

ФОРМА ЗАЯВКИ – 9 РАУНД (КАНДИДАТИ ВІД ОДНІЄЇ КРАЇНИ)

Назва кандидата	Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції / СНІДУ		
Країна	Україна		
Рівень доходів (Див. класифікацію країн за рівнями доходів в Додатку 1 до «Принципів підготовки заявок на фінансування – 9 раунд»)	Рівень прибутку нижче середнього		
Тип кандидата	☒ ККМ	☐ Суб-ККМ	☐ Без ККМ

Компонент(и) заявки 9-го раунду:			
Захворювання	Назва	Чи передбачає захворювання наскрізні втручання для зміцнення систем охорони здоров'я, описані в частині 4В? (включається тільки в одне захворювання)	Чи є це повторним поданням заявки стосовно захворювання, яке не було рекомендоване для фінансування у 8-му раунді?
ВІЛ ¹			
Туберкульоз ¹	Зменшення тягарю туберкульозу в Україні шляхом зниження епідемії туберкульозу серед уразливих груп		Так
Малярія			

¹ Для різних епідеміологічних ситуацій рекомендуються різні заходи стосовно туберкульозу та ВІЛ/СНІДУ. Для отримання подальшої інформації, див. документ ВООЗ «Тимчасова стратегія спільної діяльності з боротьби проти ТБ/ВІЛ», доступний за адресою:
http://www.who.int/tb/publications/tbhiv_interim_policy/en/

Якщо це повторне подання заявки 8-го раунду, то чи були рекомендації ГТО, оформлені в документі під назвою «Висновки ГТО» (TRP Review Form) розглянуті в розділі 4.5.2?	X Так	☐ Ні
Чи були нові основні завдання внесені у заявку, що подається повторно, у порівнянні із заявкою 8-го раунду? Якщо так, просимо надати нижче коротке резюме змін <u>щодо кожного захворювання у заявці, що подається повторно, а також номер розділу.</u>	X Так	☐ Ні

Розділ 3.5: Коротке резюме заявки 9 раунду щодо туберкульозу, та

Розділ 4.5: Стратегія впровадження

У ході візиту двох міжнародних експертів у квітні 2009 року² було запропоновано внести незначні зміни до зазначених завдань повторної пропозиції, що її готувала Україна. Хоча по суті абсолютно нових завдань пропозиція не містить, назви усіх чотирьох завдань було змінено, аби вони відображали еволюцію змін у сучасному міжнародному сприйнятті груп, уразливих до ТБ, які відбулися з моменту подання заявки 8-го раунду.

Отже, формулювання Завдання 2 «Підвищити доступ до високої якості послуг з ТБ для уразливих груп» було змінено на **Завдання 2: Покращити доступ до високоякісних послуг для людей, які з будь-яких причин мають обмежений доступ до медичних послуг щодо ТБ**. Таке формулювання ґрунтується на концепції уразливих громад, описаній Хоупвелом та Пай:

«...недоліки медичної практики призвели до незадовільного догляду стосовно туберкульозу саме серед тих груп населення, які, на жаль, є найбільш уразливими до цього захворювання, і водночас - найменш спроможними нести тягар наслідків цих системних недоліків. Будь-яка людина в світі, яка не має доступу до якісної медицини, повинна вважатися уразливою до туберкульозу та його наслідків. Так само будь-яка громада з неадекватним або відсутнім доступом до належних послуг з діагностики та лікування туберкульозу, є уразливою громадою»³.

Ця концепція згадується і в «Міжнародних стандартах з догляду за хворими на туберкульоз» 2006 року⁴; очікується, що вказана концепція буде збережена у тексті оновленої редакції «Стандартів» 2009 року, що будуть затверджені ВООЗ⁵.

Нижче у документі описано, що в рамках модифікованої «СНП: Поширення ДОТС на осіб з обмеженим доступом до медичних послуг щодо ТБ» ми додаємо Практичний підхід ВООЗ до здоров'я легень (ППЗЛ)⁶ до парадигми розширення доступу до послуг у зв'язку з ТБ шляхом більш активного залучення відповідно підготовлених закладів первинної медичної допомоги (ПМД) до заходів у першому ешелоні послуг у сфері ТБ та респіраторних захворювань. ППЗЛ є стратегією, яка дозволяє виявляти та спостерігати за всіма респіраторними хворобами на рівні первинної медичної допомоги, яка включає туберкульоз.⁷ Це також стосуватиметься кількох минулих та поточних міжнародних зусиль (USAID та ООН) щодо зміцнення ПМД в Україні. Першим кроком, описаним в цій Заявці, буде заохочення включення стратегії ППЗЛ до клінічних стандартів допомоги та підготовки національного плану для впровадження ППЗЛ. Відповідно таке впровадження ППЗЛ посилить як Завдання 2 (Високоякісний ДОТС) так і діяльність по компоненту Посилення системи охорони здоров'я (див. Секція 3.5. СНП 3.2 та Секція 4.4. Пріоритет 4).

Завдання 1 змінилося наступним чином: **Завдання 1: «Покращити діагностику ТБ шляхом оптимізації мережі лабораторій у громадських та пенітенціарних закладах».**

Формулювання Завдання 2 змінилося наступним чином: **Завдання 2: «Покращити доступ до**

² Zellweger J-P, Veen J.GFATM Round 9 "Guidance on Developing a TB proposal for Ukraine, April 12, 2009 («Інструкції з підготовки пропозиції раунду 9 ГФСТМ щодо туберкульозу для України», 12 квітня 2009 року).

³ Hopewell PC, Pai M. Tuberculosis, vulnerability, and access to quality care. JAMA 2005;293(22):2790–3.

⁴ Tuberculosis Coalition for Technical Assistance, *International Standards for Tuberculosis Care (ISTC)*. The Hague: Tuberculosis Coalition for Technical Assistance, 2006

⁵ Zellweger and Veen *там же, см.* 4

⁶ Практичний підхід ВООЗ до здоров'я легень: Посібник із ознайомленням з впровадженням ППЗЛ, ВООЗ, Женева: 138с., 2008.

⁷ Murray, J., Pio, A., Ottman, S. PAL: a new and practical approach to lung health, Int J Tuberrv Lung dis10 (11): 1188-1191, 2006.

високоякісних послуг для людей, які, з різних причин, мають обмежений доступ до протитуберкульозних медичних послуг».

Завдання 3 змінилося наступним чином: Завдання 3: «Підвищити потенціал системи охорони здоров'я України щодо відповіді на ТБ шляхом покращення врядування (лідерство, моніторинг та оцінка, розвиток кадрових ресурсів), необхідного для успішної реалізації програми з ТБ».

Завдання 4 теж змінилося: Завдання 4: «Підвищити загальний доступ до діагностики, лікування та догляду у зв'язку з ТБ через підвищення обізнаності, мобілізації політичної підтримки та зниження стигми».

Валюта	☒ X долари США	☐ або	☐  Євро
--------	---	------------------------------	---

Кінцевий термін подання заявок:

**12:00 за місцевим часом, м. Женева,
Понеділок, 1 червня 2009 р.**

ВКАЗІВНИК РОЗДІЛІВ ЗАЯВКИ ТА КЛЮЧОВИХ ДОДАТКІВ

'+' = Ключовий додаток до пропозиції. Ці документи **повинні** подаватися разом із заповненою Формою заявки. Кандидат також може додати інші документи у підтримку своєї програмної стратегії (або стратегій, якщо подається заявка стосовно кількох захворювань) та запиту на отримання фінансування. Кандидати вказують їх у «Контрольних списках» в кінці р.2 та р.5.

1. Коротке резюме щодо фінансування та контактна інформація
2. Коротка інформація про кандидата (включаючи відповідність кваліфікаційним критеріям)
+ **Додаток С:** Інформація про склад ККМ чи суб-ККМ

Заповніть наступні розділи стосовно кожного захворювання, включеного до раунду 9:

3. Коротке резюме заявки
4. Опис програми
4В. Стратегія наскрізних втручань щодо ЗСОЗ **
5. Запит на отримання фінансування
5В. Детальна інформація про наскрізні втручання щодо ЗСОЗ**

**** Включає тільки одне захворювання в рамках 9 раунду. Для детальнішої інформації див. [«Принципи підготовки заявок на фінансування – 9 раунд»](#)**

- + **Додаток А:** «Система ефективної роботи» (показники та цілі)
- + **Додаток В:** «Попередній перелік лікарських препаратів та товарів медичного призначення»
- + **Детальний план роботи:** Щоквартальний – для 1 та 2 року; щорічний – для 3, 4 та 5 років
- + **Детальний бюджет:** Щоквартальний – для 1 та 2 року; щорічний – для 3, 4 та 5 років

ВАЖЛИВА ПРИМІТКА:

Кандидатам настійно рекомендується ретельно ознайомитися з **[«Принципами підготовки заявок на фінансування – 9 раунд»](#)** перед заповненням Форми заявки на раунд 9. Кандидатам варто постійно звертатися до цих Принципів під час заповнення кожного розділу Заявки. Усі інші документи стосовно 9 раунду можна знайти [тут](#).

У Формі заявки 9 раунду знайшла своє відображення низка останніх рішень Правління Глобального фонду. **[«Принципи підготовки заявок на фінансування – 9 раунд»](#)** містять пояснення цих рішень у порядку, в якому вони зустрічаються у Формі заявки. Інформацію стосовно цих рішень можна знайти за адресою: http://www.theglobalfund.org/documents/board/16/GF-BM16-Decisions_en.pdf.

Після 7 раунду було вжито низку заходів для спрощення структури та вилучення повторень у Формі заявки. Таким чином, **[«Принципи підготовки заявок на фінансування – 9 раунд»](#)** містять **більшість інструкцій** та прикладів, які допоможуть кандидатам у заповненні цієї форми.

1. КОРОТКЕ РЕЗЮМЕ ЩОДО ФІНАНСУВАННЯ ТА КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ

1.1. Коротке резюме щодо фінансування

Захворювання	Загальна сума коштів за запитом на весь термін дії заявки					
	Рік 1	Рік 2	Рік 3	Рік 4	Рік 5	Всього
ВІЛ						
Туберкульоз	11 548 774	23 035 431	19 676 733	24 335 615	24 863 065	103 459 619
Малярія						
Наскрізнi втручання ЗСОЗ, розділ 4В та 5В в рамках [вказіть назву одного захворювання, що включає р.4В. та р.5В., якщо доцільно]						
Загальна сума запиту на отримання фінансування 9 раунду →:						103 459 619

1.2. Контактна інформація

	Перша контактна особа	Друга контактна особа
Ім'я	Еліот Перлман	Тетяна Білик
Статус	Фасилітатор	Керівник проекту
Організація	МГО «Міжнародний Інститут проблем ВІЛ/СНІДУ та туберкульозу	Фонд Рината Ахметова «Розвиток України»
Поштова адреса	вул. Предславинська, 38, оф. 142, м. Київ 03150, Україна	вул. Ярославів Вал, 29 Г, м. Київ 01034, Україна
Телефон	+38 044 528 37 14	+38 044 502 52 11
Факс	+38 044 528 57 19	+38 044 502 52 15
Адреса електронної пошти	eliot@aids-institute.org eliot_pearlman@yahoo.com	tbilyk@fdu.org.ua
Додаткова адреса електронної пошти	mariya@aids-institute.org	azabolotny@fdu.org.ua

1.3. Список аббревіатур та скорочень, що їх використовує кандидат

Скорочення/аббревіатура	Значення
Альянс	Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні
АМАОЗ	Американський міжнародний альянс охорони здоров'я
АМР США	Агентство США з міжнародного розвитку
АРТ	Антиретровірусна терапія
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГВХ	Група ведення хворих
ГНР	Групи населення найвищого ризику
ГОДВТБ	Групи з обмеженим доступом до високоякісних послуг щодо ТБ
ГРЗ	Група розробки Заявки
ГТО	Група технічної оцінки
ГФЛЗ	Глобальний фонд лікарських засобів (Global Drug Facility)
ГФСТМ	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією
ДДУПВП	Державний Департамент України з питань виконання покарань
ДКТ	Добровільне консультування та тестування
ДОТС	Короткостроковий курс лікування під медичним контролем
ДП	Державне підприємство
ДІ	Державний інститут
ІЗБ	Індивідуальні засоби безпеки
ІОК	Інформація, освіта, комунікації
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
ЗСОЗ	Зміцнення систем охорони здоров'я
ЗТ	Замісна терапія
КАР	Дослідження «Знання, ставлення та результативність»
КЗП	Комунікації з метою зміни поведінки
КЗС	Комітет зеленого світла
КІ	Конфлікт інтересів
ККМ	Країнний координаційний механізм
КМУ	Кабінет Міністрів України
ВІЛ-коаліція	ВБФ «Коаліція ВІЛ-сервісних організацій»
Комітет	Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам
ЛЖВС	Люди, які живуть з ВІЛ/СНІДом
ЛЖТБ	Люди, які живуть з туберкульозом
Мережа	ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД»
Мінмолодьспорту	Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту України
Міносвіти	Міністерство освіти та науки України

Мінфін	Міністерство фінансів України
МіО	Моніторинг та оцінка
ММС ТБ	Туберкульоз з множинною медикаментозною стійкістю
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
МОМ	Міжнародна організація з міграції
МСП	Медично-санітарний працівник
Національна програма з ТБ	Закон України № 648-V «Про затвердження Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2007 -2011 роки» від 08.02.2007 року
НБУ	Національний Банк України
Н/З	Не заповнюється
НПС	Національна програма зі СНІДу
НРЛ	Національна референс-лабораторія з ТБ
НТП	Національна програма з ТБ як Закон України (див. вище)
НБУ	Національний Банк України
НКР	Національна координаційна рада (попередня назва НР до включення ТБ)
НР	Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції / СНІДу (український еквівалент ККМ)
НРІ	Проект «Ініціатива з політики в охороні здоров'я» (Health Policy Initiative)
НУО	Неурядова організація
о.	Отець (священик)
Область	Адміністративно-територіальна одиниця України (аналог американського «штату» чи швейцарського «кантону»)
ОІ	Опортуністична інфекція
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ОР	Основний реципієнт
ОСК	Особисте спілкування та консультації
ORSA	Дослідження операцій/аналіз систем
ПМД	Первинна медична допомога
ПЛІ	Профілактичне лікування ізоніазидом
ПРООН	Програма розвитку Організації Об'єднаних Націй
Район	Адміністративно-територіальна одиниця у складі області
PATH	Програма оптимальних технологій у галузі охорони здоров'я
РО	Релігійна організація
СБ	Світовий банк
СІН	Споживач ін'єкційних наркотиків
СМП	Соціальна мобілізація та підтримка
СНП	Сфера надання послуг
СООН	Система організацій ООН
СП	Стратегічне планування

СРЛ	Супранаціональна референс-лабораторія (зазвичай означає лабораторію у м. Рига)
СР	Суб-реципієнт
ТБ	Туберкульоз
ТД	Технічна допомога
ТКІП	Тестування та консультування, ініційоване постачальником послуг
ТМЧ	Тестування на медикаментозну чутливість
ТТ	Тренінг для тренерів
ТЧХУ	Товариство Червоного Хреста України
Українці проти ТБ	Громадський рух «Українці проти туберкульозу»
УОЗ	Управління охорони здоров'я, <i>зазвичай - обласне</i>
УУ	Уряд України
ФРУ	Благодійний Фонд Ріната Ахметова «Розвиток України»
ЦІД	Центр інтегрованого догляду
ЮНІСЕФ	Дитячий Фонд Організації Об'єднаних Націй

2. КОРОТКА ІНФОРМАЦІЯ ПРО КАНДИДАТА (включаючи відповідність кваліфікаційним критеріям)

Кандидати від ККМ: Заповнюють тільки розділи 2.1. та 2.2. **і ВИДАЛЯЮТЬ розділи 2.3. та 2.4.**
 Кандидати від суб-ККМ: Заповнюють розділи 2.1., 2.2. та 2.3. **і ВИДАЛЯЮТЬ розділ 2.4.**
 Кандидати без ККМ: Заповнюють тільки розділ 2.4. **і ВИДАЛЯЮТЬ розділи 2.1., 2.2. та 2.3.**

ВАЖЛИВА ПРИМІТКА:

На відміну від 7 раунду, кваліфікаційні критерії стосовно «рівня доходів» викладені у розділі 4.5.1 (зосередження уваги на малозабезпечених та ключових постраждалих групах населення в залежності від рівня доходів), та в розділі 5.1. (розподіл витрат).

