

еасв



евразийская ассоциация снижения вреда

Краткий обзор результатов оценок выполнения государствами обязательств по обеспечению устойчивости ответа на ВИЧ среди ключевых групп населения в контексте перехода от поддержки Глобального фонда на национальное финансирование, проведенных в 9 странах ВЕЦА

**Евразийская ассоциация
снижения вреда (ЕАСВ)**

2021

Этот документ является публикацией Евразийской ассоциации снижения вреда (ЕАСВ). ЕАСВ – это некоммерческая общественная организация, основанная на членстве, объединяющая активистов и организации по снижению вреда из Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии.

Миссия ЕАСВ – активно объединять и поддерживать сообщества и гражданское общество для обеспечения прав и свобод, здоровья и благополучия людей, употребляющих психоактивные вещества, в регионе Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии (далее – ВЕЦА).

Публикация подготовлена в рамках регионального проекта «Устойчивость сервисов для ключевых групп в регионе ВЕЦА», реализуемого консорциумом организаций из стран региона ВЕЦА под руководством МБФ «Альянс общественного здоровья» в партнерстве с БО «Всеукраинская сеть ЛЖВ», ОЮЛ «Центрально-Азиатская Ассоциация людей, живущих с ВИЧ» и Евразийской сетью здоровья ключевых групп при финансовой поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Мнения, изложенные в данной публикации, принадлежат исключительно автору и могут не совпадать с точкой зрения организаций консорциума и Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией не участвовал в согласовании и утверждении как непосредственно материала, так и возможных выводов, вытекающих из него.

Рекомендации по цитированию: Обзор результатов оценок выполнения государствами обязательств по обеспечению устойчивости ответа на ВИЧ среди ключевых групп населения в контексте перехода от поддержки Глобального фонда на национальное финансирование, проведенных в 9 странах ВЕЦА. Вильнюс, Литва; Евразийская ассоциация снижения вреда, 2021 г.

Контакты: info@HarmReductionEurasia.org

БЕСПЛАТНОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ

Оглавление

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ _____	4
ВВЕДЕНИЕ _____	5
ПОДХОД К ПОДГОТОВКЕ ДОКУМЕНТА И ОГРАНИЧЕНИЯ _____	6
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПО ИТОГАМ ПРОВЕДЕННЫХ ОЦЕНОК В 9 СТРАНАХ ВЕЦА _____	7
ИСТОЧНИКИ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ _____	7
ОБОБЩЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕННЫХ ОЦЕНОК _____	7
ОГРАНИЧЕНИЯ МЕТОДОЛОГИИ И ИНСТРУМЕНТА ОЦЕНКИ _____	15
ВЫВОДЫ _____	19

Список сокращений

АРВ-препараты	Антиретровирусные препараты
ВЕЦА	Восточная Европа и Центральная Азия
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
Глобальный фонд	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ГО	Гражданское общество
ЕАСВ	Евразийская ассоциация снижения вреда
КГН	Ключевые группы населения
ЛУН	Люди, употребляющие наркотики
МЛС	Места лишения свободы
МСМ	Мужчины, практикующие секс с мужчинами
НПО	Неправительственные организации
ПТАО	Поддерживающая терапия агонистами опиоидов
СКК	Страновой координационный комитет по взаимодействию с Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
СР	Секс-работники(-цы)
УСС	Укрепление систем сообществ
ИБПЭ	Интегрированный биологический и поведенческий эпиднадзор
ПЕПФАР	Чрезвычайный план Президента США по борьбе со СПИДом (ПЕПФАР/PEPFAR)
SMART	Конкретные – измеримые – достижимые – актуальные – привязанные к конкретным срокам (Specific - Measurable – Achievable – Relevant - Time bound)

Введение

Концептуальные рамки, методология и инструмент мониторинга перехода¹ были разработаны Евразийской ассоциацией снижения вреда (ЕАСВ) в 2020 г., чтобы помочь представителям ключевых групп населения, в наибольшей степени затронутых ВИЧ, усилить свой потенциал по мониторингу процесса перехода от поддержки ответа на ВИЧ со стороны доноров (и Глобального фонда в частности) на национальное финансирование. В процессе оценки отслеживалась степень выполнения обязательств государства по обеспечению устойчивого ответа на ВИЧ среди ключевых групп населения в рамках приоритетных для них программных областей.

Методология была разработана в рамках программы «Устойчивость сервисов для ключевых групп в регионе Восточной Европы и Центральной Азии», реализуемой консорциумом организаций из региона ВЕЦА под руководством Альянса общественного здоровья (Украина) при финансовой поддержке Глобального фонда в период с 2019 по 2021 гг. в 14 странах региона ВЕЦА. Евразийская ассоциация снижения вреда являлась региональным партнером этой программы.

В 2021 г. в рамках этой же программы ЕАСВ пропилотировала разработанную методологию и инструмент в 9 странах региона ВЕЦА, проведя в них оценку выполнения взятых государствами обязательств по обеспечению устойчивости ответа на ВИЧ среди ключевых групп населения в контексте перехода от поддержки Глобального фонда на государственное финансирование. Оценка была проведена в следующих странах: Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Молдова, Северная Македония, Сербия, Таджикистан и Черногория. Для ее проведения ЕАСВ привлекла местных консультантов. Также к проведению оценки в каждой стране привлекались национальные эксперты, представляющие интересы различных секторов, включая государственный сектор, а также сообщества и профильные НПО.

