013 – December 2013*, 2014: Bucharest.
48. Kilibarda, B., et al., *National Report on Drug Situation in Serbia*, 2014: Belgrade.
49. Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД and ПРООН, *Моделирование подхода оптимизированного инвестирования для Таджикистана*, 2014: Душанбе.
50. "Road to success: towards sustainable harm reduction financing". Regional report on the results of the first year of the implementation of the EHRN program "Harm reduction works. Fund it". EHRN, 2015.



Евразийская сеть снижения вреда является региональной сетью программ снижения вреда и их союзников из 29 стран Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии. Объединившись, мы работаем для защиты универсальных прав человека, которые потребители наркотиков имеют наравне с другими, и для защиты жизни и здоровья людей, употребляющих наркотики.

Основанная в 1997 году, вскоре после того, как в регионе начался резкий рост инъекционного употребления наркотиков и связанных с этим случаев заражения ВИЧ-инфекцией, сегодня ЕССВ объединяет более 600 организаций и частных лиц. Работа строится с учетом имеющегося в регионе разнообразия лучших практик, опыта и ресурсов в области снижения вреда, реформы наркополитики, ВИЧ/СПИДа, туберкулеза, гепатитов и передозировок.

Будучи региональным объединением, ЕССВ играет важную роль посредника между местными, национальными и международными организациями. ЕССВ обеспечивает включение нужд сообщества в повестку региональных и глобальных инициатив, помогает на уровне стран и региона в целом развивать адвокацию, мобилизовать сообщество потребителей наркотиков, а так же способствует повышению качества и охвата программ снижения вреда. Опираясь на лучшие международные практики и знание членами ЕССВ специфики стран региона, мы предоставляем техническую поддержку для развития услуг снижения вреда в регионе. Наконец, ЕССВ способствует согласию между национальными организациями и сообществом людей, употребляющих наркотики, помогая им услышать друг друга, обменяться опытом и объединить усилия в адвокации.

ПРИСОЕДИНЯЙТЕСЬ К ЕССВ!

Чтобы заявить о Вашем желании стать членом ЕССВ, необходимо заполнить заявку на членство, которую Вы можете найти на интернет-сайте ЕССВ:

www.harm-reduction.org/ru/become-a-member

ПРИЛОЖЕНИЕ 1: ХАРАКТЕРИСТИКИ 11 СТРАН С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЭКОНОМИКИ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Страна	Бремя ВИЧ/соответствие квалификационным критериям	Категория уровня доходов[41]	ВНД на душу населения (\$)[33]	Затраты на здравоохранение на душу населения (\$)[42]	Затраты на здравоохранение (% от общего объема государственных расходов)[43]	% национального вклада в общий объем финансирования мероприятий в области ВИЧ	Доля расходов на снижение вреда в общем объеме финансирования мероприятий в области ВИЧ/СПИДа (%) [44]	Доля расходов на снижение вреда в объеме расходов на профилактику ВИЧ/СПИДа из государственных источников (%) [44]	Доля государственного финансирования снижения вреда в общем объеме финансирования снижения вреда (%) [44]	Охват услугами ПИШ и ОЗТ
Албания	Низкие/переход (новый)	СУДВС	4 460	240	9,8%					ОЗТ - 8-12%[45]
Азербайджан	Выс./соотв. критер.	СУДВС	7 590	436	3,5%	72%[35]	11,3%	0,7%	4%	ПИШ - 20% ОЗТ - 0,2%[35]
Беларусь	Выс./соотв. критер.	СУДВС	7 340	463	13,7%	71,1%[19]	15,1%	2,8%	14%	ПИШ - 37.5% ОЗТ - 0,3%[19]
Болгария	Выс./правило НПО	СУДВС	7 420	555	11,7%	73%[36]	14%	0%	0%	ОЗТ - 11%
Эстония	Нет данных / не соотв. критер	СВУД	18 530	1 072	11,7%	100%[20]	46,9%	47%	100%	ОЗТ - 15%[20]
Грузия	Выс./соотв. критер.	СУДНС – верхний сегмент	3 720	350	6,7%	39%[32]	64,7%	71%	51%	ПИШ - 12% ОЗТ - 8%[32]
Казахстан	Средн./не соотв. критер.	СУДВС	11 670	580	10,9%	82%[46]	29,1%	27,6%	34%	ПИШ - 64% ОЗТ - 0,4%[21]
Молдова	Выс./соотв. критер.	СУДНС – нижний сегмент	2 550	263	13,3%	25%[18]	19,1%	2%	7%	ПИШ - 31% ОЗТ <1%[18]
Румыния	Выс./правило НПО	СУДВС	9 370	504	13,2%		23,1%	6%	7%	ОЗТ < 10%[47]
Сербия	Выс./соотв. критер.	СУДВС	5 820	475	14,1%	90%[38]	37,4%	49,7%	90%	ПИШ - 13% ОЗТ - 7%[48]
Таджикистан	Выс./соотв. критер.	СУДНС – нижний сегмент ⁴	1 060	70	7,3%	24%[49]	22,3%	10%	8%	ПИШ - 37% ОЗТ - 1,2%[49]

4 Таджикистан переведен из категории СНУД в категорию СУДНС – нижний сегмент в июле 2015 г.