2.1. Склад та діяльність

2.1.1. Коротка інформація про склад

Сектор, що його представляє кандидат		Кількість членів
X	Академічний/освітній сектор	1: Фещенко
X	Уряд	Всього 15 представників урядового сектору: Кабінет Міністрів України (2): Васюник, Лукасевич, Міністерство охорони здоров'я: Князевич, Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту (2): Лук'янова, Драпушко; Міністерство праці та соціальної політики: Іванкевич, Міністерство освіти і науки: Полянський, Міністерство внутрішніх справ: Хоменко, Міністерство фінансів: Матвійчук; Міністерство економіки: Крючкова; Держкомтелерадіо: Курдивович; Державний департамент з питань виконання покарань: Калашник; Управління охорони здоров'я Черкаської ОДА: Левченко; м. Вишгород: Решетняк; Український центр СНІДу: Щербинська
X	Неурядові організації (НУО)/організації на основі громад	4: Коаліція ВІЛ (2): Антоняк, Підлісна , «Стоп ТБ»: Горбасенко, МНУО: Перлман
X	Люди, які живуть із захворюваннями	3: + ВІЛ:-Жовтяк, Борушек + ТБ: Коржов

☐	Люди, які представляють ключові постраждалі групи населення ⁸	
X	Приватний сектор	1: Заболотний
X	Релігійні організації	1: о. Нагірняк
X	Багатосторонні та двосторонні партнери з питань розвитку в країні	2: АМР США: Леслі Перрі, ООН: Джеремі Гартлі
X	Інше (вказіть):	2: Народний депутат: Шевчук Профспілки: Українець
Загальна кількість членів: (Кількість повинна співпадати з числом членів в «Додатку С» ⁹)		29

⁸ Просимо використовувати визначення ключових постраждалих груп з [«Принципів підготовки заявок на фінансування – 9 раунд»](#).

⁹ В Додатку С ККМ (чи суб-ККМ) вказує імена та іншу інформацію про всіх дійсних членів. Цей документ є обов'язковим додатком до заявки кандидата. Його можна знайти за адресою: http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/9/CP_Pol_R9_AttachmentC_en.xls

2.1.2. Широке та всебічне членство

З того часу, коли ви востаннє подавали заявку до Глобального фонду (і вона була визнана такою, що відповідає мінімальним вимогам):		
(a) Чи продовжують представники неурядового сектору (<i>включаючи нових членів з моменту останньої заявки</i>) обиратися <u>своїм сектором</u> з дотриманням вимог прозорості, та	☐ Ні	☒ Так
(b) Чи є люди, які живуть та/або постраждали від захворювань, постійними та активними членами.	☐ Ні	☒ Так

2.1.3. Знання і досвід членів у наскрізних питаннях

Зміцнення систем охорони здоров'я

Глобальний фонд визнає, що слабкі сторони системи охорони здоров'я можуть обмежувати зусилля у протидії трьом захворюванням. Тому ми настійно рекомендуємо кандидатам залучати людей (з урядових та неурядових структур), які в діяльності ККМ чи суб-ККМ зосереджуються на проблемах охорони здоров'я.

- (а) Опишіть потенціал та досвід ККМ (або суб-ККМ) у розумінні того, як проблеми систем охорони здоров'я впливають на програми та кінцеві результати стосовно трьох захворювань.

Функцію країнного координаційного механізму в Україні виконує Національна рада з питань ТБ та СНІДу (НР), утворена 11 липня 2007 року на підставі Постанови Кабінету Міністрів України № 926 (Додаток 1, Заявки 8 Раунду). НР - постійно діючий дорадчий та консультативний орган під керівництвом Кабінету Міністрів України, до складу якого входять представники урядових, неурядових та приватних організацій та інші представники громадянського суспільства. НР виконує функцію країнного координаційного механізму (ККМ) в межах своїх повноважень в якості єдиного координаційного органу в національній боротьбі з епідемією ТБ та ВІЛ/СНІДу.

Для посилення ролі НР як координаційного та дорадчого механізму країни, 2009 року члени НР прийняли рішення щодо створення робочого комітету у складі МОЗ, який відповідатиме за різні напрямки діяльності, такі, як формування бюджетів, моніторинг, координація на регіональному рівні тощо (див. схему державного управління, яка пояснюється у частині **СНП: Лідерство та управління в сфері контролю за ТБ, стор. 56**).

Сьогодні в Україні успішно втілено грант ФСТМ по 1 Раунду – 31 березня 2009 року, та впроваджується грант 6 Раунду – обидва реалізувалися/-ються громадськими організаціями. У порівнянні з попередніми раундами проблема ТБ сьогодні краще представлена у НР та в Комітеті з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам: у їх складі працюють люди, які живуть з ТБ, а також НУО, орієнтована на боротьбу з ТБ, однак, ряд питань ще потребує вирішення. В останніх двох раундах, 7-му та 8-му, до громадянського суспільства звернулися з проханням посприяти у процесі підготовки заявки. При підготовці заявки на раунд 7 це була НУО, орієнтована на ТБ. Що стосується підготовки даного повторного подання на раунд 9, НУО знову виступає фасилітатором процесу (Додаток 2)¹⁰. Такий процес фасилітації застосовувався як «першорядна кафедра проповідника»¹¹ з метою звернення до більш широких аспектів практики охорони громадського здоров'я, а саме: інтегроване надання медичних послуг, особливо стосовно догляду та лікування ко-інфекції ВІЛ/ТБ, а також розгортання ДОТС; забезпечення безпечного середовища для пацієнтів та медичних працівників; проведення реформ системи охорони здоров'я шляхом покращення доступу до медичного догляду. Ці процеси та ініціативи відіграватимуть дедалі вагомішу роль в реалізації успішної заявки в рамках 9 раунду. Було вжито відповідних заходів для того, щоб використати це повторне подання як механізм зміцнення систем охорони здоров'я в рамках кількох попередньо визначених СНП. Хоча пропозиція не містить окремого розділу, присвяченого суто питанням ЗСОЗ, місцевий персонал ВООЗ, члени групи розробки заявки та фасилітатор співпрацювали з незалежними консультантами ВООЗ щодо вирішення цього питання.

На прохання МОЗ до України відбулося кілька візитів зовнішніх експертів ВООЗ. Країна потребувала проведення якісного аналізу недоліків системи охорони здоров'я у сфері протидії ТБ, а саме проблем мережі лабораторій, державної системи закупівель медичних препаратів та лікування ММС ТБ. Крім того, існувала потреба у рекомендаціях стосовно подолання цих недоліків. 2008 року ВООЗ та АМР США підтримали місії експертів, за результатами яких було підготовлено два звіти: про роботу мережі лабораторій і про систему закупівель медикаментів (Додаток 3 та 4). Висновки цих документів наразі використовуються для підготовки пропозиції в рамках 9 раунду. Слід зазначити, що експерти останньої місії ВООЗ (початок 2009 року) відзначили серйозну позитивну динаміку у роботі лабораторної мережі, а саме застосування сучасного обладнання, закупленого коштом позики Світового банку, вищі рівні біологічної безпеки лабораторій, підвищення якості методології. Усі слабкі сторони, згадані у звіті, будуть враховані у заявці 9

¹⁰ Протокол засідання НР від 16 лютого 2009 року

¹¹ «Першорядна кафедра проповідника» може висувати на перший план питання, що не розглядалися першопочатково, у зв'язку з позицією закладу та публічністю. Цей термін вперше вжив президент Теодор Рузвельт, що посилався на американське президентство як на «першорядну кафедру проповідника». Цим він мав на увазі величезну платформу, з якої слід переконливо проголошувати питання порядку денного.

раунду.

Деякі обмеження/вузькі місця, визначені у ході роботи місії, були включені до цієї заявки, в той час як інші уже були інтегровані до національного плану боротьби з ТБ і наразі реалізуються. Таким чином, повторне подання заявки 8 раунду до ГФСТМ включає в себе заходи щодо підвищення потенціалу української системи охорони здоров'я у відповідь на ТБ в межах **Завдання 3 (СНП 3.1: Лідерство та управління у сфері контролю за ТБ; СНП 3.2: Система моніторингу та оцінки ЗСОЗ; СНП 3.3: Кадрові ресурси у сфері ЗСОЗ).**

Загалом НР демонструє готовність до ефективної протидії епідемії ТБ, а також велике бажання взяти участь в успішній реалізації гранту 9 раунду. НР несе відповідальність за загальну національну політику щодо епідемій ТБ та ВІЛ/СНІДу і визначає систему заходів з протидії шляхом впровадження національних програм та проектів, що фінансуються із зовнішніх ресурсів.

Обізнаність у гендерних питаннях

Глобальний фонд визнає, що нерівність між чоловіками та жінками, а також становище сексуальних меншин є потужними рушійними чинниками епідемії, і що досвід у підготовці програм вимагає знань і навичок у наступних питаннях:

- Методології оцінювання гендерних відмінностей у тягарі захворювань та їхніх наслідків (включаючи відмінності між чоловіками та жінками, хлопчиками та дівчатками), а також у доступі до програм з профілактики, лікування, догляду та підтримки і їх використання, та
- Чинники, які роблять жінок, дівчаток та сексуальні меншини уразливими.

(b) Опишіть потенціал та досвід ККМ (або суб-ККМ) у гендерних питаннях, також вказавши кількість членів, які володіють відповідним знанням та навичками.

НР не має спеціальної посади, відповідальної за питання гендерної рівності. Однак, що стосується представництва, один із членів НР представляє спільноту ЛЖВС, і вона є жінкою. В НР працює ще дві представниці українських НУО, а також жінка-заступник міністра у справах сім'ї, спорту та молоді. Ще одна жінка з АМР США представляє інтереси двосторонніх донорів. Ці жінки були дуже активними у зверненнях до питань адвокації та справ, що стосуються стигми та дискримінації. Представниця двосторонніх донорських організацій постійно і послідовно виступає за гендерні та інші питання рівності. Окрім цього, вона друга поспіль жінка від АМР США, яка засідає у НР.

Як зазначається вище, Мінмолодьспорту, що відповідає за виконання національних гендерних стратегій і програм, представлено в НР заступником міністра. Серед інших членів ККМ Координатор-резидент ООН та Постійний представник ПРООН в Україні – представник системи ООН – є одним з найкращих першоджерел міжнародних знань з питань гендеру. Чинному складу НР слід активніше і повніше користуватися цими знаннями і враховувати їх при розробці програм. Ще донедавна керівник Представництва ЮНІСЕФ в Україні був Представником ООН. Цілком очевидно, що він виступав від імені дітей, особливо враховуючи наявність в Україні дуже великої групи ГНР, насамперед – «дітей вулиці». Втім, нещодавно його на цій посаді змінив Координатор-резидент ООН/Постійний представник ПРООН.

В попередніх раундах ГФСТМ не здійснювалися суто гендерні втручання чи стратегії, спрямовані на вирішення гендерних проблем, адже вважалося, що гендерна дискримінація як така не відігравала вагомої ролі у доступу до послуг з догляду. Стратегія з незначними змінами (Додаток 5), ухвалена НР¹² для підготовки повторного подання заявки 8 раунду, містить список уразливих груп, на які націлена програма протидії ТБ, а саме: люди, які живуть за межею бідності, представники професій, уразливих до ТБ (медичні працівники тощо). Оскільки відсоток жінок в двох зазначених категоріях значно вища за частку чоловіків, це можна оцінювати як визнання факторів гендерної та соціальної нерівності, що сприяють поширенню епідемії ТБ. В результаті проведення міжнародними експертами у квітні 2009 року аналізу недоліків і прогалин, ця повторна заявка буде також враховувати питання розширення послуг щодо ТБ та інших респіраторних захворювань на уразливі громади в цілому. У тексті заявки постійно згадується стратегія впровадження ППЗЛ з тим, щоб запровадити у системі первинної допомоги більш доступні послуги щодо ТБ.

Мультисекторальне планування

Глобальний фонд визнає, що мультисекторальне планування має важливе значення для розширення спроможності країни реалізовувати заходи з протидії трьом захворюванням.

(c) Опишіть потенціал та досвід ККМ (або суб-ККМ) у розробці мультисекторальних програм.

На національному та на регіональному рівнях Україна має комплексну, але дещо фрагментарну систему заходів з контролю за ТБ, що постійно змінюється, і це незважаючи на існування значної кількості спеціально утворених для цього структур. Функції та повноваження національних та

¹² Додаток 4: "Стратегія розробки Заявки від України до Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією у 8 раунді: компонент "Туберкульоз"

регіональних структур значною мірою перехреснюються та збігаються. За останні роки було створено, а потім розпущено кілька координаційних органів. За підтримки донорів в обласних центрах та на районному рівні були створені регіональні та муніципальні координаційні ради з питань туберкульозу та ВІЛ/СНІД. Іноді такі ради вважаються штучними, утвореними під тиском міжнародних донорів. Незважаючи на ці труднощі, в деяких областях України сьогодні можна спостерігати дедалі більшу гармонізацію політики донорських організацій та приведення їх у відповідність до національної політики. Чинна Національна рада має повноваження розглядати проблеми у зв'язку з епідеміями ТБ та ВІЛ/СНІДу, в той час, як раніше в країні існувало два окремих ККМ. Як зазначено у розділі 2.1.1. (Коротка інформація про склад), до складу нової НР входять представники спільнот людей, які живуть з ТБ та з ВІЛ/СНІДом.

Голова НР – це віце-прем'єр-міністр України з питань гуманітарної та соціальної політики, а один з його заступників - голова Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом. До складу НР входять представники різних ключових міністерств та державних органів, в тому числі Міністерство охорони здоров'я, Міністерство освіти та науки, Міністерство фінансів, Міністерство економіки та економічної інтеграції, Міністерство внутрішніх справ, Державний департамент України з питань виконання покарань, Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерство праці та соціальної політики, Державний комітет з телебачення та радіомовлення тощо, плюс представники міжнародних організацій та громадянського суспільства. Співвідношення неурядових представників 45% з представництвом у кількості 3 осіб від людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом/ТБ, національних та міжнародних неурядових організацій, плюс представник Федерації профспілок України та представник приватного сектору. Система ООН, як зазначено вище, представлена Координатором-резидентом ООН/Постійним представником ПРООН. Двосторонні донорські організації представлені Агентством США з міжнародного розвитку (АМР США). Всі члени НР працюють на добровільних засадах.

Описане вище представництво стало результатом спільних зусиль, спрямованих на широке представлення у НР представників різних секторів суспільства, державних та урядових структур, людей, які живуть з хворобами. Подібне розмаїття відображає успішні спроби з боку уряду, спрямовані на забезпечення найвищого рівня національної координації заходів з протидії ТБ та ВІЛ-інфекції. Це приклад ефективного співробітництва різних інституцій, хоча можливостей для розвитку потенціалу НР в межах напрямку ЗСОЗ залишається ще дуже багато (наприклад, стратегічне планування).

Одним з головних завдань НР є «сприяння скоординованій діяльності міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, міжнародних та громадських організацій, в тому числі об'єднань людей, які живуть з ТБ та ВІЛ-інфекцією/СНІДом, представників ділових кіл, профспілок та роботодавців, а також релігійних організацій з метою реалізації на державному рівні проектів боротьби з ТБ та ВІЛ/СНІДом, в тому числі проекту Світового Банку «Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні»¹³. Успішне виконання цього завдання досягається шляхом співробітництва всіх ключових інституцій, що представлені в НР. Найостаннішим доказом мультисекторальних скоординованих зусиль НР стала підготовка нової Національної програми зі СНІДу на 2009-2014 роки, що буде затверджена Верховною Радою України в якості закону. Більшість заходів, що передбачаються новою Національною програмою зі СНІДу, є наскрізними, такими, що вимагають ретельної координації між представниками різних галузей з тим, щоб розвиток та впровадження ґрунтувалися на мультисекторальній програмній діяльності.

НР володіє потужним потенціалом у галузі розробки загальних програм, що включає в себе досвід з організації та проведення зустрічей; збір команд для написання заявок; групи технічних експертів; загальна підготовка документів; редагування, переклад, друк тощо; налагодження партнерств та робочих стосунків; активне залучення НУО і таке інше. Однак що стосується специфічних вимог до розробки програм для ГФСТМ, потенціал НР є дещо слабкішим, особливо у таких напрямках, як надання специфічних для підготовки програм даних, включаючи епідеміологічну та клінічну інформацію з ВІЛ/СНІДу та ТБ, що допомагає у розробці програм протидії цим епідеміям; розробка та здійснення оцінки потреб та операційних досліджень для підготовки заявок до ГФСТМ; підтримка розробки програм, зокрема специфічних інноваційних та пілотних проектів, що включає в себе дизайн програм розширення та адаптацію успішних пілотних проектів до національних умов.

¹³ Додаток 1, Раунд 8

¹⁴ UNAIDS виступав фасилітатором в 6 раунді.

¹⁵ Будь ласка, дивіться примітку 4

НР України також має підвищити спроможність у плануванні програм, включаючи застосування детальних методологій ORSA, а також розробку та інтеграцію планів з моніторингу та оцінки.