Цель данного документа – сопоставить основные полученные результаты оценок, проведенных в разных странах, а также сформулировать рекомендации по доработке методологии и инструмента оценки по итогам пилотирования.

Ожидается, что в 2022 г. ЕАСВ доработает методологию и инструмент оценки по итогам их пилотирования, а в 2023 г. проведет повторную оценку в некоторых из этих стран.

¹ Серебрякова Л. Оценка устойчивости ответа на ВИЧ в контексте перехода от донорского финансирования. Методическое руководство. Вильнюс, Литва; Евразийская ассоциация снижения вреда, 2020. <https://eecapplatform.org/tmt-ru/>

Подход к подготовке документа и ограничения

В рамках подготовки обзора, представленного в данном документе, были проанализированы отчеты, подготовленные национальными экспертами по результатам оценок, проведенных в 9 странах. Также в качестве источника информации использовались записи вебинаров с презентацией результатов отчетов по каждой из стран (за исключением Казахстана), а также ряд формулировок уточнялся с некоторыми из экспертов напрямую.

В процессе подготовки обзора не проводились интервью с экспертами, проводившими оценку в странах.

В первую очередь данный обзор сфокусирован на сравнении количественных данных по приоритизированным для оценки обязательствам в привязке к программным областям и компонентам систем здравоохранения, а также на сопоставлении полученных результатов прогресса выполнения обязательств по соответствующим областям и компонентам в этих странах. В рамках обзора не проводился анализ каких-либо общих тенденций в обеспечении устойчивости ответа на ВИЧ по странам в рамках тех или иных программных областей или компонентов систем здравоохранения. Также не проводился сравнительный анализ результатов оценки прогресса выполнения/достижения показателей влияния реализации программ по ВИЧ на эпидемию. Это обусловлено тем, что в разных странах для оценки был отобран широкий спектр такого рода показателей, зачастую не соотносящихся друг с другом, поэтому сравнивать прогресс в их достижении между странами не представляется возможным.

Сравнительный анализ некоторых результатов по итогам проведенных оценок в 9 странах ВЕЦА

Источники обязательств

В тех странах (Грузия, Кыргызстан, Молдова, Северная Македония, Сербия, Черногория), где имеются утвержденные национальные стратегии и национальные программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа, в первую очередь эти документы, с сопутствующими приложениями к ним послужили основными источниками информации об обязательствах, проанализированных в ходе оценки. В тех же странах, где в силу особенностей системы государственного планирования национальные стратегии и программы по борьбе с ВИЧ в виде отдельных документов отсутствуют, источниками обязательств являлись государственные программы здравоохранения и соответствующие подпрограммы (например, «Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016–2019 гг.» в Казахстане или Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь на 2016–2020 гг.» в Беларуси), а также планы их реализации, бюджеты и т.д. В ряде стран в качестве ключевых источников обязательств использовались национальные планы/дорожные карты обеспечения устойчивости национальных ответных мер и перехода на государственное финансирование программ профилактики, лечения, ухода и поддержки в области ответа на ВИЧ/СПИД. Исключением являлась Республика Казахстан, в которой отсутствует формализованный план перехода на полное государственное финансирование для обеспечения устойчивости программ по ВИЧ, поддерживаемых Глобальным фондом. В Таджикистане проект Плана перехода на государственное финансирование разработан, но не утвержден Правительством РТ или Национальным координационным комитетом как отдельный документ. В Сербии Национальный план перехода на период 2020–2022 гг. был разработан в 2020 г., но он также пока не был одобрен, даже на уровне СКК. В Северной Македонии план действий по переходу от поддержки Глобального фонда на национальное финансирование программ по профилактике ВИЧ среди КГН утвержден лишь на уровне СКК. К другим документам, используемым в рамках оценки в качестве источников обязательств, можно отнести грантовые соглашения с Глобальным фондом.

Обзор результатов проведенных оценок

Экспертами, проводившими оценку в 9 странах ВЕЦА, при участии членов созданных ими референтных групп, было приоритизировано для оценки 255 обязательств, выполнение которых, по мнению экспертов, играет существенную роль для обеспечения устойчивости ответных мер на ВИЧ среди ключевых групп населения в контексте перехода от поддержки Глобального фонда на национальное финансирование. Приоритизированные обязательства были соответствующим образом зафиксированы, согласно предложенной методологии, и отнесены к соответствующим компонентам системы здравоохранения и программным областям. Период, за который отбирались обязательства для дальнейшей оценки, отличался в разных странах: в Казахстане и Беларуси это был 2016–2020 гг., в Молдове, Северной Македонии и Таджикистане – 2017–2020 гг., в Грузии и Черногории 2019–2020 гг., в

Кыргызстане – 2018–2020 гг. и в Сербии – 2019–2021 гг. Согласно предложенной методологии в качестве базового года для отбора оцениваемых обязательств предлагался 2016 год, так как именно в этом году Глобальный фонд официально принял Политику в отношении устойчивости, перехода и совместного финансирования (УПСФ). При этом в рамках некоторых оценок данные по обязательствам, срок реализации которых был установлен на период до 2020 г., но их выполнение фактически было осуществлено в 2021 г., также были учтены в рамках исследований для получения более корректной оценки прогресса.

В Таблице 1 приведено распределение общего количества приоритизированных во всех странах обязательств по шести компонентам систем здравоохранения: финансирование, управление, предоставление услуг, обеспечение препаратами и материалами, человеческие ресурсы и информационные системы.