Примечания

Категория уровня доходов: Категории уровня доходов Глобального фонда основаны на классификации уровня доходов Всемирного банка (метод Атласа): Страны с низким уровнем доходов (СНУД); Страны с уровнем дохода ниже среднего (СУДНС); и страны с уровнем дохода выше среднего (СУДВС). Данные по показателям ВНД на душу населения, определяющим классификацию уровня доходов, были опубликованы Всемирным банком в июле 2014 г., и совместно с обновленными данными по ВНД на душу населения, опубликованными в декабре 2014 г., эти показатели были использованы для подготовки списка соответствия квалификационным критериям на 2015 г. Классификация Глобального фонда далее разделяет страны СУДНС на две подгруппы, а именно, страны СУДНС – нижний сегмент (нижний сегмент группы стран с уровнем дохода ниже среднего) и страны СУДНС – верхний сегмент (верхний сегмент группы стран с уровнем дохода ниже среднего) согласно медиане спектра ВНД на душу населения в категории СУДНС Всемирного банка.

Бремя заболеваний: Данные по бремени заболеваний предоставляются Секретариату Глобального фонда ВОЗ и ЮНЭЙДС. Критерий бремени заболеваний применяется к странам СУДВС для того, чтобы определить их соответствие квалификационным критериям, за исключением критерия “свободные от малярии” (см. ниже), который применяется ко всем странам, независимо от уровня доходов:

- члены Группы большой двадцатки (G-20), являющиеся странами СУДВС и не имеющие чрезмерного бремени заболеваний, не соответствуют квалификационным критериям Фонда, за исключением ситуаций, когда они соответствуют критериям для подачи заявки по “правилу НПО”.
- Страны СУДВС с “умеренным” или “низким” бременем заболеваний не соответствуют квалификационным критериям Фонда для получения финансирования. Страны СУДВС, классифицированные как “исключение для экономик малых островов” из требований по кредитованию Международной ассоциации развития, имеют право на финансирование независимо от национального бремени заболеваний.
- Для ВИЧ: страны СУДВС должны быть включены в список ОЭСР-КСР получателей ОПР33 что бы иметь возможность получать финансирование Глобального фонда, если только они не соответствуют критериям для подачи заявки по “правилу НПО”.
- Для малярии:
 - согласно рекомендациям ВОЗ Глобальный фонд использует данные по малярии за более ранние (2000-е) годы. Каждый год ВОЗ предоставляет обновленные оценочные данные за 2000-е гг, которые вносят изменения в показатели бремени заболеваний для некоторых стран; и
 - Страны, сертифицированные ВОЗ как “свободные от малярии” или внесенные ВОЗ в “Дополнительный список” стран, в которых малярии никогда не существовало или она исчезла, не имеют права на подачу заявок на финансирование для борьбы с малярией и не имеют права на получение такого финансирования независимо от их уровня доходов.

Правило НПО: Только для компонента по ВИЧ/СПИДу: СУДВС, не включенные в список ОЭСР-КСР получателей ОПР33, смогут получить финансирование только в том случае, если они соответствуют всем условиям, установленным Политикой соответствия квалификационным критериям, и в частности могут подтвердить, что услуги, финансирование которых запрашивается в рамках заявки, не предоставляются из-за наличия политических барьеров в стране. Во всех случаях такие заявки должны подаваться НПО и должны соответствовать всем требованиям.

Финансирование на период перехода: компоненты, получающие поддержку в рамках действующего гранта, но которые более не соответствуют квалификационным критериям Глобального фонда и потеряли право на получение дельнейшего финансирования, могут получить поддержку на срок вплоть до одного дополнительного периода финансирования, следующего непосредственно за периодом, в котором они перестали соответствовать квалификационным критериям. Секретариат, на основании странового контекста и обзора существующего портфолио, определит надлежащий период и сумму финансирования.

- Переход (новый): компоненты, которые переместились в стадию перехода в ходе данного периода финансирования, могут иметь право на получение финансирования в течение следующего периода финансирования
- Переход (текущий): компоненты, получающие финансирование процесса перехода

Источник: Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (2013 г.). ПОЛИТИКА ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА В ОТНОШЕНИИ КВАЛИФИКАЦИОННЫХ КРИТЕРИЕВ И СОВМЕСТНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ. Женева, Швейцария.