Як зазначено в Розділі 2.1.3 (а), при підготовці заявок 7 та 8 раундів, НР залучила зовнішніх фасилітаторів (громадянське суспільство)¹⁴ для підготовки та розробки заявок для їх подачі від свого імені¹⁵, та Місії ВООЗ в Україні з метою надання технічної допомоги. Застосовуючи такий аутсорсинг, НР змогла ефективно скористатися широкими експертними знаннями у сфері мультисекторального планування з метою стимулювання нового способу мислення та нових підходів із застосуванням Стратегії, ухваленої 16 лютого 2009 року. В якості основних напрямків для включення до заявки було визначено та ухвалено багато наскрізних питань, що доводить підтримку і прагнення НР розробляти мультисекторальні програми, хоча можливостей для вдосконалення існує ще дуже багато.

2.2. Відповідність кваліфікаційним критеріям

2.2.1. Попередні подання заявок

Поставте відмітку напроти однієї з клітинок у таблиці, а потім дотримуйтеся відповідних інструкцій у правій колонці.

X	Заявка на фінансування подавалася в 7 та/або 8 раунді і була визнана такою, що відповідає мінімальним кваліфікаційним вимогам.	→ Заповніть усі розділи з 2.2.2 до 2.2.8 нижче.
☐	Останній раз заявка на фінансування подавалася до 7 раунду або заявка, подана останнього разу, була визнана такою, що не відповідає мінімальним кваліфікаційним вимогам.	→ Спочатку заповніть 'Додаток D'. → Після цього також заповніть розділи з 2.2.5 до 2.2.8 нижче (Не заповнюйте розділи 2.2.2 - 2.2.4)

2.2.2. Прозорі процеси розробки заявки

- Див. документ «роз'яснення мінімальних вимог до ККМ», відповідаючи на запитання нижче.
- Разом з заявкою необхідно подати документи, що підтверджують наведену нижче інформацію, у якості додатків з визначеними назвами та номерами. Див. «Контрольний список» після розділу 2.

(а)	Опишіть процес(и), що використовується для запрошення на подання пропозицій, які можуть бути інтегровані в загальну заявку, від широкого кола зацікавлених сторін, <u>включаючи громадянське суспільство та приватний сектор і охоплюючи національний та субнаціональний рівні, а також рівень громад.</u> (У випадку, якщо процеси щодо кожного захворювання відрізняються, поясніть кожний з процесів.)
	Оскільки ця заявка є повторним поданням, формальний конкурс на подання пропозицій не оголошувався. Втім, для визначення найкращого підходу до виконання цього завдання та для найбільш ефективного використання досвіду двох міжнародних експертів з питань ТБ, у квітні, а згодом й 22 травня (Додаток 6, 7 та 8) було проведено низку зустрічей із зацікавленими сторонами. Група була всеохоплюючою, більш того до її складу увійшло багато членів ГРЗ. Також було проведено ряд засідань із залученням національних експертів (ОР, СР, фасилітатори за напрямками СНП, представники ВООЗ та організації фасилітатора) для узгодження частин Заявки та робочого плану зі всіма СНП, завершальна така зустріч відбулася 20 травня, 2009 року (Додаток 9). Фасилітатор мав кілька презентацій для членів НР плану підготовки повторного подання заявки. Він полягав у тому, щоб над кожною СНП працювала окрема група. Пізніше були проведені відкриті зустрічі, на яких аналізувалися окремі елементи СНП, а також зустрічі авторів окремих СНП, які відстежували прогрес підготовки та вирішували питання гармонізації й інтеграції. Щодо компоненту СНП: АКСМ, який викликав ряд дискусій, то було проведено відповідно ряд зустрічей із залученням міжнародних експертів. В результаті дискусії група прийшла до консенсусу:

виробила робочий план, описову частину та бюджет – всі протоколи засідань доступні у Додатку 10. Базовими документами стали: заявка 8 раунду та дещо змінена Стратегія на 9 раунд, затверджена НР (Додаток 5)
(b) Опишіть процес(и), що використовувалися для прозорої оцінки отриманих пропозицій, що можуть бути включені до даної заявки. <i>(У випадку, якщо процеси щодо кожного захворювання відрізняються, поясніть кожний з процесів.)</i>
Під час підготовки заявки до повторного подання було проведено кілька відкритих зустрічей для обговорення процесу написання. Аналізом кінцевого документу займалася представницька група у складі українських та міжнародних учасників. Крім того, заявку переглянули кілька міжнародних експертів. Напередодні проведення засідання зацікавлених сторін 22 травня кожний учасник отримав текст порядку денного українською та англійською мовами. Учасники зустрічі активно обговорювали заявку та надавали свої коментарі і зауваження, які були включені до кінцевого документу. Останній було передано до НР для остаточного перегляду перед підсумковим засіданням НР 28 травня 2009 року. На цьому засіданні відбулася коротка презентація заявки, а потім мало місце відкрите обговорення. Після обговорення частин Заявки згідно Завдань та Сфер надання послуг, до слова було запрошено міжнародного експерта, який прокоментував процес написання Заявки від початку до завершального етапу. Після ряду привітань, обговорень та коментарів відбулося підписання Заявки на 9 Раунд. Детальний протокол доступний як Додаток 11.
(c) Опишіть процес(и), що використовувалися для забезпечення участі окремих людей та зацікавлених сторін, які не є членами ККМ (або суб-ККМ) у процесі розробки заявки. <i>(У випадку, якщо процеси щодо кожного захворювання відрізняються, поясніть кожний з процесів.)</i>
З метою забезпечення ефективного та прозорого процесу підготовки повторного подання Заявки, усі зацікавлені сторони отримали запрошення відвідати низку відкритих зустрічей. Більшість з учасників цих нарад не є членами НР. Усі присутні отримали абсолютно рівні можливості щодо висловлювання своїх думок та застережень. Слід додати, що на зустрічах НР усі присутні мають право на виступ. Тут не існує поняття «спостерігач», оскільки ці заходи провадяться з активною участю усіх присутніх. Дискусії є вільні і ніяким чином не обмежені. Як це було при підготовці заявки 8 раунду, склад нашої групи з питань ТБ, а також ГРЗ, відрізнявся широтою та розмаїттям. Ми подаємо перелік організацій, які делегували своїх представників до участі у процесі повторної підготовки та подання заявки (Додаток 12), більш того членство групи було затверджене НР. Вона включала в себе представників наступних організацій і структур (за алфавітом): • Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, • Коаліція ВІЛ-сервісних організацій • Коаліції організацій «Зупинимо туберкульоз разом» • Благодійний фонд «Відродження» • Фонд Клінтона • Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам МОЗ України • Національний Інститут фтизіатрії та пульмонології імені Ф.Г.Яновського Академії наук України • МГО «Жіноча громада» • Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, • Міжнародна організація з міграції • Міністерство охорони здоров'я України, • Міністерство внутрішніх справ України, • Національний медичний університет імені О.О.Богомольця; • РАТН • Міжнародний ромський жіночий фонд «Чіріклі» • Всеукраїнська громадська організація «Конгрес ромів України»

• Державний Департамент України з питань виконання покарань • Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом • Українське Товариство Червоного Хреста • Громадський рух «Українці проти туберкульозу» • Представництво ЮНЕЙДС в Україні • Представництво ПРООН в Україні • Представництво ВООЗ в Україні • Міжнародний інститут з питань ВІЛ/СНІДу та туберкульозу (в.о. фасилітатора)	
(d) Додайте підписаний та датований екземпляр протоколу зборів, на яких члени прийняли рішення стосовно компонентів заявки щодо усіх захворювань, за якими вона подається.	Додаток 6: Зустріч зацікавлених сторін 6 квітня 2009 р. Додаток 7: Зустріч зацікавлених сторін 10 квітня 2009 р. Додаток 8: Зустріч зацікавлених сторін 20 квітня 2009 р. Додаток 9: ОР, СР, та фасилітатори СНП зустріч 20 травня 2009 р.

2.2.3. Процеси нагляду за реалізацією програми

(a) Опишіть процес(и), що їх використовує ККМ (або суб-ККМ) для нагляду за реалізацією програми.
Головні принципи та механізми: НР та ОР Принципи, механізми та процедури для координації дій між визначеним Основним реципієнтом. Та Національною радою (діючий ККМ) описані у відповідних <i>Положеннях</i> щодо забезпечення нагляду за втіленням гранту, який фінансує Глобальний фонд. Ця процедура була розроблена згідно діючих вказівок ГФ (<i>Вказівки щодо мети, структур, складу ККМ та вимог до відповідного управління грантом</i>). Положення передбачає наступні обов'язки та вимоги для НР: ✓ Ініціювати та координувати подання Заявки від країни до Глобального фонду. ✓ Забезпечити усесторонній нагляд за реалізацією програмної діяльності гранту. До основних функцій НР належить: ✓ Ініціація процесу подання Заявки від країни. Планування програми, обрання ОР, завершення та затвердження Заявки до ГФ, подача Заявки від країни до ГФ. ✓ Після ухвалення заявки головною роллю НР стає забезпечення загального контролю та координації щодо втілення гранту на національному рівні. До основних функцій ОР належать: ✓ Планування та втілення програми, забезпечення контролю, моніторингу та оцінки над виконання відповідних частин програми суб-реципієнтами, звітування до ГФ та НР. ✓ Затверджений Основний реципієнт діє як головний втілювач програми, основна роль якого – це отримання фінансування від ГФ та успішна реалізація всіх зазначених видів діяльності, згідно завдань та мети гранту, а також згідно грантової угоди між ОР та Глобальний фондом. Слід також зауважити, що ОР звітуватиме та оприлюднюватиме звіти до ГФ на засіданнях зацікавлених сторін та Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу. Ґрунтуючись на усталеній традиції такі зустрічі базуватимуться на вільній та невимушеній дискусії (до вашої уваги Додаток 13 та Додаток 43 для окреслення більш детальної картини щодо координації між НР та ОР). На місцевому (операційному) рівні ОР, СР та органи влади на місцях повинні прописати чіткі вказівки та настанови згідно існуючих нормативних документів щодо надання послуг з медичного та немедичного догляду. Координатор, який буде найнятий керівництвом районного протитуберкульозного диспансеру, послуги якого будуть оплачені грантом ГФСТМ, ця особа буде

працювати в тісній співпраці з СР, органами влади та управліннями охорони здоров'я на місцях, НУО та членами родин. Існуватиме потреба напрацювання хороших робочих стосунків, включаючи організації ТЧХУ та інші НУО, які будуть залучені до надання соціальних послуг та підтримки пацієнтів на ДОТС, що перебувають на амбулаторній фазі, такі організації потребуватимуть координації, співпраці та комунікації. Ця діяльність передбачає тісну співпрацю з протитуберкульозними диспансерами та первинною лікувальною мережею. Очевидно, якщо виникнуть труднощі на цьому рівні, то їх можливо буде розв'язати залучивши допомогу та супервізію на вищому рівні.

(b) Опишіть процес(и), що використовувалися для забезпечення участі зацікавлених сторін, які не є членами ККМ (або суб-ККМ) у постійному нагляді за реалізацією програми.

Питання підзвітності щодо стану впровадження програми буде підніматися на засіданнях НР, а також буде розміщуватися на веб-сайтах ОР та СР.

Крім того, що стосується «інших сторін, які не є членами ККМ», то в країні існує давня традиція проведення періодичних (і своєчасних) зустрічей зацікавлених сторін, куди запрошуються представники усіх секторів: урядові організації, НУО, РО, дво- і багатосторонні структури, дипломатичні місії та усі інші зацікавлені чинники. Портфоліо-менеджери ГФСТМ добре знають, що проведення таких зборів планується, якщо це можливо, на час їхніх програмних візитів. Це забезпечує інтерактивний і динамічний діалог між представниками ГФСТМ і зацікавленими сторонами, а також, власне, між самими зацікавленими сторонами. Невимушений хід цих засідань є дуже важливим і слід зазначити, що вони проходять без непередбачуваних обмежень чи втручань. Протоколи таких засідань ведуть і розповсюджують ОР, а зокрема на їхніх Веб-сайтах.

2.2.4. Процедури відбору Основних реципієнтів

Для управління впровадженням програми Глобальний фонд рекомендує кандидатам відбирати Основних реципієнтів як з урядового, так і з неурядового сектору. → [Детальне пояснення цих принципів можна знайти в «Принципах підготовки заявок на фінансування – 9 раунд».](#)

(a) Опишіть процедури, що використовувалися для прозорого та документованого вибору кожного Основного реципієнта(ів), призначеного у цій Заявці *(У випадку, якщо процеси щодо кожного захворювання відрізняються, поясніть кожний з процесів.)*

Після ухвалення Національною радою рішення щодо повторного подання пропозиції 8 раунду на грант ГФСТМ 9 раунду, МОЗ взяло на себе справу пошуку і визначення потенційного Фасилітатора. Під час засідання Національної ради Р 16 лютого 2009 року НР прийняла представлені кандидатури, а потім перейшла до відбору Фасилітатора на 9 раунд (Додаток 2). Незважаючи на активні обговорення, було подано лише одну заявку на позицію Фасилітатора.

Фасилітатор (та його організація) відповідали за чітке слідування принципам прозорості і підзвітності у своїх діях. Зокрема вони несли відповідальність за широке розповсюдження «Запрошення ОР», пропонуючи кандидатури членів Групи з розробки заявки (ГРЗ); пропонуючи кандидатури членів групи технічного оцінювання (ГТО); пропонуючи кандидатів до Апеляційної ради (АР), але завжди уникаючи конфлікту інтересів (КІ).

Фасилітатор у п'ятиденний термін повинен був опублікувати оголошення у пресі та розмістити його на різних веб-сайтах. Оголошення було опубліковане в українській газеті «Урядовий кур'єр» 20 лютого 2009 року (див. Додаток 14). Ця газета є офіційним друкованим органом уряду України і має надійну репутацію.

Наступного дня після затвердження оголошення Радою і формування ГТО Фасилітатор розмістив це ж саме оголошення на наступних веб-сайтах (і підтвердив їх наявність):

Веб-сайт Міністерства охорони здоров'я;
 Веб-сайт Міжнародного альянсу з ВІЛ/ СНІД;
 Веб-сайт Мережі людей, які живуть з ВІЛ /СНІДом;
 Веб-сайт Коаліції ВІЛ-сервісних НУО;
 Веб-сайт «Українці проти ТБ»; а також
 Веб-сайт Міжнародного Інституту з проблем ВІЛ/СНІДу та туберкульозу.

Незважаючи на таку активну інформаційну діяльність, пропозиція надійшла лише від одного потенційного ОР.

13 березня відбулося засідання ГТО (Додаток 15), яка отримала завдання уважно вивчити заслуги та достоїнства єдиного потенційного ОР. Тут слід зазначити, що НР ухвалила ГТО у складі 15 членів, однак єдиний кандидат раніше уже уклав кілька угод з урядовими та неурядовими організаціями, представники яких увійшли до складу ГТО, тому виникло питання конфлікту інтересів.

На початку зборів членам комісії (12), спостерігачам комісії (2), а також членам секретаріату комісії (3) запропонували прочитати і підписати положення про уникнення конфлікту інтересів (KI). Положення були підготовлені українською та англійською мовами. Підписані копії додаються у формі Додатків 16, 17 та 18. Троє членів ГТО заявили про виникнення у них конфлікту інтересів, і тому вони, вказавши це в положеннях, залишили засідання перед офіційним початком розгляду кандидата.

В результаті чисельність членів ГТО зменшилася. Відповідно до технічних завдань, затверджених НР, кворум становив вісім осіб. Відтак, на момент початку офіційного процесу оцінювання у приміщенні знаходилися вісім членів ГТО, два спостерігачі та три члени секретаріату (представники організацій-фасилітаторів).

Після завершення усіх описаних вище процедур засідання було оголошене відкритим, і першою справою ГТО стали вибори Голови та Заступника голови групи.

Що стосується відбору ОР, то ГТО формально оцінила його потенціал і можливості. Приймаючи рішення, члени комісії активно обговорювали кандидата, а саме його сильні і слабкі сторони. Оскільки кандидат заявив, що він покладається на підтримку потужної групи СР, члени ГТО також здійснили оцінку запропонованих кандидатом субреципієнтів. Обговорення виявилися надзвичайно плідними. Через необхідність надання кандидатом додаткової інформації, ГТО провели ще кілька засідань. З одного боку, деякі питання виникали щодо самого кандидата, а з іншого – стосовно управлінської спроможності деяких СР. В результаті виважених дискусій члени групи підготували низку рекомендацій. ГТО підготувала свої висновки у формі аналітичної доповіді (Додаток 19) та матриці (Додаток 20), що були презентовані на наступному засіданні НР. Протоколи всіх трьох засідань ГТО доступні в Додатку 21.

Засідання НР відбулося 7 квітня, на якому Голова ГТО презентував висновки групи. Після цього на засіданні точилися жваві дискусії, адже деякі члени НР висловлювалися проти не тільки ОР, але й деяких СР. Це призвело до нового витка обговорень навколо питань доцільності негайного призначення СР. Члени НР проголосували у підтримку кандидата – Фонду Рината Ахметова «Розвиток України» (ФРУ) – як Основного реципієнта. Втім, НР утрималася від прийняття будь-яких рішень щодо СР (Додаток 22) до наступного засідання, яке відбулося в травні.