Таблица 1. Количество оцененных обязательств по компонентам систем здравоохранения

Компоненты системы здравоохранения	Количество оцененных обязательств по странам									ИТОГО	Процентное соотношение оцененных обязательств, %
	Беларусь	Грузия	Казахстан	Кыргызстан	Молдова	Северная Македония	Сербия	Таджикистан	Черногория		
Финансирование	7	5	11	3	13	2	2	3	4	50	19,7%
Препараты, материалы и оборудование	2	4	9	1	1	1	5	4	4	31	12,2%
Предоставление услуг	4	10	7	13	3	16	6	7	6	72	28,3%
Управление	3	6	3	7	9	6	6	7	4	51	20,1%
Информационные системы: данные и информация	4	4	6	2	3	4	4	3	4	34	13,4%
Человеческие ресурсы	1	1	4	0	2	3	1	2	2	16	6,3%
ИТОГО	21	30	40	26	31	32	24	26	24	254	100%

Больше всего обязательств для оценки их выполнения было приоритизировано в Казахстане (40), меньше всего – в Республике Беларусь (21).

Если смотреть по всем странам в целом, то больше всего было выявлено и приоритизировано обязательств, относящихся к компоненту «Предоставление услуг» – 72 обязательства или 28.3% от общего количества обязательств. При этом распределение обязательств в рамках данного компонента между странами значительно варьировалось – от трех обязательств, приоритизированных для оценки в Молдове, до шестнадцати в Северной Македонии. По 20% от общего количества приоритизированных обязательств относилось к областям «Финансирование» и «Управление». При этом по компоненту Финансирование можно наблюдать обратную картину – меньше всего обязательств в рамках данного компонента было приоритизировано для оценки в Северной Македонии и Сербии (по 2), а

больше всего в Молдове (13). Возможно, это может объясняться тем, что Северная Македония уже несколько лет не реализует гранты Глобального фонда по ВИЧ, и с 2018 г.² Правительство страны самостоятельно обеспечивает финансирование услуг в связи с ВИЧ для КГН. Поэтому фокус оценки в этой стране был на обеспечении устойчивости ответа на ВИЧ среди КГН, а контекст перехода был не так актуален, как для других стран. Основная проблема в контексте обеспечения финансирования услуг по ВИЧ в стране связана с отсутствием хорошо отработанного механизма своевременной передачи средств от Министерства здравоохранения НПО, на чем и была в большей степени сфокусирована оценка в рамках данного компонента.

Наименьшее количество обязательств (как в целом, так и почти в каждой из стран, в частности) было приоритизировано для оценки в рамках компонента «Человеческие ресурсы». Так как в рамках данного компонента большинство экспертов старались приоритизировать те обязательства, в которых речь шла об обучении и/или повышении квалификации сотрудников неправительственных организаций (социальных работников, равных консультантов и других специалистов), осуществляющих деятельность по профилактике, уходу и поддержке в связи с ВИЧ, то, возможно, столь малое количество выявленных для оценки обязательств в рамках этого компонента может говорить, что государства в целом не фокусируются на обеспечении устойчивости образовательных мероприятий для представителей гражданского сектора в контексте перехода. Мероприятия такого рода в большинстве стран на данный момент финансируются за счет средств внешних доноров. В частности, такой вывод был сделан по результатам оценки в Молдове³. Также некоторые эксперты отмечали в своих отчетах по итогам проведения оценки, что выполнение обязательств, выявленных в рамках данного компонента, зачастую не представлялось возможным оценить, так как многие из таких обязательств носили декларативный характер, выполнение других обязательств не удалось подтвердить документами или показателями, в связи с чем, они не вошли в окончательный список обязательств для оценки^{4,5}. Так, в Кыргызстане в рамках оценки было выявлено всего одно обязательство в этой области, но в итоге оно не было приоритизировано референтной группой для оценки.

² Bozhinoska E., Senih A. North Macedonia: Benchmarking sustainability of the HIV response among Key Populations in the context of transition from Global Fund support to domestic funding. Vilnius, Lithuania; Eurasian Harm Reduction Association, 2021., p. 26. <https://eecaplatform.org/en/tmt-macedonia/>

³ Марандич Л. Республика Молдова: Оценка устойчивости ответа на ВИЧ среди ключевых групп населения в контексте перехода от поддержки Глобального фонда на государственное финансирование. Вильнюс, Литва: Евразийская ассоциация снижения вреда, 2021., стр. 53. Доступно на русском языке по ссылке: <https://eecaplatform.org/ru-tmt-moldova/>.

⁴ Болтаева М. Республика Таджикистан: Оценка устойчивости ответа на ВИЧ среди ключевых групп населения в контексте перехода от поддержки Глобального фонда на государственное финансирование. Вильнюс, Литва; Евразийская ассоциация снижения вреда, 2021 г., стр. 46. Доступно на русском языке по ссылке: <https://eecaplatform.org/tmt-tajikistan/>.

⁵ Катъкалова О., Кыргызская Республика: оценка устойчивости ответа на ВИЧ среди ключевых групп населения в контексте перехода от поддержки Глобального фонда на государственное финансирование. Вильнюс, Литва; Евразийская ассоциация снижения вреда, 2021, стр. 55. Доступно на русском языке по ссылке: <https://eecaplatform.org/ru-tmt-kyrgyzstan/>.