На наступному засіданні НР, яке відбулося 28 травня 2009 року члени НР вирішили затвердити п'ять суб-реципієнтів з шести запропонованих: Національний Центр по контролю за туберкульозом (МОЗ), Державний департамент з питань виконання покарань, МФБ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», РАТН та ТЧХУ (див. Додаток 23 з Положенням щодо конфлікту інтересів для членів НР). Визначення СР відповідального за компонент АКСМ буде здійснено по отриманню Україною гранту ГФСТМ. Для підтвердження див. Додаток 11.

(b) **Додайте** підписаний та датований протокол засідання, на якому члени прийняли рішення щодо Основного(их) реципієнта(ів) для кожного захворювання.

[Додаток 20](#)
[Додаток 21](#)
[Додаток 22](#)

2.2.5. Основний(і) реципієнт(и)

Назва	Захворювання	Сектор**
Фонд Рината Ахметова «Розвиток України»	ТБ	Приватний

<i>[використовуйте клавішу "Tab", щоб додати нові рядки (за необхідності)]</i>		
--	--	--

**** Виберіть «сектор» з можливих варіантів, зазначених у цій Формі в розділі 2.1.1.**

2.2.6. Незастосування подвійного фінансування

Надайте пояснення нижче, якщо щонайменше один Основний реципієнт від державного сектору та один Основний реципієнт від недержавного сектору не були призначені у цій заявці стосовно жодного із захворювань.
Оцінка ГТО заявки 8 раунду виявила два основних недоліки, що стосуються саме цього розділу. Слабка сторона №1 стосується доволі обмеженого попереднього досвіду Основного реципієнта у питаннях адміністрування великих грантів (навіть за підтримки ПРООН), а Недолік №2 стосується призупинення у минулому дії гранту на протидію ВІЛ і питань врахування здобутих уроків, Очевидно, що обидва ці недоліки мають відношення до МОЗ. І вони є занадто серйозними, адже за звичайних умов саме МОЗ стало б найбільш логічним та доцільним кандидатом на роль ОР гранту ГФСТМ у сфері протидії туберкульозу. Втім, в інтересах забезпечення отримання гранту на заходи з ТБ, без жодних претензій і з метою сприяння розробці та запровадженню більш потужної та набагато масштабнішої української національної програми боротьби з ТБ, МОЗ відмовилося від висування своєї кандидатури у якості ОР. Натомість Міністерство погодилося стати СР під керівництвом фінансово потужного ОР зі значним досвідом та інтересом до проблеми подолання туберкульозу і насамперед – ММС ТБ. Жодна інша урядова структура не висловила своєї зацікавленості у ролі ОР щодо ТБ в рамках 9 раунду.

2.2.7. Розв'язання конфліктів інтересів

(a) Чи є Голова та/або Заступник голови ККМ (або суб-ККМ) представниками тієї ж структури, що й <u>будь-який</u> Основний реципієнт, призначений для будь-якого із захворювань у цій заявці?	☐ Так <i>надайте докладну інформацію нижче</i>
	☒ Ні <i>→ перейдіть до р. 2.2.8.</i>
(b) Якщо так, додайте план розв'язання існуючих та можливих конфліктів інтересів.	☐ Так <i>[Вставити номер Додатку]</i>

2.2.8. Схвалення заявки членами

Додаток С – Інформація про склад та підписи	Чи були внесені в 'Додаток С' підписи усіх членів ККМ (або суб-ККМ)?	X Так
---	--	-------

ROUND 9 – Tuberculosis

Розділ 2: Відповідність кваліфікаційним критеріям		Назва та номер Додатку
ККМ та суб-ККМ		
2.2.2(a)	Вичерпна документація, що описує процеси , що використовуються для <u>запрошення</u> на подання пропозицій, які можуть бути інтегровані в загальну заявку (У випадку, якщо процеси щодо кожного захворювання відрізняються, поясніть кожний з процесів)	Н/З , оскільки це пере подача, тому конкурсу на пропозиції до Заявки не було
2.2.2(b)	Вичерпна документація, що описує процеси , що використовувалися для <u>аналізу</u> отриманих пропозицій, що можуть бути включені до даної заявки (У випадку, якщо процеси щодо кожного захворювання відрізняються, поясніть кожний з процесів.).	Н/З (Див. 2.2.3. нижче)
2.2.2(c)	Вичерпна документація, що описує процеси , що використовувалися для забезпечення участі широкого загалу зацікавлених сторін у процесі розробки заявки	Додаток 6 – 10
2.2.3(a)	Вичерпна документація, що описує процеси, що їх використовує ККМ (або суб-ККМ) для нагляду за реалізацією гранту	Додаток 13 Зустріч зацікавлених сторін Звіти на зустрічах зацікавлених сторін та на засіданнях НР Протоколи засідань НР Документація на веб-сайтах МОЗ, ОР та СР Звіти місцевих координаторів Фінансові та описові звіти місцевих організацій-надавачів послуг
2.2.3(b)	Вичерпна документація, що описує процеси , що використовувалися для забезпечення участі широкого загалу зацікавлених сторін у процесі нагляду за реалізацією гранту	Зустрічі зацікавлених сторін (щоквартально) Протоколи зустрічей зацікавлених сторін Документація на веб-сайтах МОЗ, ОР та СР
2.2.4(a)	Вичерпна інформація, що описує процеси, що використовувалися для вибору та призначення кожного Основного реципієнта (наприклад, протокол засідання ККМ, на якому було призначено ОР). У випадку, якщо процеси щодо кожного захворювання відрізняються, поясніть кожний з процесів	Додатки 15-22
2.2.7	Задokumentовані процедури розв'язання потенційного конфлікту інтересів між Основним(и) реципієнтом(и) та Головою чи Заступником голови координаційного механізму	Н/З

ROUND 9 – Tuberculosis

2.2.8	Протокол засідання ККМ (або суб-ККМ), на якому розроблена та підписана заявка.	Додаток 11
2.2.8	Схвалення/затвердження заявки усіма членами ККМ (або суб-ККМ).	Додаток С до Форми заявки
Інші документи, що їх додає кандидат, які мають відношення до розділів 1 і 2: <i>(за необхідності додайте до таблиці додаткові рядки, аби переконатися, що всі важливі документи були додані до заявки)</i>		

3. КОРОТКЕ РЕЮМЕ ЗАЯВКИ

3.1. Тривалість заявки	Запланована дата початку	До
Місяць і рік: <i>(до 5 років)</i>	Липень 2010	

3.2. Об'єднання грантів (а) Чи бажає ККМ (або суб-ККМ) об'єднати будь-який існуючий грант(и) Глобального фонду з туберкульозу із заявою щодо туберкульозу 9 раунду?		☐ Так <i>(перейдіть до (b) нижче)</i>
«Об'єднання» означає ситуацію, при якій кілька грантів можуть бути об'єднані для формування єдиного гранту. Відповідно до політики Глобального фонду це можливо, якщо один і той же Основний реципієнт (ОР) уже управляє щонайменше одним грантом стосовно того ж захворювання. Заявка з більше, ніж одним призначеним ОР може бути об'єднана з частиною заявки 9 раунду. ➔ Більш детальну інформацію щодо об'єднання грантів (включаючи аналіз деяких переваг і аспектів, що варто враховувати) можна знайти за адресою: http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/9/CP_Pol_R9_FAQ_GrantConsolidation_en.pdf		☒ Ні <i>(перейдіть до р. 3.3. нижче)</i>
(b) Якщо так, які гранти планується об'єднати із заявою 9 раунду після затвердження правлінням? <i>(Надайте список номерів відповідних грантів)</i>		

3.3. Узгодження з циклами планування та фінансовими періодами

Опишіть, як дата початку:	
(a)	узгоджується з національним циклом планування та формування бюджетів, а також фінансовими періодами; та/або
(b)	у випадках об'єднання грантів, підвищує узгодженість заходів з планування, впровадження та звітності.
а.) Національний бюджетний рік розпочинається 1 січня. Отримавши повідомлення про позитивний результат розгляду заявки Правлінням ГФСТМ в листопаді 2009 року, парламент та місцеві органи влади зможуть розпочати бюджетний процес та процес планування та узгодження державного бюджету на 2010 календарний рік та наступні роки із врахуванням коштів наданого Глобальним фондом гранту у сфері туберкульозу. Це дозволить їм спланувати можливості щодо гармонізації	

ROUND 9 – Tuberculosis

своїєї роботи, забезпечити фінансування додаткових ініціатив і налагодити зв'язки. Ця узгодженість сприятиме успішному старту деяких ініціатив, які без допомоги Глобального Фонду не були б профінансовані, або їх фінансування було б недостатнім.

2.) Практика злиття гранту не передбачена.

3.4. Програмний підхід до туберкульозу

3.4.1. Чи здійснюється планування і фінансування заходів країни з протидії туберкульозу на основі програмного підходу?	☐ Так. Дайте відповідь на 3.4.2
	☒ Ні. → Перейдіть до р 3.5.
3.4.2. If yes, does this proposal plan for some or all of the requested funding to be paid into a common-funding mechanism to support that approach?	☐ Так → Заповніть р. 5.5 як додатковий розділ для пояснення фінансових операцій системи спільного фінансування
	☐ Ні. Не заповнюйте р.5.5

ROUND 9 – Tuberculosis

3.5. Коротке резюме заявки 9 раунду щодо туберкульозу

Надайте коротке резюме заявки щодо туберкульозу, детальна інформація про яку міститься в Розділі 4.

Надайте інформацію тільки після написання р. 4

Ця Заявка містить запит \$ 103 459 619 доларів США на термін п'ять років для підтримки необхідних та важливих заходів з контролю за епідемією туберкульозу в Україні.

Головною метою цієї заявки є зменшення тягара туберкульозу в Україні шляхом розширення та покращення доступу до високоякісних послуг щодо ТБ.

Від недоліків чинної системи протидії туберкульозу в Україні найбільше потерпають уразливі та бідні групи населення. Після реалізації в Україні перших пілотних програм ДОТС 2001 року, уряд вжив дуже серйозних заходів у переорієнтації системи діагностики та лікування ТБ на засадах стратегії «Стоп ТБ», включаючи основоположні структурні зміни у системі контролю за ТБ. ДОТС-стратегія є повністю затвердженою, являючи собою основу для «Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011рр.», для виконання якої з Державного бюджету було виділено \$ 241 708 253 доларів США. Втім, уряд визнає проблему впровадження нової системи на практиці: для підтримки процесу переходу країні потрібні дуже серйозні додаткові фінансові та технічні ресурси, які перевищують можливості державного бюджету. Завдяки цій пропозиції Національна рада розраховує отримати фінансування, що стане каталізатором завершення переходу системи охорони здоров'я України до сучасної моделі контролю за ТБ. Загальна стратегія Заявки спрямована на синхронізоване реформування усіх ключових напрямків системи контролю за ТБ:

Завдання 1: Покращити діагностику туберкульозу шляхом оптимізації мережі лабораторій у цивільних та пенітенціарних закладах

Визнаючи основоположну роль надійної та доступної діагностики, це Завдання зосереджується на створенні мережі високоякісних лабораторій у сфері ТБ.

СНП: Покращення діагностики: В рамках цієї СНП буде забезпечена підтримка ухвалені урядом консолідації мережі протитуберкульозних лабораторій, спрямованої на зменшення їх кількості, їх повне обладнання та інтеграцію у функціональну мережу зі строгим контролем якості на чолі з потужною Національною референс-лабораторією за підтримки Супранациональної референс-лабораторії. Лабораторії на кожному рівні надання послуг чітко пов'язуються з діагностично-лікувальними функціями відповідних закладів охорони здоров'я.

Завдання 2: Покращити доступ до високоякісних послуг для людей, які, з різних причин, мають обмежений доступ до протитуберкульозних медичних послуг

Визнаючи низькі показники виявлення та виліковування ТБ в Україні, це Завдання зосереджується на підвищенні якості та прийнятності догляду у зв'язку з ТБ в рамках клієнт-центрованого підходу.

СНП: Розширення високоякісного ДОТС-лікування: Передбачає спрямованість на підготовку служб з питань ТБ та системи первинної медичної допомоги краще реагувати на особливі потреби груп населення з обмеженим доступом шляхом запровадження підходу індивідуального ведення пацієнтів з ТБ через забезпечення безперервності циклу догляду з моменту діагностики і до завершення підтримуючої фази. Особлива увага приділяється зміцненню децентралізованих та інтегрованих послуг у сфері ТБ аж до рівня сіл (включаючи «аутріч» на дому, якщо потрібно).

СНП: ММС ТБ: Передбачає систематичну реорганізацію та розгортання лікування ММС ТБ відповідно до міжнародних стандартів у 15 областях України з найвищим тягарем ТБ, кожного року до лікування ММС ТБ планується залучати до 2480 пацієнтів як з цивільного сектору, так і з пенітенціарної системи. Вдосконалення лікування ММС ґрунтується на концентрованому введенні лабораторної підтримки із забезпеченням якості, навчання, закупівлі препаратів та інфекційного контролю, включаючи належний розвиток інфраструктури (вентиляції, УФ – деконтамінатор).

СНП: ко-інфекція ТБ/ВІЛ: У якості додатку до фінансування на протидію ТБ/ВІЛ в рамках гранту 6 раунду ГФСТМ, передбачається посилити координацію у сфері ТБ/ВІЛ, виявлення випадків ТБ та

ROUND 9 – Tuberculosis

інфекційний контроль за ТБ; також планується розширити профілактичне лікування та охоплення тестуванням на ВІЛ і запровадити послуги зі зниження шкоди у протитуберкульозних закладах.

Завдання 3: Підвищити потенціал системи охорони здоров'я України щодо відповіді на ТБ шляхом покращення врядування (лідерство, моніторинг та оцінка, розвиток кадрових ресурсів), необхідного для успішної реалізації програми з ТБ.

В рамках цього Завдання пропонуються заходи, які разом допоможуть підсилити ключовий елемент, що лежить в основі загальнодержавної програми з ТБ:

СНП: Лідерство та управління у сфері контролю за ТБ: Заходи з підготовки менеджерів програм з протидії ТБ на національному та регіональному рівнях, та членів регіональних рад з ТБ/ВІЛ; організація регулярних національних конференцій з питань протидії туберкульозу.

СНП: Система моніторингу та оцінки ЗСОЗ: Підтримка розбудови потенціалу підтримуваних урядом відділів МіО у сфері туберкульозу в усіх регіонах та генерування відповідної стратегічної інформації.

СНП: Кадрові ресурси у сфері ЗСОЗ: Розробка комплексної національної стратегії з питань кадрового забезпечення у сфері протидії ТБ. Перегляд навчальних програм з ТБ в 43 вузах та закладах післядипломної підготовки медиків для переходу від ситуативного до регулярного навчання. Адаптація клінічних стандартів догляду ППЗЛ та створення національного плану із запровадження ППЗЛ. Посилення ролі Національного Центру по контролю за ТБ у сфері координації усіх освітніх заходів з питань туберкульозу в Україні.

Завдання 4: Підвищити загальний доступ до діагностики, лікування та догляду у зв'язку з ТБ через підвищення обізнаності, мобілізації політичної підтримки та зниження стигми

СНП: АКМ: Розробка та запровадження скоординованої національної стратегії АКМ на національному рівні та в усіх областях; мобілізація та підготовка НУО та громадських лідерів до активнішої участі у протидії ТБ; адвокація та охоплення груп з обмеженим доступом; підвищення рівня громадської обізнаності та стимулювання політичної волі й належного розподілу ресурсів для анти туберкульозних програм на усіх рівнях; подолання проблеми пов'язаної з ТБ стигми та дискримінації у системі охорони здоров'я та у суспільстві загалом; охоплення уразливих груп для мотивації пошуку догляду, і розширення охоплення послуг з ТБ шляхом залучення нових партнерів.

Очікується, що об'єднані зусилля, фінансовані в рамках цієї Заявки, доповнять чинну Загальнодержавну програму з ТБ, і дозволять Україні досягти її цілей за 5 років, що дозволить до забезпечення 70% виявлення та 80% виліковування випадків ТБ. Завдання та заходи, описані у цій Заявці, відповідають стратегії «Стоп ТБ», спрямовуються підвищення її дієвості та враховують усі недоліки, виявлені у попередній Заявці 8 раунду ГФСТМ. Зокрема, вони відображають відданість уряду справі подоланню структурних проблем, виявлених у ході попередніх оцінок, а також містять результати проведених нещодавно аналізів прогалин. Крім того, вони доповнюють зусилля інших донорів у сфері протидії ТБ та ТБ/ВІЛ, включаючи проекти АМР США, заходи в рамках позики Світового банку, проекти приватних благодійників (Благодійний фонд «Розвиток України»), а також заходи в рамках гранту 6 раунду ГФСТМ.

ROUND 9 – Tuberculosis

4 ОПИС ПРОГРАМИ

4.1. Національна програма і стратегія

(а) Коротко опишіть:

- Чинну національну програму або стратегію щодо туберкульозу;
- Яким чином ця стратегія комплексно вирішує проблеми існуючої епідеміологічної ситуації в країні; та
- Більш значущі результати у сфері туберкульозу, що очікуються від реалізації цих програм або стратегії.

Національна програма з туберкульозу (тут і надалі – Загальнонаціональна програма з ТБ) була розроблена на основі ДОТС-стратегії та затверджена як Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2007 -2011 роки» № 648-V від 08.02.2007 рік¹⁶. В рамках виконання заходів Національної програми був створений урядовий орган державного управління - Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам (надалі - Комітет), а також Всеукраїнський Центр контролю за туберкульозом МОЗ України.

Метою Програми є поліпшення епідеміологічної ситуації в країні шляхом зниження показників захворюваності та смертності населення від туберкульозу, запобігання розвитку ММС ТБ, підвищення ефективності лікування, удосконалення системи підготовки медичних працівників, поліпшення лабораторної діагностики туберкульозу.

Створення Національного плану боротьби з ТБ почалося з пілотного проекту ВООЗ щодо впровадження ДОТС-стратегії у Донецькій області у 2001-2005 роках за фінансової підтримки АМР США. У співпраці з національними та місцевими органами охорони здоров'я, у четвертому кварталі 2005 року розпочався проект ВООЗ з впровадження елементів ДОТС в 5 областях України. Цей проект був запланований як частина заходів з впровадження ДОТС-стратегії іншими організаціями за координації та підтримки МОЗ України. Стратегія ДОТС була поширена на наступні регіони: Дніпропетровська (населення - 2,4 млн. осіб), Запорізька (1,8 млн.), Харківська (2,5 млн.), Херсонська (1,2 млн.) області та АР Крим (1,7 млн.). Вибір регіонів ґрунтувався на епідеміологічних показниках з туберкульозу, тягарю ТБ та рівню розвитку системи надання первинної медичної допомоги. Наприклад, показники реєстрації ТБ у Харківській області в 2005 році становили 93 на 100 тисяч населення, а середній показник України становив 81 на 100 тисяч населення.

Розпочинаючи з пілотних областей, що отримували донорську підтримку, у 2007-2008 роках ДОТС-стратегію було розширено на всю територію країни шляхом перегляду клінічних протоколів з лікування, адаптації схем закупівлі ліків, розробки необхідних навчальних матеріалів та навчання керівних працівників протитуберкульозної служби.

Чинна Загальнонаціональна програма наразі перебуває на другому році впровадження. Однак, аналогічно до Національної програми зі СНІДу на 2004-2008 рр., вона визначає загальні засади, проте не передбачає фінансування багатьох аспектів. Основні фінансові недоліки Загальнонаціональної програми стосуються інформаційних заходів, розвитку лабораторної діагностики, забезпечення контролю якості, компоненту МіО, задоволення потреб уразливих груп та зусиль з соціальної мобілізації.

Програма містить 15 Завдань, виконання кожного з яких вимірюється кількома показниками. Зокрема, до 2011 року планується досягти показника у 60% виявлення нових випадків за методом мікроскопії мазка мокротиння; забезпечити охоплення лікуванням на рівні 95% та досягти показника успішності лікування у 85%. Фінансування Загальнонаціональної програми з ТБ на 2007-2011 рр. становить 240 000 000 доларів США, що є недостатнім для фінансування усіх необхідних заходів з протидії ТБ.

¹⁶ Закон України – Додаток 23

ROUND 9 – Tuberculosis

Виконання програми дозволить вирішити наступні питання:

- ~ координація роботи міністерств, інших органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, громадських організацій у сфері запобігання поширенню туберкульозу;
- ~ дотримання затверджених стандартів лікування хворих під прямим медичним контролем;
- ~ моніторинг виконання Загальнонаціональної програми з ТБ на регіональному рівні;
- ~ забезпечення функціонування мережі лабораторій;
- ~ забезпечення хворих на туберкульоз протитуберкульозними препаратами другого ряду;
- ~ удосконалення системи обліку і звітності щодо результатів лікування хворих та забезпечення функціонування Національного електронного реєстру ТБ (AMP США/MSH/PATH);
- ~ виконання заходів з профілактики ММС ТБ та передачі ко-інфекції ТБ/ВІЛ;
- ~ проведення своєчасної діагностики туберкульозу шляхом мікроскопії мазка мокротиння в закладах охорони здоров'я всіх форм власності;
- ~ надання соціальних послуг хворим на туберкульоз;
- ~ підготовка медичного персоналу протитуберкульозних диспансерів і закладів ПМД з питань профілактики та лікування ТБ;
- ~ здійснення систематичного інформування населення з питань профілактики і лікування ТБ, соціальної реклами здорового способу життя.

Виконання Програми дасть змогу:

- ~ запобігти поширенню ММС ТБ;
- ~ знизити показник переривання лікування до 10%;
- ~ довести кількість виявлених методом бактеріоскопії до 60% серед всіх осіб, що вперше захворіли;
- ~ удосконалити систему надання населенню протитуберкульозної допомоги;
- ~ залучити понад 80% медичних працівників до навчання за міжнародними стандартами;
- ~ своєчасно виявляти хворих на туберкульоз;
- ~ створити систему лабораторного контролю за якістю протитуберкульозних препаратів.

У результаті стабілізації епідеміологічної ситуації очікується зменшення видатків з державного бюджету, передбачуваних для запобігання поширенню туберкульозу.

- (b) Виберіть з наведеного нижче переліку та додайте* **тільки ті документи, що безпосередньо відносяться** до основного напрямку цієї заявки (або *вказіть номер Додатку із заявки 7 чи 8 раунду, коли такий документ подавався востаннє, і Глобальний фонд отримає цей документ з наших архівів).

Також вкажіть конкретні сторінки (цих документів), що підтверджують інформацію, описану в р.4.1.

Документ	Номер Додатка до заявки	Посилання на сторінку
☐ Національний план розвитку /Стратегічний план системи охорони здоров'я		
☒ Національна середньострокова стратегія або план боротьби з туберкульозом: Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011 роках», № 648-V від 08.02.2007	Додаток 23, в Раунді 8	
☒ Національне керівництво з туберкульозу (медичне та лабораторне): 1. Наказ №45 «Про затвердження Інструкції з бактеріологічної діагностики туберкульозної інфекції» від 06.02.2002 . 2. Наказ МОЗ № 318 «Про затвердження Протоколу по впровадженню ДОТС-стратегії в Україні» від 24.05.2006	Додаток 24, в Раунді 8 Додаток 24	

ROUND 9 – Tuberculosis

3. Наказ МОЗ №384 «Про затвердження Протоколу надання медичної допомоги хворим на туберкульоз» від 09.06.2006	Додаток 25	
4. Наказ МОЗ №600 «Про затвердження стандарту надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз» від 22.10.08;	Додаток 26	
5. Наказ МОЗ №276 «Про затвердження клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання – туберкульоз та ВІЛ-інфекцію» від 28.05.08	Додаток 27	
6. Наказ МОЗ та АМНУ №337/42 «Про забезпечення функціонування Центральної референс-лабораторії МОЗ та мережі лабораторій для мікроскопії ТБ», 20 травня 2009 року	Додаток 28	
☐ Важливі субгалузеві стратегії, що стосуються заявки (наприклад, національна чи субнаціональна політика щодо кадрових ресурсів, норми і стандарти)		
☐ Найостанніші річні звіти, звіти чи аналіз моніторингових місій, включаючи будь-які епідеміологічні звіти, що безпосередньо стосуються заявки		
☐ Національний план з моніторингу та оцінки (галузь охорони здоров'я, що стосується захворювання, інше)		
☐ Національні стратегії, спрямовані на досягнення гендерної рівності стосовно надання послуг з діагностики, лікування, догляду та підтримки хворих на туберкульоз для всіх, хто їх потребує		

4.2. Вихідні дані щодо епідеміології

4.2.1. територіальне охоплення цієї заявки		
(а) Чи охоплюють заходи:		
X Всю країну	X Всю країну <i>**Якщо так, вставте карту і покажіть місцезнаходження</i>	X Всю країну <i>**Якщо так, вставте карту і покажіть їх місцезнаходження, якщо вони проживають на певній території країни</i>

ROUND 9 – Tuberculosis

Захворюваність населення України на активну форму туберкульозу (на 100 тисяч населення)



**** Вставте карту тут, якщо необхідно**

(а) Розмір груп населення (якщо національні дані деталізовані по-іншому, вкажіть відповідні дані, замінюючи категорії)			
Групи населення	Чисельність	Джерело даних	Рік оцінки
Все населення країни (всі вікові категорії)	46 143 700	Державний комітет статистики України	1 січня 2009 року
Жінки > 25 років	18 062 837	Державний комітет статистики України	1 січня 2009 року
Жінки 19 – 24 роки	1 895 750	Державний комітет статистики України	1 січня 2009 року
Жінки 15 – 18 років	1 655 653	Державний комітет статистики України	1 січня 2009 року
Чоловіки > 25 років	14 119 642	Державний комітет статистики України	1 січня 2009 року
Чоловіки 19 – 24 роки	1 977 600	Державний комітет статистики України	1 січня 2009 року
Чоловіки 15 – 18 років	1 737 770	Державний комітет статистики України	1 січня 2009 року
Дівчатка 0 – 14 років	3 316 771	Державний комітет статистики України	1 січня 2009 року
Хлопчики 0 – 14 років	3 389 668	Державний комітет статистики України	1 січня 2009 року

ROUND 9 – Tuberculosis

(а) Розмір груп населення (якщо національні дані деталізовані по-іншому, вкажіть відповідні дані, замінюючи категорії)			
Групи населення	Чисельність	Джерело даних	Рік оцінки
Пенітенціарне населення країни	143 363	Державний департамент України з питань виконання покарань	1 січня 2009 року
Ув'язнені та особи, що перебувають у слідчих ізоляторах	35 690	Обласна звітність	2008
ЛЖВС	91 717	МОЗ України Бюлетень з ВІЛ-інфекції, № 29	2008
Ромське населення	47 587	Дані національного перепису населення	2001

4.2.2. Епідеміологічна ситуація з ТБ серед цільових груп населення			
Показники (див. посилання в кінці цієї таблиці)		Показники (див. посилання в кінці цієї таблиці)	Показники (див. посилання в кінці цієї таблиці)
Оціночні дані щодо ТБ, 2007			
a	Оціночне число нових хворих на ТБ (усі форми)	46 916	Звіт ВООЗ, 2009
	2 533	Звіт ВООЗ, 2009	
	3 049	Звіт ВООЗ, 2009	
b	Оціночна кількість нових хворих на ТБ (усі форми) на 100 тисяч населення	102	Звіт ВООЗ, 2009
c	Оціночна кількість нових хворих на ТБ з позитивним мазком	20 163	Звіт ВООЗ, 2009
d	Оціночна кількість нових хворих на ТБ з позитивним мазком на 100 тисяч населення	44	Звіт ВООЗ, 2009
e	Оціночна поширеність ТБ (усі форми)	47 008	Звіт ВООЗ, 2009
f	Оціночна поширеність ТБ (усі форми) на 100 тисяч населення	102	Звіт ВООЗ, 2009
g	Оціночна кількість смертей через ТБ (усі форми)	6 744	Звіт ВООЗ, 2009
h	Оціночна кількість смертей через ТБ (усі форми) на 100 тисяч населення	15	Звіт ВООЗ, 2009
i	Оціночна кількість нових ВІЛ-позитивних хворих на ТБ (усі форми)	9491	Звіт ВООЗ, 2009
j	Оціночна кількість нових ВІЛ-позитивних хворих на ТБ (усі форми) на 100 тисяч населення	21	Звіт ВООЗ, 2009
k	Оціночна кількість хворих на ТБ з множинною медикаментозною стійкістю (сума нових та повторних випадків)	9835	Звіт ВООЗ, 2009
ka	Оціночний % хворих на ТБ (нових та повторних) з множинною медикаментозною стійкістю	60	Звіт ВООЗ, 2009

ROUND 9 – Tuberculosis

Зареєстровані дані щодо ТБ, 2007				
l	Кількість зареєстрованих нових хворих на ТБ (усі форми)		40643	Звіт ВООЗ, 2009
		Хлопчики, 0-14	334	Звіт МОЗ, 2009
		Чоловіки, 15 і старше	25934	Звіт МОЗ, 2009
		Дівчатка, 0-14	287	Звіт МОЗ, 2009
		Жінки, 15 і старше	10540	Звіт МОЗ, 2009
m	Кількість зареєстрованих нових хворих на ТБ (усі форми) на 100 тисяч населення		81	Звіт ВООЗ, 2009
n	% зареєстрованих нових хворих на ТБ (усі форми) від оціночного числа		74	Звіт ВООЗ, 2009
o	Кількість зареєстрованих нових хворих на ТБ з позитивним мазком			
		Хлопчики, 0-14	14	Звіт ВООЗ, 2009
		Чоловіки, 15-44	11269	Звіт ВООЗ, 2009
		Чоловіки, 45 і старше	8244	Звіт ВООЗ, 2009
		Дівчатка, 0-14	7	Звіт ВООЗ, 2009
		Жінки, 15-44	3957	Звіт ВООЗ, 2009
		Жінки, 45 і старше	2154	Звіт ВООЗ, 2009
p	Кількість зареєстрованих нових хворих на ТБ з позитивним мазком на 100 тисяч населення		24	Звіт ВООЗ, 2009
q	% зареєстрованих нових хворих на ТБ з позитивним мазком від оціночного числа – частка виявлення нових хворих на ТБ з позитивним мазком		55	Звіт ВООЗ, 2009
s	Кількість хворих на ТБ усіх форм (нових та повторних), які пройшли тестування на ВІЛ		Немає даних	
t	% хворих на ТБ усіх форм (нових та повторних), які пройшли тестування на ВІЛ		Немає даних	□
u	Кількість зареєстрованих хворих на ТБ усіх форм (нових та повторних), у яких було виявлено ВІЛ, або відомо про їх ВІЛ-позитивний статус		2345	Звіт ВООЗ, 2009
v	% усіх оціночних ВІЛ-позитивних хворих з ТБ, у яких було виявлено ВІЛ, або відомо про їх ВІЛ-позитивний статус – виявлення хворих на ВІЛ + ТБ		25	Звіт ВООЗ, 2009
w	Кількість зареєстрованих ВІЛ-позитивних хворих на ТБ (нових та повторних), які розпочали чи продовжили СРТ		Немає даних	
x	% зареєстрованих ВІЛ-позитивних хворих на ТБ (нових та повторних), які розпочали чи продовжили СРТ		Немає даних	
y	Кількість зареєстрованих ВІЛ-позитивних хворих на ТБ (нових та повторних), які розпочали чи продовжили АРТ		Немає даних	
z	% зареєстрованих ВІЛ-позитивних хворих на ТБ (нових та повторних), які розпочали чи продовжили АРТ		Немає даних	
aa	Кількість хворих на ТБ (нових та повторних), які пройшли діагностику DST		Немає даних	
ac	Кількість зареєстрованих хворих на ТБ з множинною медикаментозною стійкістю (ММС ТБ) серед нових та повторних хворих		Немає даних	

ROUND 9 – Tuberculosis

ad	% усіх оціночних хворих на ММС ТБ, у яких була виявлена ММС ТБ – виявлення хворих з ММС ТБ	Немає даних	
Результати лікування, 2006			
ae	Кількість нових хворих з позитивним мазком, яких було записано на лікування	10351	Звіт ВООЗ, 2009
af	% усіх зареєстрованих хворих на ТБ з позитивним мазком, яких було записано на лікування	73	Звіт ВООЗ, 2009
ag	Кількість нових хворих на ТБ з позитивним мазком, чиє лікування виявилось успішним (когорта 2006 року)	6107	Звіт ВООЗ, 2009
ah	% усіх нових записаних на лікування хворих на ТБ з позитивним мазком, чиє лікування виявилось успішним (когорта 2006 року)	59	Звіт ВООЗ, 2009
ai	Кількість нових хворих на ТБ з позитивним мазком, чиє лікування виявилось невдалим	1242	Звіт ВООЗ, 2009
aj	% усіх нових записаних на лікування хворих на ТБ з позитивним мазком, чиє лікування виявилось невдалим (когорта 2006 року)	12	Звіт ВООЗ, 2009
ak	Кількість нових хворих на ТБ з позитивним мазком, які померли під час лікування	1242	Звіт ВООЗ, 2009
al	% усіх нових записаних на лікування хворих на ТБ з позитивним мазком, які померли під час лікування (когорта 2006 року)	12	Звіт ВООЗ, 2009
am	Кількість нових хворих на ТБ з позитивним мазком, які не дотримувалися лікування	932	Звіт ВООЗ, 2009
an	% усіх нових записаних на лікування хворих на ТБ з позитивним мазком, які не дотримувалися лікування (когорта 2006 року)	9	Звіт ВООЗ, 2009
ЛЖВС (нові випадки, відсотки тощо, можливі оціночні дані)		90 685	МОЗ, Бюлетень № 29 ВІЛ-інфекція в Україні, 2007
Ромське населення (нові випадки, відсотки тощо, можливі оціночні дані)		47 587	Дані по перепису населення за 2001

1. Глобальна боротьба з туберкульозом: епідагляд, планування, фінансування: звіт ВООЗ за 2008 рік//Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2008. "WHO/HTM/TB/2008.393".
2. Протитуберкульозна медикаментозна стійкість у світі. Четвертий глобальний звіт//Anti-tuberculosis drug-resistant in the world. Fourth global report. WHO/HTM/TB/2008.394
3. Дані системи обліку та звітності щодо ТБ в країні.