В рамках компонента «Препараты, материалы и оборудование» в некоторых странах (Беларусь, Кыргызстан, Молдова, Северная Македония) было приоритизировано для оценки всего одно или максимум два обязательства. По мнению авторов оценок, в случае некоторых из этих стран (например, Северной Македонии и Молдовы) это может объясняться тем, что эти государства уже добились значительного прогресса и определенной устойчивости в обеспечении бесперебойной поставки АРВ-препаратов, вовлечении в программу лечения и приверженности к нему в соответствии со взятыми обязательствами^{6,7}.

Национальный ответ на ВИЧ включает в себя различные мероприятия/интервенции. Хотя все они играют важную роль в преодолении эпидемии ВИЧ на национальном уровне, соблюдение обязательств в контексте перехода ответа на ВИЧ в отношении конкретных программных областей может позволить обеспечить устойчивость всех основных услуг для ключевых групп населения. Согласно методологии оценки, таких областей было определено пять: «Профилактика ВИЧ среди КГН»; «Диагностика, лечение ВИЧ, уход и поддержка»; «УСС и адвокаты»; «Права человека и преодоление правовых барьеров»; и «ПТАО».

В Таблице 2 приведено распределение общего количества выявленных и приоритизированных для оценки во всех странах обязательств по этим 5 программным областям.

Таблица 2. Количество оцененных обязательств по программным областям.

Программные области	Количество оцененных обязательств по странам									ИТОГО	Процентное соотношение оцененных обязательств, %
	Беларусь	Грузия	Казахстан	Кыргызстан	Молдова	Северная Македония	Сербия	Таджикистан	Черногория		
Профилактика ВИЧ	8	30	21	18	15	27	21	14	11	165	65%
Диагностика и лечение	7	0	8	4	7	5	2	4	6	43	16,9%
Права человека	1	0	4	1	0	0	1	3	4	14	5,5%
УСС и адвокаты	1	0	1	1	5	0	0	3	3	14	5,5%
ПТАО	4	0	6	2	4	0	0	2	0	18	7,1%
ИТОГО	21	30	40	26	30	32	24	26	24	254	100%

Наибольшее количество приоритизированных для оценки обязательств (как в целом, так и в каждой из стран) имели отношение к программной области «Профилактика ВИЧ» (165 или 65% от всех обязательств). При этом в рамках некоторых оценок (Грузия, Северная Македония, Таджикистан, Молдова) эксперты дополнительно выделяли в рамках данной области обязательства, относящиеся к профилактике ВИЧ среди конкретных КГН, таких

⁶ Bozhinoska E., Senih A. North Macedonia: Benchmarking sustainability of the HIV response among Key Populations in the context of transition from Global Fund support to domestic funding. Vilnius, Lithuania; Eurasian Harm Reduction Association, 2021, p. 21. Доступно на английском языке по ссылке: <https://eecaplatfom.org/en/tmt-macedonia/>.

⁷ Марандич Л. Республика Молдова: Оценка устойчивости ответа на ВИЧ среди ключевых групп населения в контексте перехода от поддержки Глобального фонда на государственное финансирование. Вильнюс, Литва: Евразийская ассоциация снижения вреда, 2021., стр. 42. Доступно на русском языке по ссылке: <https://eecaplatfom.org/ru-tmt-moldova/>.

как ЛУН, СР и МСМ, а также иногда и к людям, находящимся в МЛС. Но так как такая дополнительная категоризация и более фокусная оценка выполнения обязательств в рамках данной области проводилась не во всех странах, то мы не приводим соответствующие сравнительные данные в этом отчете. В случае Грузии все 30 выявленных обязательств были отнесены экспертом, проводившим оценку, к области «Профилактика ВИЧ», что может быть спорным решением.

Наименьшее количество обязательств относилось к программным областям «УСС и адвокаты» и «Права человека» – по 5,5% от общего количества обязательств соответственно. В некоторых странах, таких как Молдова, Северная Македония и Сербия в рамках этих областей не было приоритизировано для оценки ни одного обязательства, в ряде других стран – не более одного. Авторы отчета по результатам оценки в Северной Македонии связывают такой результат с тем⁸, что, с одной стороны, хотя в документах, использованных ими в качестве источников обязательств, признаны некоторые компоненты укрепления системы сообществ, такие как наращивание потенциала и вовлечение в процесс принятия решений, но четких и измеримых целей, связанными с такими обязательствами, документы не содержат. Таким образом, оценить прогресс с их выполнением не представляется возможным. Аналогично авторы отчета из Беларуси в рамках вебинара⁹, на котором были представлены результаты оценки, комментировали тот факт, что в рамках оценки было проанализировано лишь одно обязательство, имеющее отношение к области «Права человека». Других обязательств, которые были бы должным образом сформулированы и зафиксированы в соответствующих документах, с четкими индикаторами и целевыми показателями, а не носили бы декларативный характер или же не являлись частью более общих обязательств, в процессе оценки выявить не удалось. По программному направлению «Права человека и преодоление правовых барьеров» экспертами, проводящими оценку в Северной Македонии, в рамках анализа официальных документов не было выявлено обязательств, связанных с процессом перехода мер в ответ на ВИЧ от донорской поддержки на государственное финансирование. По мнению автора одной из оценок¹⁰, в стране реализуется очень много мероприятий в рамках данных программных областей, но либо они реализуются вне государственных обязательств партнерами из числа представителей негосударственного сектора, либо носят рутинный характер и интегрированы в другие текущие процессы и поэтому не имеют четких целевых показателей и индикаторов для отслеживания их выполнения.

С другой стороны, в рамках оценки в той же Северной Македонии некоторые компоненты укрепления систем сообществ, которые касаются предоставления услуг организациями под руководством сообществ, в процессе оценки были интегрированы и рассмотрены в рамках других программных областей, таких как «Профилактика ВИЧ» среди СР, ЛУИН и МСМ и «Диагностика и лечение ВИЧ».

⁸ Bozhinoska E., Senih A. North Macedonia: Benchmarking sustainability of the HIV response among Key Populations in the context of transition from Global Fund support to domestic funding. Vilnius, Lithuania; Eurasian Harm Reduction Association, 2021, p. 22. Доступно на английском языке по ссылке: <https://eecapplatform.org/en/tmt-macedonia/>.

⁹ Вебинар «Оценка выполнения государством обязательств по обеспечению устойчивости ответа на эпидемию ВИЧ среди ключевых групп населения в контексте перехода от поддержки Глобального фонда на национальное финансирование в Республике Беларусь», 19.01.2022. Доступно на русском языке по ссылке: <https://eecapplatform.org/ru-webinar-tmt-belarus/>.

¹⁰ Комментарий, полученный ЕАСВ в письменном виде со стороны автора одной из оценок 16.03.2022.

Еще одним возможным объяснением столь малого количества выявленных в ходе оценок обязательств, взятых государствами в рамках данных программных областей, может быть то, что государства в целом менее склонны поддерживать и обеспечивать устойчивость мероприятий, направленных на УСС, адвокацию и преодоление правовых барьеров, и исторически поддержка соответствующих активностей является прерогативой внешних доноров. Поэтому устойчивость мер по ответу на ВИЧ в рамках данных областей в контексте перехода от донорской поддержки на национальное финансирование может быть под вопросом.

В рамках программной области «ПТАО» в четырех странах не было приоритизировано для оценки ни одного обязательства. В случае Северной Македонии это может объясняться тем, что государство полностью перешло от поддержки доноров на национальное финансирование ПТАО еще в 2011 г. и поэтому обязательств по обеспечению устойчивости в контексте перехода ПТАО от какой-либо внешней поддержки экспертами приоритизировано не было¹¹. Эта же причина может быть отнесена к случаям Сербии и Черногории.

В Таблице 3 приведено соотношение приоритизированных обязательств по программным областям в разрезе компонентов системы здравоохранения.

Таблица 3. Разбивка оцененных обязательств по программным областям и компонентам системы здравоохранения.

Программные области	Компоненты системы здравоохранения						ИТОГО
	Финансирование	Препараты, материалы и оборудование	Предоставление услуг	Управление	Данные, информация	Человеческие ресурсы	
Профилактика ВИЧ	29	21	58	24	28	5	165
Диагностика и лечение	13	9	3	11	3	4	43
Права человека	2	0	2	8	2	0	14
УСС и адвокация	1	0	0	7	0	6	14
ПТАО	5	1	9	1	1	1	18
ИТОГО	50	31	72	51	34	16	254

Как можно видеть из таблицы, больше всего было приоритизировано для оценки обязательств по компоненту «Предоставление услуг» в рамках программной области «Профилактика ВИЧ». И не было приоритизировано для оценки ни одного обязательства по таким компонентам, как «Препараты, материалы и оборудование», «Предоставление услуг», «Данные и информация» в рамках программной области «УСС и адвокация», а также ни одного обязательства по таким компонентам, как «Препараты, материалы и оборудование» и «Человеческие ресурсы» в рамках программной области «Права человека».

¹¹ Bozhinoska E., Senih A. North Macedonia: Benchmarking sustainability of the HIV response among Key Populations in the context of transition from Global Fund support to domestic funding. Vilnius, Lithuania; Eurasian Harm Reduction Association, 2021, p. 21. <https://ecapplatform.org/en/tmt-macedonia/>

Для визуализации результатов оценки итогового прогресса выполнения приоритизированных обязательств по компонентам системы здравоохранения или программным областям в рамках методологии была предложена цветовая шкала, приведенная в Таблице 4.

Таблица 4. Шкала оценки итогового прогресса выполнения приоритизированных обязательств по компонентам системы здравоохранения или программным областям согласно методологии

Уровень прогресса	Описание прогресса	Значения прогресса и цветовой код
Значительный прогресс	Высокий прогресс в выполнении обязательств в сравнении с запланированными индикаторами и/или базовыми показателями	>85–100%
Существенный прогресс	Существенный прогресс в выполнении обязательств в сравнении с запланированными индикаторами и/или базовыми показателями	70–84%
Средний прогресс	Средний прогресс в выполнении обязательств в сравнении с запланированными индикаторами и/или базовыми показателями	50–69%
Умеренный прогресс	Умеренный прогресс в выполнении обязательств в сравнении с запланированными индикаторами и/или базовыми показателями	36–49%
Незначительный прогресс	Незначительный прогресс в выполнении обязательств в сравнении с запланированными и/или базовыми показателями	25–35%
Низкий прогресс	Низкий прогресс в выполнении обязательств в сравнении с запланированными индикаторами и/или базовыми показателями	<25%

В приведенных ниже таблицах 5 и 6 представлены сводные результаты оценок прогресса по выполнению обязательств, относящихся к соответствующим компонентам систем здравоохранения и программным областям. При ознакомлении с результатами оценки необходимо понимать, что полученные результаты не являются оценкой прогресса в плане достижения устойчивости или же готовности к переходу от ответа на ВИЧ по тому или иному компоненту здравоохранения или в той или иной программной области в целом. Результаты проведенной оценки говорят лишь о прогрессе с выполнением конкретных обязательств, которые были определены и приоритизированы для оценки, и которые являются, по мнению членов Национальных референтных групп, важными с точки зрения обеспечения устойчивости национальных ответов на ВИЧ в соответствующих странах, именно среди КГН.