ROUND 9 – Tuberculosis

4.3. Головні перешкоди та прогалини

(Відповідаючи на наведені нижче питання, зверніть увагу на слабкі сторони та прогалини, що існують в урядовому та неурядовому секторі, та на рівні громад. Також враховуйте будь-які ключові уражені групи населення¹⁷, включаючи жінок, дівчаток та сексуальні меншини, які, можливо, мають непропорційно обмежений доступ до послуг з діагностики, лікування, догляду та підтримки в зв'язку з туберкульозом)

4.3.1. Програма з туберкульозу

Опишіть:

- Основні слабкі сторони в реалізації чинної програми або стратегії з туберкульозу;
- Як ці слабкі сторони впливають на досягнення запланованих національних результатів у сфері туберкульозу, та
- Існуючі прогалини у наданні послуг цільовим групам населення.

На основі об'єднаного програмного звіту з контролю за туберкульозом в Україні (Додаток 27, Раунд 8), звітів двох місій з аналізу лабораторій в Україні (Додаток 3 – Лабораторна місія ВООЗ в 2007 р., Додаток 4 – Лабораторна місія ВООЗ в 2009 р.) та висновків національних робочих зустрічей зі зміцнення систем охорони здоров'я та контролю за туберкульозом (Додаток 29), було виявлено наступні слабкі сторони та прогалини у впровадженні Загальнодержавної програми і зокрема – у реалізації стратегії «Стоп ТБ»:

Слабкі сторони:

1. Неналежний потенціал новостворених координаційних та управлінських структур управління загальнонаціональної програми стосовно централізованого планування заходів з контролю за туберкульозом, а також використання стратегічної інформації (наприклад, використання інструментарію ORSA (операційні дослідження/аналіз систем)), закупівлі і контроль за реалізацією Загальнонаціональної програми з ТБ.
2. Хоча Загальнонаціональна програма з ТБ визначає пріоритети фінансування, майже половина заходів не має належного фінансового забезпечення. Аналогічну ситуацію можна спостерігати і на регіональному рівні, де місцевим програмам з ТБ також бракує необхідних ресурсів. Доступні ресурси не завжди розподіляються у найбільш економічно ефективний спосіб відповідно до міжнародних стандартів та найкращої практики.
3. Правові та регуляторні документи з ТБ не завжди відповідають одне одному. Станом на 1 січня 2006 року адаптована ДОТС-стратегія була запроваджена на усій території України, однак це не означає, що повсюди існують високоякісні послуги з ДОТС. 2006 року, ґрунтуючись на положеннях адаптованої ДОТС-стратегії та міжнародних рекомендацій, МОЗ затвердило низку клінічних протоколів з лікування хворих на ТБ (Накази МОЗ №384 – Додаток 24, Наказ №45 – Додаток 24 з Раунду 8). Втім, ці та інші офіційні документи щодо ТБ ще не були повністю втілені у Загальнонаціональну програму з ТБ. Аналогічним чином, нова політика поки що не знайшла свого відображення у численних нормативних документах з питань ТБ, що існували раніше. Відсутність національних нормативних документів, які б включали в себе стратегічні компоненти «Стоп ТБ» та найостанніші стандарти догляду можуть суттєво ускладнити надання послуг з протидії туберкульозу.
4. Неналежна взаємодія та координація між МОЗ та іншими урядовими і неурядовими структурами та організаціями, насамперед – з Державним департаментом України з питань виконання покарань. Ув'язнені, що лікуються від ТБ у в'язницях, можуть припинити його, якщо строк їх покарання закінчується раніше, ніж курс лікування ТБ – для цього є цілий ряд особистих, соціальних та організаційних питань. Відтак забезпечення безперервності догляду у цій групі є неналежним.
5. Лабораторна мережа з протидії ТБ є слабкою через надмірну кількість таких лабораторій, брак найновіших експрес-методів діагностики ТБ і ММС ТБ, а також через неналежний контроль якості.
6. Брак сучасного інфекційного контролю в протитуберкульозних медичних закладах.
7. Хоча в країні існує розгалужена мережа закладів ПМД, спеціалісти якої доволі активно займаються виявленням хворих з підозрою на ТБ і здійснюють попередню діагностику

¹⁷ Див. визначення у розділі 2 з «[Принципів підготовки заявок на фінансування – 9 раунд](#)»

ROUND 9 – Tuberculosis

туберкульозу, залучення системи ПМД у лікування туберкульозу на етапі супроводу (амбулаторного лікування) хворих на ТБ є дуже обмеженим. Це викликано нестачею направлень та інформаційного обміну між системами ПМД та контролю за ТБ.

8. Можливості МіО є обмеженими, а реєстрація та моніторинг хворих на ТБ і досі ведеться «на папері». Розроблена система МіО випадків ТБ та відстеження виконання Загальнонаціональної програми не запроваджена повною мірою, так само, як і система епіднагляду, заснована на міжнародних стандартах. Відсутність електронної системи МіО сповільнює процес аналізу отриманих даних та реалізацію коригувальних заходів. Крім того, це значно ускладнює контроль за виконанням програми.
9. В рамках проекту AMP США/ MSH/PATH у Всеукраїнському центрі контролю за туберкульозом було розроблено та запроваджено електронний реєстр, однак його ще потрібно встановити в усіх регіонах України та навчити персонал користуватися ним. Загальнонаціональна програма не передбачає фінансування підтримки реєстру (зарплати, Інтернет тощо).
10. Неналежна громадська обізнаність щодо проблем ТБ.

Наслідки:

1. Слабке управління національної програми призводить до неефективності або повної відсутності стратегічного планування, плану розвитку кадрових ресурсів (ПРКР), аналізу стратегічної інформації, неадекватних закупівель та процесів формування бюджету.
2. Брак фінансування становить загрозу для реалізації програми, включаючи перебої у постачанні деяких протитуберкульозних препаратів. Зокрема, немає коштів для фінансування низки заходів, які безпосередньо не стосуються надання послуг, але є дуже важливими для системи протидії ТБ з точки зору реалізації нової протитуберкульозної політики (включаючи додаткове навчання, розробку стратегій, консолідація лабораторій, реформування системи УЗП тощо).
3. Незважаючи на офіційне прийняття Загальнонаціональної програми з ТБ (включаючи лікування за методами ДОТ), її впровадження в країні не є адекватним, що призводить до надання послуг з ТБ неналежної або поганої якості, що у свою чергу, сприяє подальшому поширенню ММС ТБ.
4. Брак координації між цивільною програмою з протидії ТБ та протитуберкульозними послугами інших урядових систем (наприклад, пенітенціарна система, збройні сили та органи внутрішніх справ, служби з контролю міграції) заважає впровадженню ДОТС та підходів інтегрованого лікування. Відсутність координації з неурядовими організаціями у сфері надання соціальної підтримки хворим на ТБ.
5. Лабораторне тестування ТБ неналежної якості призводить до неправильного встановлення діагнозу звичайного ТБ та ММС ТБ, і відтак – до призначення неефективних курсів лікування.
6. відсутність сучасного інфекційного контролю призводить до поширення штамів ТБ та ММС ТБ серед стаціонарних пацієнтів, спричиняючи нові інфекції, насамперед – серед ВІЛ-позитивних осіб і медичного персоналу, таким чином підвищуючи тягар захворювання і виснаження кадрів.
7. Брак орієнтованих на пацієнта підходів у забезпеченні супроводу лікування ТБ на рівні закладів ПМД сприяє збільшенню кількості випадків невдалого лікування, що підвищує тягар ТБ та ММС ТБ.
8. Труднощі з відстеженням розгортання та досягнень програми; час від часу програмні рішення ґрунтуються на ненадійних і неперевіраних фактах через недорозвинену систему МіО та епідеміологічного нагляду (це стосується насамперед ММС ТБ та ко-інфекції ТБ/ВІЛ).
9. Громадська обізнаність залишається низькою, і це знижує рівні прагнення до здорової поведінки, а також сприяє поширенню стигми і дискримінації людей, які живуть з туберкульозом.

Прогалини у наданні послуг щодо ТБ:

1. Сьогодні лише в декількох лабораторіях здійснюється зовнішній контроль якості, що серйозно обмежує до високоякісних послуг з діагностики туберкульозу.
2. Сьогодні ДОТС є основою Загальнонаціональної програми, однак всебічна підтримка впровадження підходів ДОТС надається лише в 10 областях, які отримували зовнішню технічну допомогу: у цих областях наразі мешкає приблизно половина населення України. В усіх без виключення областях продовжують існувати проблеми з введенням орієнтованих на пацієнта підходів до лікування та догляду у зв'язку з ТБ, особливо у фазі продовження на периферії системи охорони здоров'я. Доступ до лікування для груп з множинними медичними проблемами та соціальними потребами є особливо обмеженим через відсутність координації і

ROUND 9 – Tuberculosis

направлень між соціальними та медичними вертикальними системами щодо ТБ та ВІЛ у питаннях надання послуг хворим на ТБ, що представляють уразливі групи; крім того, не відбувається інтеграції послуг. Це насамперед торкається людей, які живуть з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ.

3. В той час, як протоколи лікування ММС ТБ були приведені у відповідність до міжнародних стандартів, лікування ММС ТБ не відповідає стандартам КЗС через постійні недоліки у деяких з його компонентів (а саме лабораторії та УЗП). Як наслідок, доступ до високоякісного лікування для людей з ММС ТБ є неадекватним.
4. Потенціал системи первинної медичної допомоги використовується не у повній мірі, а соціальна підтримка та робота «аутріч» взагалі відсутні. Брак орієнтації пацієнта та ведення хворого на периферії системи насамперед уражає бідні та/або уразливі групи населення, в тому числі тих, хто живе з ко-інфекціями та тих, хто перебуває в небезпечних соціальних умовах або в особливому середовищі (наприклад, слідчі ізолятори).
5. Рівні поінформованості та обізнаності щодо ВІЛ серед загального населення, медичної сфери та серед уразливих груп є низьким. В результаті серед професійних медичних та загального населення дуже поширені стигма і дискримінація, а попит на діагностику та лікування залишається низьким, особливо серед уразливих груп.

4.3.2. Система охорони здоров'я

Опишіть головні слабкі сторони та/або прогалини у системі охорони здоров'я, які впливають на результати у сфері туберкульозу.

Описання може містити наступне:

- *Питання, які є спільними у підготовці програм та наданні послуг щодо ВІЛ, туберкульозу та малярії, і*
- *Питання, що стосуються системи охорони здоров'я та результатів у сфері туберкульозу (наприклад, послуги з ППЗЛ), однак які, можливо, не стосуються програм і надання послуг щодо туберкульозу та малярії.*

Сьогодні система охорони здоров'я України переживає перехідний період від застарілої системи надмірної госпіталізації та вертикалізації до більш інтегрованих послуг, орієнтованих на амбулаторних догляд з особливим фокусом на лікування загальних захворювань на рівні первинної медичної допомоги. Цей перехід відбувається в умовах напівзруйнованої інфраструктури, браку сучасного обладнання та кадрового забезпечення усієї медичної галузі, а також на тлі слабкої та застарілої системи підготовки нових медичних спеціалістів. Хоча від цих проблем потерпає уся система охорони здоров'я, існує ряд специфічних чинників, які безпосередньо впливають на ситуацію з ТБ:

Лідерство та управління: Неякісне планування та впровадження програм

Система охорони здоров'я України традиційно ґрунтувалася на «системі внесків», а не на підходах до планування та фінансування, спрямованих на «результат». Результатом цього стала нечітка підзвітність щодо досягнення результатів у сфері охорони здоров'я. Розвиток та впровадження медичних програм, з-поміж іншого, потерпають й від дублювання і перетину повноважень різних інституцій, а також від браку зв'язності реалізації та пов'язаних з цим нормативних положень і наказів, що видаються на різних рівнях системи охорони здоров'я. Працівники державних інституцій практично не отримують знань про нові управлінські підходи.

Вплив на ТБ: В країні була офіційно прийнята нова політика щодо організації послуг та надання лікування у зв'язку з ТБ, яка повністю відповідає стратегії «Стоп ТБ», однак у процесі її втілення у програми на периферії медичної системи виникли дуже серйозні проблеми, пов'язані, насамперед, з браком управлінського потенціалу, продовженням існування застарілих та суперечливих протитуберкульозних нормативів, а також відсутності координації між заходами на національному та регіональному рівнях.

Медичні кадри: відсутність планування розвитку людських ресурсів і пов'язаний з цим брак кадрових ресурсів

Сьогодні в Україні спостерігається скорочення чисельності медичних фахівців через зменшення

ROUND 9 – Tuberculosis

кількості тих, хто бажає навчатися на медика (особливо яскраве це проявляється у сфері підготовки медичних сестер), а також через відтік медичних спеціалістів за кордон і їх перехід в інші, немедичні галузі. Прогрес стосовно рівня зарплат та умов праці не встигав за покращеннями у приватному секторі – саме ці чинники визначають для медиків привабливість їх професії. Існуючі кадрові ресурси працюють неефективно внаслідок неоптимального розподілу завдань між різними фахівцями а рівнями системи. Загалом, в країні не проводиться планування розвитку кадрових ресурсів, включаючи прогнозування попиту за спеціальностями та регіонами. Традиційним освітнім механізмам (в тому числі – системі післядипломної освіти) дуже важко адаптуватися до підходів до лікування, що змінюються досить швидко. **Вплив на ТБ:** Система протидії туберкульозу особливо сильно потерпає від описаних вище чинників: насамперед, це погана інфраструктура багатьох послуг з ТБ, відсутність сучасного інфекційного контролю, практично повна відсутність делегування завдань на нижчі рівні та застарілі навчальні плани. Результатом цього є дуже великий дефіцит (як у відносних, так і в абсолютних числах) спеціалістів-фтизіатрів – приблизно 40% відповідних посад є вакантними. Відтак, протитуберкульозні послуги потрапили до справжнього хибного кола: вони втрачають свої кадри з одночасним погіршенням умов праці, при цьому потенціал системи ПМД використовується далеко не повністю.

Фінансування: Брак фінансових ресурсів

Глобальна фінансова криза болуче вдарила по Україні, тому державні витрати на усіх рівнях дуже ретельно перевіряються. Бюджет на охорону здоров'я було суттєво скорочено (24%), а бюджет на підтримку та інвестиції в інфраструктуру на наступний рік дорівнює нулю. Фінансування заходів з протидії ТБ забезпечуються з державного та місцевих бюджетів. Національний бюджет покриває, насамперед, закупівлі препаратів та медичного обладнання для усіх регіонів. З місцевих бюджетів фінансуються заклади, сплачується зарплата співробітникам, а також покриваються інші витрати за принципом розподілу, який в Україні орієнтується на внески (в першу чергу – на основі ліжко-місць), на не на результат. Фрагментація механізмів об'єднання призводить до надмірної кількості лікарняних ліжок та закладів. Тому бюджети на основі внесків спричиняють надміру тривале перебування у закладах.

Вплив на ТБ: Занадто складні механізми спільного фінансування з національного та місцевих бюджетів, а також продовження фінансування системи на засадах внесків – це стимули для лікарень якомога довше утримувати хворих з ТБ на стаціонарному лікуванні. Наявні кошти використовуються для підтримки програм лікування, однак коштів на підтримку перехідного етапу до застосування нової стратегії ТБ не існує. Дуже значні фінансові інвестиції робляться в профілактичні заходи сумнівної цінності, такі, як масовий скрінінг та мікроскопія абияк відібраних пацієнтів з підозрою на захворювання, а також повторна вакцинація БЦЖ.