Таблица 5. Общая оценка прогресса по выполнению обязательств по компонентам системы здравоохранения

Компоненты системы здравоохранения	Прогресс выполнения обязательств по странам								
	Беларусь	Грузия	Казахстан	Кыргызстан	Молдова	Северная Македония	Сербия	Таджикистан	Черногория
Финансирование	67%	67%	85%	78%	27,2%	80%	87%*	0%	51%
Препараты, материалы и оборудование	96%	85%	81%	72%	94%	43%	68%	25%	100%
Предоставление услуг	50%	98%	88%	80%	58,3%	73%	127%	85%*	59%
Управление	73%	27%	90%	100%	61%	0%	61%*	90,4%*	38%
Информационные системы: данные и информация	76%	0%	90%	15%	66,7%	55%	58%	100%	81%
Человеческие ресурсы	15%	0%	80%	**	100%	63%	100%	88,6%*	70%

Таблица 6. Общая оценка прогресса по выполнению обязательств по программным областям

Программные области	Прогресс выполнения обязательств по странам								
	Беларусь	Грузия	Казахстан	Кыргызстан	Молдова	Северная Македония	Сербия	Таджикистан	Черногория
Профилактика ВИЧ	69%	46%	90%	43%	48%	57%	75%	56,7%*	66,2%
Диагностика и лечение	76%	**	99%	100%	58%	71%	70%	100%*	93,6%
Права человека	80%	**	75%	100%	**	**	267%	77,6%*	25%
УСС и адвокация	15%	**	65%	100%	100%	**	**	94,4%*	80%
ПТАО	55%	**	60%	75%	46,5%	**	**	62%*	**

Исходя из представленных в Таблицах 5 и 6 результатов по странам сложно наметить какие-либо однозначные тенденции в плане значительного или же наоборот, крайне низкого прогресса выполнения обязательств по тем или компонентам системы здравоохранения или программным областям, характерные для всех стран. Можно отметить, что по компоненту «Предоставление услуг» в целом прогресс в выполнении странами обязательств в сравнении с запланированными индикаторами и/или базовыми показателями характеризуется как выше среднего. Аналогичная тенденция наблюдается по программным областям «Профилактика ВИЧ» и «Диагностика и лечение». Но сложно сказать, на сколько это случайная тенденция или же выявленная закономерность, так как обязательства, которые были приоритизированы для оценки в рамках одних и тех же областей/компонентов в разных странах существенно отличались друг от друга, как по содержанию, так и по количеству, а также прогресс с их выполнением оценивался за разные периоды. При этом нужно отметить, что в разных странах эксперты по-разному подходили к оценке итогового прогресса по совокупности рассмотренных обязательств в рамках тех или иных областей/компонентов: в некоторых странах итоговый результат высчитывался для каждого компонента здравоохранения и для каждой программной области, как среднее значение оценок проанализированных обязательств, относящихся к соответствующему компоненту или программной области. В других же оценках такой математический расчет прогресса дополнительно корректировался по согласованию с членами референтных групп с учетом дополнительных факторов, которые необходимо принимать во внимание для получения более точной оценки.

Ограничения методологии и инструмента оценки

В ходе проведения оценки авторами методологии, а также экспертами, проводящими оценку, был выявлен ряд ограничений методологического характера, а также технических проблем, которые следует учесть в процессе доработки методологии и инструмента оценки по итогам их пилотирования в 9 странах региона ВЕЦА. В данном разделе приводится перечень таких ограничений и проблем, как отраженных в национальных отчетах по результатам проведенных оценок, так и зафиксированных авторами методологии в процессе работы с национальными экспертами над оценкой. При этом, перед тем как приступить к доработке методологии, рекомендуется провести полуструктурированные интервью с экспертами, проводившими оценку в 9 странах, для того чтобы верифицировать данный перечень проблем и ограничений, а также выявить возможные дополнительные, не вошедшие в этот перечень.

К проблемам и ограничениям *методологического характера* можно отнести следующие:

1. Часто приоритизированные для оценки обязательства могут иметь неравнозначный вес, что должно соответствующим образом учитываться при определении итогового результата прогресса по компонентам системы здравоохранения и/или программным областям. В нынешней версии описания методологии нет никакой четкой инструкции на этот счет. Хотя почти все эксперты при расчете итоговой оценки прогресса по компонентам системы здравоохранения и программным областям старались принимать во внимание дополнительные факторы, которые важно было учесть при оценке прогресса, чтобы она соотносилась с фактической реальной ситуацией, а не просто подходить к расчету итогового значения математическим путем посредством вычисления среднего значения от оценок по всем обязательствам в рамках того или иного компонента или программной области. Тем не менее каждый эксперт делал это в меру своих субъективных соображений, не основываясь на каком-то едином рекомендованном обоснованном подходе. Методология должна включать четкую инструкцию касательно того, как решать проблему неравнозначности веса тех или иных обязательств (или обоснование, почему данная неравнозначность не влияет на итоговый результат оценки), а также инструкцию касательно того, как и какие факторы обязательно нужно учитывать при выставлении итоговой оценки прогресса выполнения приоритизированных обязательств по компонентам системы здравоохранения и программным областям.

2. В некоторых случаях выявленное обязательство может быть отнесено к различным компонентам системы здравоохранения, или же может быть определено как показатель влияния на эпидемию. В методологии не очень четко и понятно поясняется, как определять куда следует относить выявленные обязательства в таком случае. Из-за этого, например, очень часто показатели по охвату КГН эксперты относили то к блоку показателей влияния, то к компоненту «Услуги», а показатели по охвату лечением – к блоку «Препараты, материалы и оборудование». При этом в методологии прописано, что к показателям влияния должны относиться показатели финансовой устойчивости, но по факту ни в одной оценке в этот блок не были включены такого рода показатели, все они были отнесены к компоненту «Финансирование». В целях прояснения этих моментов, возможно, для каждого блока следует предложить минимальный набор показателей/обязательств, на которые нужно в первую очередь обращать внимание и включать в оценку. То, как это сейчас сделано в Приложении 3 к описанию методологии, по факту не очень помогает в практическом плане. Данную таблицу следует доработать, сделав ее более четкой и инструктивной в плане содержания минимального перечня обязательств, которые эксперты должны в первую

очередь стараться выявить по каждому блоку для дальнейшей оценки. Это, в том числе, даст возможность в будущем сравнивать прогресс по достижению соответствующих одинаковых показателей между странами. Например, в блок показателей влияния обязательно должны входить как минимум:

- показатели по целям ЮНЕЙДС 95–95–95 в применении к КГН (знают свой статус, охвачены лечением, имеют неопределяемую вирусную нагрузку);
- показатели распространенности ВИЧ;
- показатели охвата профилактическими программами и ПТАО.

В блоке «Данные и информация» обязательно должны быть отражены обязательства, касающиеся проведения оценки численности КГН и ИБПЭ, и так далее, по каждому блоку. Соответствующие рекомендации по обязательным показателям/обязательствам, которые необходимо выявить и проанализировать в рамках оценки, должны быть отражены также в Excel инструменте, используемом для проведения оценки.

3. Предложенный в методологии подход к выбору обязательств в качестве приоритетных на основании критериев SMART на практике является не очень четким и понятным. Он может применяться, но возможно стоит также добавить более четкие и практичные критерии для приоритизации обязательств. В ходе проведения оценок экспертами были предложены следующие критерии для исключения в ходе приоритизации выявленных обязательств из изначального списка:

- Обязательства, не имеющие прямого отношения к обеспечению устойчивости ответа на ВИЧ среди КГН: относящиеся к профилактическим программам по ВИЧ среди общего населения, профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку, обеспечению безопасности крови, и социальным программам несмотря на то, что большая часть этой деятельности финансируется из государственных источников.
- Обязательства, выполнение которых полностью финансируются за счет средств Глобального фонда, ПЕПФАР и других внешних доноров.
- Обязательства с декларативной формулировкой при отсутствии описания конкретных действий и не подлежащие переформулированию.
- Обязательства, выполнение которых невозможно отследить из-за отсутствия индикаторов и данных по целям и планируемым достижениям, или их выполнение не подтверждается наличием соответствующих документов.

4. В Excel инструменте, во вкладке «Примеры итоговых таблиц», программная область «Профилактика» разделяется на три части: «Профилактика ВИЧ ЛУН», «Профилактика ВИЧ МСМ» и «Профилактика ВИЧ СР». Такое разделение дезориентирует экспертов, проводящих оценку, так как в инструменте нет инструкции (как и в самой методологии) относительно того, что при категоризации выявленных обязательств по программным областям, те обязательства, которые относятся к области «Профилактика» нужно дополнительно категоризировать по трем ключевым группам. Также не совсем понятно, нужно ли ограничиваться только этими тремя группами или же это лишь пример и можно категоризировать выявленные обязательства относительно других КГН. Не ясно, можно ли вообще не делать эту дополнительную разбивку по КГН. Фактически часть экспертов, проводивших оценку в 2021 г., разбивала обязательства, отнесенные к области «Профилактика», на три подгруппы, а часть – нет. Но многие из тех, кто делал такую разбивку (кроме экспертов из Таджикистана и Молдовы), ограничились лишь тремя указанными в Excel инструменте группами: ЛУН, СР и МСМ.

5. Методология должна четко оговаривать, что проводимая с ее помощью оценка не является оценкой прогресса в плане достижения устойчивости или же готовности к переходу от ответа на ВИЧ по тому или иному компоненту здравоохранения или же в той или иной программной области в целом. Результаты проведенной оценки говорят лишь о прогрессе с выполнением конкретных обязательств, которые были определены и приоритизированы для оценки в рамках тех или иных компонентов системы здравоохранения или программных областей, и которые являются, по мнению членов референтной группы, важными с точки зрения обеспечения устойчивости национального ответа на ВИЧ именно среди КГН.

6. Рекомендуется четко определить период, который должна охватывать оценка, чтобы во всех странах, проводящих оценку, он был одинаковым. Год, в который проводится оценка, не должен входить в оценку.