Товари медичного призначення: Неоптимальний доступ до якісних протитуберкульозних препаратів

Україна лише нещодавно запровадила вимоги щодо відповідності GMP («належна виробнича практика») та біоеквівалентності як умови для реєстрації ліків в Україні, однак деякі препарати були зареєстровані і з'явилися на ринку ще до затвердження цих регуляторних змін. За виключенням наркотиків, будь-які ліки можна вільно придбати в аптеках. Базові протитуберкульозні препарати закуповуються коштом державного бюджету, але їх дефіцит також є нерідким явищем внаслідок неправильних розрахунків їх споживання у регіонах, оскільки електронний менеджмент ліків не ведеться на усіх рівнях. Такий дефіцит ліків виникає саме з вини регіонів – держава протягом останніх двох років повністю забезпечує річний запас цих препаратів. **Вплив на ТБ:** Ця проблема, викликана браком фінансування, стосується в першу чергу наявності деяких протитуберкульозних препаратів другого ряду. Хворим часто пропонують купувати деякі з цих ліків з власної кишені.

Функціональність мережі протитуберкульозних лабораторій залишається обмеженою через відсутність дієвої Національної референс-лабораторії, надмірну кількість лабораторій з ТБ, брак кадрового забезпечення та обладнання, а також сумнівну якість реагентів, що використовуються лабораторіями. В країні немає системної програми внутрішнього та зовнішнього забезпечення якості роботи лабораторій, а також планів підготовки кадрів для лабораторної мережі (включаючи кадрове забезпечення та їх підготовку).

Вплив на ТБ: Недоліки бактеріологічної мережі безпосередньо підривають процес виявлення ТБ. Дефіцит препаратів, платежі з власної кишені, а також вживання ліків невідомої якості може призвести до зниження ефективності лікування, дотримання та завершення курсів терапії,

ROUND 9 – Tuberculosis

насамперед серед представників найбільш вразливих прошарків населення.

Надання послуг: відсутність децентралізованого та інтегрованого надання послуг.

Українська система охорони здоров'я характеризується високими рівнями вертикалізації, у якій різні паралельні структури надають спеціалізовані послуги – це і центри СНІДу, і протитуберкульозні диспансери, і венерологічні клініки, і наркологічні центри. Рівень співробітництва між цими структурами зазвичай далекий від оптимального. Такими ж слабкими є взаємозв'язки між різними ланками догляду та між медичними і соціальними службами. Вплив на ТБ: Хворі на ТБ особливо серйозно потерпають від цих недоліків, адже їх потреба у паралельному, інтегрованому догляді є дуже високою (це і ТБ, і ВІЛ, і наркотична залежність); крім того існує потреба у зближенні інтенсивної та підтримуючої фаз лікування на базі різних медичних закладів з метою успішного завершення лікування, а також потреба у наданні послуг ДІТ неподалік від помешкання пацієнта. Надмірна увага до госпіталізації та далеке від оптимального залучення системи первинної медичної допомоги і соціальних служб у заходи з протидії туберкульозу призводить до низьких показників та затримок виявлення захворювання і відтак – до низьких показників результатів лікування. Брак орієнтованості на пацієнта та відсутність зв'язків з системою соціальної підтримки найсильніше вдарила по найбільш вразливим пацієнтам.

4.3.3. Зусилля, спрямовані на подолання слабких сторін та прогалин у системі охорони здоров'я

Опишіть, хто і які саме заходи реалізовує для ліквідації слабких сторін та прогалин у системі охорони здоров'я, що впливають на результати у сфері боротьби з туберкульозом.

Уряд вжив активних заходів з метою вирішення описаних вище проблем системи охорони здоров'я, що стосувалися протидії захворюванню на туберкульоз. Ці заходи мали за основу матеріали критичного аналізу та звіти про виконання Загальнонаціональної програми з ТБ, підготовлені 2007 року, а також матеріали зовнішніх місій оцінювання. В той час, як ці дії допомогли вирішити лише деякі з пріоритетних проблем, додаткові заходи, що плануються в рамках цієї заявки до ГФСТМ, покликані забезпечити їх виконання у повній мірі.

Лідерство та управління: Неякісне планування та впровадження програм

Протягом останніх років уряд провів реформування структури з планування, координації та управління протидії ТБ відповідно до міжнародних рекомендацій: Загальнонаціональна програма з ТБ на 2007-2011 роки розроблялася на засадах стратегії «Стоп ТБ», з особливою увагою до визначених результатів, а стандарти та протоколи лікування пройшли відповідне коригування. Наразі в країні переглядають уже існуючі нормативні документи щодо ТБ з метою ліквідації суперечностей, зміни пріоритетів на користь економічно ефективних втручань та забезпечення їх відповідності найкращим міжнародним рекомендаціям та базам знань.

З метою комплексної координації впровадження Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011 роках, у 2007 році був створений новий орган державного управління - Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам (тут і надалі – «Комітет»). Водночас були переглянуті технічні завдання Національного центру контролю за туберкульозом з тим, щоб забезпечити його повну компліментарність ролі Комітету, приділяючи особливу увагу технічній допомозі та функціям нагляду за виконанням програми. Для забезпечення мультисекторального підходу до питань протидії ТБ та ВІЛ, на національному та регіональному рівнях були створені спеціальні координаційні ради. На національному рівні таку раду очолює віце-прем'єр-міністр, а на регіональному – заступники губернаторів.

Уряд визнав необхідність здійснення додаткових заходів для повної підготовки нової структури та органів на національному та регіональному рівні з тим, щоб максимально підвищити дієвість їх роботи. Певна підтримка цієї системи закладена в бюджет даної заявки (за напрямками, що не покриваються державним бюджетом та фінансуванням інших міжнародних донорів).

Медичні кадри: відсутність планування розвитку людських ресурсів і пов'язаний з цим брак кардових ресурсів

ROUND 9 – Tuberculosis

2008 року, за рекомендаціями Комітету, були переглянуті документи, що регулювали розподіл кадрових ресурсів. Це надало можливість для відходу від практики розрахунку кадрового забезпечення на основі показників чисельності населення/кількості ліжок до розрахунку на основі принципу лікування/наслідків. Відповідний наказ необхідно доповнити функціональними «планами розвитку людських ресурсів» у різних сферах охорони здоров'я, які б включали в себе оцінювання існуючої та прогнозованої пропозиції кадрів та національного попиту (в тому числі – чисельність та навички кадрів, посадові інструкції, технічні завдання, географічний розподіл фахівців), структури мотивацій та стимулів (конкурентні винагороди, стимули нематеріального характеру, системи підтримки, безпеки і здоров'я працівників), а також підвищення рівня компетентності (засвоєння нових навичок, тренінги, навчання, розвиток лідерства та підприємництва). З метою ліквідації дедалі зростаючого дефіциту кадрів на національному та регіональному рівнях, 2008 року при Міністерстві охорони здоров'я був створений Департамент кадрової політики. Цей підрозділ МОЗ братиме участь у процесі розподілу всіх медичних спеціалістів на вакантні посади системи охорони здоров'я в масштабах усієї країни. МОЗ також намагається покращити кадрове забезпечення медичних закладів у сільській місцевості, щороку направляючи у села 56% випускників медичних вузів, які навчалися за кошт держави. Завдяки цьому за останні роки вдалося заповнити понад 6 тисяч вакантних посад у медичних закладах сільської місцевості.

Було здійснено конкретні кроки для підвищення привабливості професійної кар'єри у галузі ТБ: зокрема, спеціальності «Ппульмонологія» та «Фтизіатрія» були об'єднані в одну спеціальність – «Фтизіопульмонологія». Крім того, було вжито заходів стосовно перерозподілу завдань: зокрема, був розроблений координаційний план залучення неурядових організацій до надання послуг із соціального захисту та психосоціальної підтримки хворих на ТБ на підтримуючій фазі лікування в амбулаторних умовах.

Держава визнає пріоритетність створення комплексного плану розвитку кадрових ресурсів у сфері ТБ, а також адаптації навчальних програм вищої та післядипломної освіти до питань захворювань легенів. МОЗ доручила Центру контролю за ТБ зайнятися цією справою, однак тут існує потреба у зовнішній допомозі.

Фінансування: Брак фінансових ресурсів

Скорочення терміну стаціонарного лікування та вища пріоритетність амбулаторного лікування хворих – це наріжний камінь нового плану з протидії ТБ, що передбачає скорочення кількості ліжко-місць і посилення уваги до якості, а не кількості (відсутність переповнених палат, покращення санітарних умов, відокремлення пацієнтів з різними формами туберкульозу). Успішна реалізація такого плану створить можливості для перерозподілу бюджету на боротьбу з туберкульозом: від стаціонарного лікування в лікарнях до амбулаторного ведення хворих. Крім того, це створить фінансові стимули для максимально швидкої виписки хворих. Уряд також висловив серйозну зацікавленість в оптимізації ефективності витрат бактеріологічної (лабораторної) мережі. В країні планується зменшити кількість лабораторій, що провадять діагностику ТБ, більше, ніж на 50% - це дозволить зекономити кошти та підвищити якість послуг. Так само є інтерес і до якіснішого використання міжнародних механізмів закупівлі ліків – насамперед, з метою зниження витрат на протитуберкульозні препарати другого ряду. Уряд повністю усвідомлює, що проведення структурних змін, що призведуть до підвищення економічної ефективності, залежатиме від додаткових зусиль, які без зовнішньої підтримки вжити практично неможливо.

Товари медичного призначення: Неоптимальний доступ до якісних протитуберкульозних препаратів

Наказом МОЗ на Національний інститут фтизіатрії та пульмонології імені Ф.Г.Яновського Академії медичних наук України були покладені функції Національної референс-лабораторії, а саме: (a) підготовка технічного та операційного посібника з лабораторного тестування на ТБ; (b) створення системи внутрішнього та зовнішнього забезпечення якості на усіх рівнях; (c) збір та оцінка інформації для планування бактеріологічних заходів щодо ТБ та розрахунку необхідних ресурсів; та (e) підготовка і координація впровадження навчального плану для співробітників лабораторій. Був розроблений національний план консолідації лабораторій, а також підписано угоду з Супранациональною референс-лабораторією.

В Україні були введені нові вимоги до реєстрації ліків, а саме відповідність GMP та забезпечення біоеквівалентності. З метою вдосконалення системи УЗП препаратів для лікування ТБ та ВІЛ, у липні 2008 року ВООЗ, АМР США та ЄС надали технічну підтримку у формі місії оцінювання, після

ROUND 9 – Tuberculosis

чого була розпочата діяльність з впровадження її рекомендацій. Країна звернулася до Глобального механізму забезпечення медичними засобами (GDF) для закупівлі протитуберкульозних препаратів першого ряду, а Донецька область підготувала заявку до «Комітету зеленого світла» для закупівлі препаратів другого ряду. КЗС спочатку затвердив цю заявку, а потім відкликав її через відсутність реєстрації в Україні деяких з препаратів другого ряду. Сьогодні уряд зацікавлений у делегуванні КЗС функцій із закупівлі ліків коштом держави з економічних та якісних міркувань.

Додаткові зусилля, які необхідно вжити для прискорення реформування УЗП та забезпечення належного функціонування мережі лабораторій, включені до цієї заявки.

Надання послуг: відсутність децентралізованого та інтегрованого надання послуг.

Уряд висловив свою готовність підтримати перехід системи медичних послуг від спеціалізованої до первинної медичної допомоги, зокрема через активне впровадження системи сімейних лікарів. Дедалі зростаюча група лікарів загальної практики (ПМД) конче потребує додаткового навчання, що дозволить їм ефективніше виявляти та лікувати туберкульоз. Сьогодні можна спостерігати зростання інтересу до розширення залучення системи ПМД на основі «Практичного підходу до здоров'я легенів» (ППЗЛ).

Для того, щоб забезпечити краще дотримання пацієнтами режимів лікування, для них була розроблена спеціальна навчальна програма, яка наразі впроваджується у 10 областях України. Згодом планується розгорнути цю програму і в інших регіонах. В країні активно впроваджується система лікування під прямим медичним контролем, але її потрібно зміцнювати (наприклад, включення проведення оцінки потреб туберкульозних кабінетів, їх кадрове забезпечення, розробка інструкцій для роботи тощо).

В країні була розроблена ціла низка інтегрованих моделей лікування для людей з супутніми медичними станами (наприклад, з ВІЛ, ТБ та наркотичною залежністю). Сьогодні вони проходять пілотну стадію, в тому числі – за підтримки ГФСТМ.

Діяльність АКСМ стосовно ТБ була доволі спорадичною – найбільш помітним з таких заходів стала інформаційна кампанія в ЗМІ з питань туберкульозу, що реалізовувалася Благодійним фондом «Розвиток України» в 2007 році. Багатостороннього підходу до АКСМ досі не розроблено.

ROUND 9 – Tuberculosis

4.4. Пріоритети 9 раунду

Узявши за основи охоплення програми (а не фінансову інформацію), заповніть таблицю для **трьох-шести напрямків**, вказаних кандидатом у даній заявці у якості пріоритетних втручань. Переконайтеся, що вибір пріоритетів відповідає існуючій епідеміологічній ситуації з туберкульозом, а також слабким сторонам та прогалинам, вказаним у р 4.2.2 та 4.3.

Примітка: Сюди також слід включити усі потреби щодо зміцнення систем охорони здоров'я, які найбільш ефективно забезпечуються на основі програми з туберкульозу, і які є важливими напрямками роботи в рамках цієї заявки.

Пріоритет №1	АКСМ	Попередні		Поточні		Цілі країни			
Втручання	Кількість осіб з обмеженим доступом до отримання допомоги через аутизм програми	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
А: Ціль країни (річні плани, якщо є)				9000	9000	9000	9000	9000	9000
В: Обсяги потреб, які уже плануються задовольнити в рамках інших програм				1000	1000	1000	1000	1000	1000
С: Очікуване річне відставання у виконанні планів				8000	8000	8000	8000	8000	8000
D: Внесок заявки 9 раунду у загальну потребу		(наприклад, може дорівнювати або бути менше загального відставання)			3000	4000	4300	4700	5000

Пріоритет № 2	Покращення діагностики	Попередні		Поточні		Цілі країни			
Втручання	Загальна к-сть I, II та III рівня лабораторій, які застосовують програму контролю якості (28, 86, 653)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
А: Ціль країни (річні плани, якщо є)					767	767	767	767	767
В: Обсяги потреб, які уже плануються задовольнити в рамках інших програм		200	250	310	360	360	360	360	360
С: Очікуване річне відставання у виконанні планів					407	407	407	407	407
D: Внесок заявки 9 раунду у загальну потребу		(наприклад, може дорівнювати або бути менше загального відставання)			50	150	280	407	407

•

ROUND 9 – Tuberculosis

-
-
-

Пріоритет № 3	Високоякісний ДОТС	Попередні		Поточні		Цілі країни			
Показник	Кількість осіб, які отримують високоякісний ДОТС (70% від визначеної потреби)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
A: Ціль країни (річні плани, якщо є)				33000	33000	33000	33000	33000	33000
B: Обсяги потреб, які уже планується задовольнити в рамках інших програм				11500	13000	16500	16500	16500	16500
C: Очікуване річне відставання у виконанні планів					20000	16500	16500	16500	16500
D: Внесок заявки 9 раунду у загальну потребу		<i>(наприклад, може дорівнювати або бути менше загального відставання)</i>			5000	9000	13000	16500	16500

Пріоритет № 4	Лікування ММС ТБ відповідно до міжнародних стандартів (КЗС)	Попередні		Поточні		Цілі країни			
Показник	Кількість хворих з ММС ТБ, які отримують лікування за стандартами КЗС	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
A: Ціль країни (річні плани, якщо є)						3200	3400	3400	3200
B: Обсяги потреб, які уже планується задовольнити в рамках інших програм		0	0	0	0	0	0	0	0
C: Очікуване річне відставання у виконанні планів		0	0	0	0	3200	3400	3400	3200
D: Внесок заявки 9 раунду у загальну потребу		<i>(наприклад, може дорівнювати або бути менше загального відставання)</i>			0	120	960	2000	2480

→ If there are six priority areas, copy the table above once more.

ROUND 9 – Tuberculosis

4.3. Втілення стратегії

4.5.1. Втручання в рамках 9 раунду

Вкажіть: (i) хто виконуватиме кожний напрямок діяльності (який Основний реципієнт, який субреципієнт чи інший партнер-виконавець); та (ii) цільову групу(и) населення. *Переконайтеся, що ваше пояснення відповідає порядку кожного завдання, напрямку діяльності програми (чи «сфери надання послуг (СНП)»), заходу та показнику у «Системі ефективної роботи» (Додаток А). Глобальний фонд рекомендує підтримувати однаковий порядок для плану роботи та бюджету.*

Якщо заплановані заходи, що сприяють покращенню системи охорони здоров'я, можна безперешкодно включати в описання програми з туберкульозу (оскільки вони насамперед впливають на результати в області туберкульозу), включіть їх тільки у цей розділ заявки 9 раунду.