7. Рекомендуется пересмотреть и более четко сформулировать цели и задачи методологии и инструмента, а также ожидаемые результаты. К последним можно отнести:

- способствование обеспечению повышения информированности и корректировке фокуса национальных процессов по планированию перехода;
- обеспечение более значимого участия представителей гражданского общества и сообществ в процессах мониторинга перехода;
- формирование целей для национальной адвокации со стороны ГО и сообществ с фокусом на обеспечение устойчивости в рамках перехода;
- повышение подотчетности государственного сектора;
- лучшее понимание процессов, происходящих в контексте обеспечения устойчивости и перехода в странах региона, со стороны Глобального фонда;
- лучшее понимание процессов, происходящих в контексте обеспечения устойчивости и перехода на региональном уровне.

К проблемам и ограничениям технического характера можно отнести следующие:

1. Необходимо пересмотреть и доработать пример структуры национальных отчетов, представленный в документе с описанием методологии, учитывая следующие аспекты:

- Пересмотреть рекомендуемый объем страниц для каждого раздела отчета с учетом фактического среднего объема соответствующих частей в уже готовых отчетах.
- Пересмотреть структуру и содержание раздела «Контекст». Те подразделы, которые предложены в нем сейчас, фактически предполагают объем текста не менее 20 страниц (в некоторых случаях объем этого раздела даже был больше).
- Структуру раздела «Цель и методология» следует стандартизировать исходя из примеров описания данного раздела в наиболее успешных отчетах за 2021 г. (Таджикистан, Беларусь). Некоторые подразделы должны содержать стандартный текст, а также рисунки и таблицы, одинаковые для всех отчетов, независимо в какой стране проводилась оценка. Например, в этом разделе обязательно должны быть приведены таблицы с разбивкой общего количества приоритизированных для оценки обязательств

- относительно программных областей и компонентов системы здравоохранения (с указанием их пропорционального распределения), а также указано количество изначально выявленных обязательств до приоритизации и т.д.
- Структуру раздела «Результаты» нужно пересмотреть, исходя из примеров описания данного раздела в наиболее успешных отчетах за 2021 г. (Таджикистан, Беларусь, Молдова). Логика презентации результатов должна быть следующей: результаты по показателям влияния, результаты по компонентам здравоохранения, результаты по программным областям. Нужно четко прописать, какие графики в каких подразделах должны быть представлены, в каком порядке, какие таблицы должны быть представлены и какова должна быть их структура, чтобы в каждом отчете они были представлены в одинаковом формате.
- Добавить раздел «Рекомендации», пояснив как его лучше структурировать (кому стоит адресовать рекомендации по итогам оценки).
- Задать четкий формат, в котором должна быть представлена «Матрица обязательств» в приложении, чтобы он был един для всех отчетов.

2. В Excel инструменте во вкладке «Примеры итоговых таблиц» задать шаблоны для построения всех графиков, которые необходимо будет включить в отчет, а не лишь некоторых.

3. Необходимо пересмотреть все вкладки Excel инструмента на двух языках на предмет четкости инструкций по работе с каждой из вкладок, а также на предмет правильности работы всех формул

4. Возможно, стоит пересмотреть название методологии/инструмента оценки, так как по мнению ряда партнеров, включая коллег из Глобального фонда, в нынешнем виде («Оценка устойчивости ответа на ВИЧ в контексте перехода от донорского финансирования. Инструмент мониторинга перехода») название не точно отражает суть предмета оценки, что может повлечь за собой несоответствие ожиданий целевой аудитории и полученных результатов.

Выводы

Разработанная ЕАСВ методология проведения оценки выполнения государствами взятых на себя обязательств по обеспечению устойчивости ответа на ВИЧ среди ключевых групп населения в контексте перехода от поддержки Глобального фонда на государственное финансирование была впервые применена в 2021 г. в 9 странах региона ВЕЦА. Этот опыт апробирования данной методологии на практике показал, что как сама методология, так и инструмент проведения оценки, нуждаются в определенной доработке, как минимум для того, чтобы обеспечить единый подход к проведению оценки и единый формат получаемых по ее итогам результатов во всех странах, где такая оценка проводится.

Опыт проведения оценки в отдельных странах можно оценить как успешный. Так, например, в Молдове, Сербии и Казахстане результаты оценки были положительно оценены и приняты к сведению соответствующими государственными структурами, а результаты оценки в Грузии вызвали бурную конструктивную дискуссию с участием представителей Глобального фонда и Национального центра по контролю за заболеваемостью, что тоже можно расценивать как положительный результат. Но, несмотря на это, сравнение полученных результатов прогресса выполнения обязательств в рамках тех или иных программных областей или компонентов системы здравоохранения между странами не представляется возможным, так как обязательства, прогресс выполнения которых анализировался в разных странах в рамках одних и тех же компонентов/областей, сильно отличались друг от друга как по своему содержанию, так и по количеству.

При этом, сравнивая количественные данные по обязательствам, отобранным для оценки в тех или иных странах, можно отметить определенные тенденции, характерные для всех стран. Например, то, что в большинстве стран наименьшее количество выявленных обязательств относилось к компоненту «Человеческие ресурсы», а также к программным областям «УСС и адвокаты» и «Права человека». А наибольшее – к компоненту «Предоставление услуг» к программной области «Профилактика ВИЧ». Из этого можно сделать определенные выводы о том, какого типа обязательства государства более склонны брать на себя в контексте обеспечения устойчивости ответа на ВИЧ, а какого – менее.

В целом, несмотря на имеющиеся методологические ограничения, проведение такого рода оценки позволяет получить важную аналитическую информацию для дальнейшего планирования обеспечения устойчивости ответа на ВИЧ среди ключевых групп населения в контексте перехода от донорской поддержки на национальное финансирование.