***Примітка:** Якщо існують інші заходи, що одночасно впливають на результати в області ВІЛ, туберкульозу та малярії (а також на результати у сфері охорони здоров'я окрім цих трьох захворювань), і якщо ці заходи доволі складно включити в стратегію «програми щодо захворювання», їх можна внести в розділ 4В заявки стосовно одного захворювання в 9 раунді. Кандидати повинні вирішити, які саме захворювання включати в розділ 4В (однак тільки один раз). → Див. «Принципи підготовки заявок на фінансування – 9 раунд» (р.4.5.1.) для отримання інформації про такий вибір.*

Після реалізації в Україні перших пілотних програм ДОТС 2001 року, країні вдалося досягти значного прогресу в переорієнтації системи діагностики та лікування ТБ на засадах стратегії «Стоп ТБ», а ДОТС наразі є основою для «Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011рр.» (затверджена урядом України у лютому 2008 року). В той час, як ДОТС отримала повну підтримку на політичному рівні з відповідним оновленням принципів лікування, сьогодні стало очевидним те, що нову Програму з ТБ в повному обсязі можна буде реалізовувати тільки за умов проведення низки ключових структурних змін у системи контролю за туберкульозом.

Відтак 2008 року уряд створив на центральному рівні «Комітет з ТБ та ВІЛ» для управління процесами переорієнтації Програми з ТБ, а також виділив кошти на загальну суму 1 207 330,26 грн. на впровадження цієї Програми. Втім, програмних коштів недостатньо для того, щоб покрити весь загальний обсяг послуг, передбачених програмою (наприклад, усі препарати другого ряду); крім того, не було виділено коштів на спеціальні інвестиції в модернізацію існуючої системи контролю за ТБ згідно з новими підходами (наприклад, перепідготовка медичних працівників).

Уряд України демонструє надзвичайно високу політичну волю щодо прискорення переходу до сучасної системи контролю за ТБ, свідченням чого, з-поміж іншого, є активна участь України в Міністерській нараді «Глобальний контроль та догляд за хворими на ММС/ШМС ТБ», що відбулася в квітні 2009 року в Пекіні. Керівництво України усвідомлює, що від недоліків чинної системи найбільше потерпають уразливі та бідні верстви населення. Саме тому ця пропозиція насамперед спрямовується саме на бідні та уразливі групи населення, в тому числі групи, вказані у заявці 8 раунду: безпритульні, групи населення з вкрай низьким рівнем доходів, ЛЖВС, ув'язнені та особи, які знаходяться під слідством, мігранти та біженці, ромське населення та представники уразливих до ТБ професій. Відповідно до визначення уразливості, запропонованого у нових «Міжнародних стандартах догляду», автори заявки визнають, що покращення становища уразливих та бідних груп населення повинно ґрунтуватися на розширенні «адекватного доступу до належних послуг з діагностики і лікування туберкульозу» як головному критерію уразливості.

Завдяки цій пропозиції Національна рада розраховує отримати фінансування, що стане каталізатором завершення переходу системи охорони здоров'я України до сучасної моделі контролю за ТБ. Ключовими компонентами цього процесу є: розбудова потенціалу управління програми ТБ на національному та регіональному рівнях; консолідація системи лабораторій та запровадження зовнішньої системи забезпечення якості; децентралізація надання послуг ДОТ за підтримки систем ведення хворих та «аутріч»; поступове розгортання комплексного лікування туберкульозу на основі стандартів «Комітету зеленого світла»; системне управління кадровими

ROUND 9 – Tuberculosis

ресурсами та запровадження відповідних матеріалів стосовно ТБ (включаючи ПМД) у стандартні навчальні програми післядипломної освіти лікарів-фтизіатрів і лікарів системи первинної медичної допомоги.

У цьому сенсі заявка доповнює Державну програму, що її фінансує уряд (отримані кошти дозволять ліквідувати бюджетні прогалини у сфері надання послуг, а також уможливлять впровадження перехідної підтримки), а також доповнює фінансування інших донорів (зокрема, Фонду «Розвиток України», АМР США та грант, наданий Світовим банком), які забезпечували суттєву (але недостатню) підтримку започаткування перехідного процесу.

Кошти, запитувані країною в рамках цього гранту, сприятимуть підвищенню дієвості системи контролю за ТБ в цілому, а також допоможуть країні суттєво наблизитися до своєї цілі – забезпечення 70% виявлення та 80% виліковування випадків ТБ. Зокрема, програма в цілому допоможе уникнути появи туберкульозу з ММС/ШМС та пом'якшити його вплив, а це є одним з найвищих пріоритетів уряду. Очікується, що через п'ять років фінансування подальшу підтримку відповідних заходів можна буде здійснювати за рахунок звичайного бюджету на боротьбу з ТБ, і це може слугувати виміром ступеня спрямованості очікуваних грантових коштів на фінансування зусиль для переходу до нового підходу до ТБ (причому деякі з них дозволять дійсно підвищити ефективність затрат).

Головною метою цієї заявки є зменшення тягара туберкульозу в Україні шляхом розширення та покращення доступу до високоякісних послуг щодо ТБ.

Завдання та сфери надання послуг (СНП), описані у цій пропозиції, відповідають стратегії «Стоп ТБ», спрямовуються на вирішення проблем, виявлених у ході кількох оцінок та аналітичних досліджень потреб, а також відповідають напрямкам Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011рр. Ця пропозиція містить чотири завдання, що охоплюють вісім СНП.

Завдання 1: Покращити діагностику туберкульозу шляхом оптимізації мережі лабораторій у цивільних та пенітенціарних закладах

СНП: Покращення діагностики

Результати зовнішніх оцінок структури лабораторій з ТБ в Україні (найостаннішою була місія ВООЗ з оцінювання мережі лабораторій в Україні, 25 лютого 2009 року¹⁸ - Додаток 4) неодноразово вказували на серйозні структурні недоліки чинної системи лабораторій з ТБ, а саме:

- Наявність надмірно розгалуженої лабораторної мережі з часто невизначеними та частково дублюючими функціями, особливо між лабораторіями II та III рівнів.
- Відсутність функціональної Національної референс-лабораторії для нагляду за мережею лабораторій з ТБ.
- Неналежний зовнішній та внутрішній контроль якості.
- Невиправдано надмірний попит на проведення аналізів (мокротиння та ТМЧ – тестування на медикаментозну чутливість) з боку клінічних структур.
- Постійна відсутність деякого важливого обладнання та/або його належного обслуговування.
- Кадровий дефіцит та брак підготовки персоналу.

Як наслідок, уряд вжив важливих заходів для реорганізації та зміцнення мережі лабораторій з ТБ в Україні, зокрема шляхом:

- Підготовка Наказу («Наказ №50»), що містить чіткий розподіл завдань лабораторій на кожному рівні відповідно до рекомендацій ВООЗ.
- Призначення мікробіологічної лабораторії Національного інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського як Національної референс-лабораторії (НРЛ). МОЗ підписало відповідний Меморандум про взаєморозуміння з Національною академією медичних наук України стосовно обов'язків та функцій НРЛ. Національний інститут фтизіатрії та пульмонології виділив для НРЛ

ROUND 9 – Tuberculosis

відповідні приміщення, а все необхідне обладнання для неї було закуплене коштом державного бюджету та позики Світового банку.

- НРЛ та Супранациональна референс-лабораторія (СРЛ) в Ризі, Латвія, уклали угоду про співпрацю у сфері зовнішнього забезпечення якості, технічної допомоги та підготовки персоналу НРЛ.

Важливо, що Міністерство охорони здоров'я узгодило з НРЛ спільне стратегічне бачення реорганізації мережі лабораторій відповідно до рекомендацій ВООЗ. Основними особливостями цього бачення є:

- Для забезпечення доступу до високоякісної мікроскопії мазка на рівні закладів первинної медичної допомоги, лабораторії I рівня буде реструктуризовано за районним принципом (одна лабораторія на район). Впродовж 2009-2010 років кількість лабораторій I рівня буде зменшено з 1837 до 653. Така реструктуризація на основі географічного критерію та робочого навантаження дозволить знизити витрати та скоротити зайві посади, а також забезпечить високу якість діагностики. Решта лабораторій I рівня отримали базове обладнання за рахунок державного бюджету та позики Світового банку. Співробітники цих лабораторій пройдуть відповідне навчання; буде запроваджено систему зовнішньої перевірки якості. Такі кроки гарантуватимуть підвищення якості ведення кожного окремого пацієнта з ТБ у ефективний та економічний спосіб в рамках існуючих систем охорони здоров'я.
- До кінця 2011 року кількість лабораторій II рівня буде зменшена зі 109 до 86. Лабораторії II рівня здійснюватимуть мікроскопію мазка та бактеріологічні дослідження у твердому середовищі для підтримувального лікування; вони працюватимуть при туберкульозних диспансерах районів та міст з високою концентрацією хворих на ТБ. Лабораторії функціонуватимуть відповідно до положень Наказу №50 і надсилатимуть до лабораторій III рівня зразки мокротиння з ТБ (нові випадки) для проведення ТМЧ.
- Протягом 2010-2011 років кількість лабораторій III рівня у цивільному секторі буде скорочена з 47 до 28 (одна лабораторія у кожній області і дві лабораторії в Києві). Аналізи ТМЧ будуть здійснюватися відповідно до міжнародних рекомендацій, а МОЗ організує закупівлі хімічно чистих речовин для належної підготовки ТМЧ. Потреба у них відпаде після того, як усі лабораторії III рівня отримають аналізатори рідких культур MGIT 960. Усі лабораторії III рівня буде включено в систему зовнішнього забезпечення якості (ЗЗЯ) ТМЧ, а всі головні спеціалісти лабораторій пройдуть інтенсивне навчання з питань контролю якості та методології.
- В лабораторіях III рівня буде поступово запроваджуватися методологія лінійного зонд-аналізу для експрес-виявлення ММС ТБ, що надаватиме ранні результати для клінічного лікування і забезпечить якісніший відбір зразків для здійснення ТМЧ.
- Пенітенціарна система використовуватиме потужності МОЗ для проведення бактеріологічних аналізів та ТМЧ. Для цього між МОЗ та Департаментом буде укладено Меморандум про взаєморозуміння.
- Проведення ТМЧ на базі обмеженої кількості лабораторій сприятиме надійному нагляду за хіміорезистентним туберкульозом на обласному рівні.

В той час, як описані вище ініціативи є визначальними для розвитку сталої та високоякісної мережі лабораторій, успішний перехід також залежить від низки особливих заходів, які не отримують регулярної фінансової підтримки з державного бюджету. Деякі з таких позабюджетних інвестицій були покриті за рахунок зовнішньої допомоги, здебільшого – з позики Світового банку на боротьбу з ТБ та ВІЛ. Завдяки цій пропозиції планується залучити кошти на підсумкові заходи/інвестиції, які нададуть країні можливість завершити процес переходу. Вони включають в себе наступне.

1.1 Зміцнення Національної референс-лабораторії:

НРЛ потребує кадрового доукомплектування, однак робота цих фахівців покриватиметься з державного бюджету.

- Шість фахівців НРЛ пройдуть навчання з питань систем контролю якості, рідинних культур та експрес-тестування ММС ТБ на базі Супранациональної референс-лабораторії у Латвії.
- Існує необхідність переглянути чинні нормативні принципи. З метою належного впровадження лабораторного компоненту, буде здійснено перегляд національних керівних принципів ведення хворих на ТБ, лабораторної діагностики та біологічної безпеки і приведення їх у відповідність до міжнародних рекомендацій, насамперед для забезпечення ліквідації надмірного тестування мазка та медикаментозної чутливості.

ROUND 9 – Tuberculosis

- Буде закуплене офісне обладнання (комп'ютер, принтер тощо)

1.2 Зміцнення мережі бактеріологічних лабораторій:

Нещодавно лабораторії різних рівнів отримали обладнання за кошти державного бюджету та позики Світового банку. Аналогічним чином, придбання витратних матеріалів для діагностики та інфекційного контролю здійснюється за рахунок державних коштів. Завдяки цій пропозиції планується залучити кошти для придбання окремих одиниць обладнання для лабораторій III рівня з метою забезпечення високої якості ТМЧ і створення безпечного робочого середовища у цих лабораторіях, включаючи (перерахувати основне обладнання, в тому числі BSC)

- Покращення управління: щороку керівники лабораторій III рівня збиратимуться на базі НРЛ для обміну досвідом та здобутими уроками.
- Навчання: працівники лабораторій I рівня з попередньо визначених 653 лабораторій пройшли часткову підготовку в рамках проектів BOO3 та PATH. Решта співробітників будуть навчатися в рамках цього проекту - протягом п'яти років навчанням буде охоплено 392 фахівці. Особлива увага приділятиметься якісному виконанню аналізів та біологічній безпеці з особливим наголосом на інфекційний контроль.
- Обладнання: з усіх лабораторій III рівня шість усе ще потребують встановлення аналізаторів рідких культур MGIT. Що стосується лабораторій II та III рівня, то 73 з них не отримали обладнання, закупленого в рамках позики Світового банку. Більшість наявного обладнання – дуже застаріле, і вимагає заміни. Аналіз потреб було проведено керівником НРЛ.
- Запровадження експрес-тестування MMC: зважаючи на високі показники MMC ТБ в Україні (16% усіх нових випадків ТБ, див. Завдання 2), для НРЛ та п'ятих лабораторій III рівня протягом 2-4 років пропонується закупити молекулярні тест-системи MMC ТБ (аналіз «GenoType MTBDR»). Це підвищить доступність швидкої та високоякісної діагностики випадків MMC ТБ серед загального населення та осіб, які перебувають у закладах пенітенціарної системи. Для забезпечення належного і економічно обґрунтованого використання тест-систем будуть розроблені алгоритми діагностики, включаючи швидкі молекулярні тести, з якими ознайомляться лікарі-фтизіатри..
- Мережа лабораторій у в'язницях: до структури пенітенціарної системи входять 10 великих туберкульозних клінік із загальною місткістю в 5000 ліжок-місць. Кожна така клініка має власну лабораторію, де проводиться аналіз мазка мокротиння та бактеріологічні дослідження. Крім того, 68 лабораторій I рівня отримали обладнання в рамках позики Світового банку. Для забезпечення якості, ТМЧ буде проводитися у найближчій цивільній лабораторії III рівня. Для забезпечення транспортування мазків планується закупити контейнери. Між обласними управліннями охорони здоров'я та керівництвом тюрем будуть підписані відповідні Меморандуми про взаєморозуміння.

1.3 Запровадження системи забезпечення якості:

Усі лабораторії візьмуть участь у процесі запровадження внутрішньої та зовнішньої Системи забезпечення якості відповідно до затверджених міжнародних стандартів покращення якості роботи. Нагляд та забезпечення якості здійснюватиметься за каскадним методом під керівництвом НРЛ та під наглядом СРЛ.

- Будуть розроблені відповідні керівні принципи та стандарти, що відображатимуть ситуацію в Україні.
- Навчання: В усіх областях буде запроваджена комплексна навчальна програма для фахівців лабораторій з питань забезпечення якості.
- Буде запроваджено методологію сліпої повторної перевірки мікроскопії мазка мокротиння; закуплено контейнери для зберігання.
- Буде запроваджене панельне тестування на стійкість до препаратів першого ряду, а потім – другого ряду; закуплено контейнери для безпечного транспортування біологічно небезпечних речовин. СРЛ братиме участь у процесах забезпечення якості.

Успішне зменшення мережі лабораторій з ТБ в Україні матиме сталий вплив на лабораторно-

ROUND 9 – Tuberculosis

дослідницьку систему України з точки зору підвищення її якості та економічної ефективності.

Завдання 2: Покращити доступ до високоякісних послуг для людей, які, з різних причин, мають обмежений доступ до протитуберкульозних медичних послуг

Суб-завдання 2.1.

Підвищити доступ до високоякісних ДОТС-послуг для осіб, які з будь-якої причини мають обмежений доступ до ДОТС-послуг.

СНП: Розширення високоякісного ДОТС-лікування

Хоча ДОТС-стратегію було офіційно прийнято в Україні, досі залишаються значні проблеми із її впровадженням, від чого більш за все потерпають ті, кому необхідно дотримуватись режиму лікування, особливо у підтримувальній фазі, внаслідок поєднання різних соціально-економічних проблем. В результаті цього показники успішності існуючого сьогодні лікування є низькими (близько 59%), показники невдачі лікування на рівні 19% є надмірно високими, а стійкість до ліків є поширеною (16%).

На основі досвіду розширення масштабів ДОТС у 10 пріоритетних регіонах (8 областей та 2 міста) за підтримки АМР США/ПАТН, ФРУ, ВООЗ та ЄС/КНХТ, Міністерство охорони здоров'я вдосконалило законодавчу базу щодо лікування ТБ з метою забезпечення безперервної медичної допомоги хворим, в тому числі:

- *Виявлення осіб з підозрою на ТБ:* Приділення основної уваги на рівні закладів ПМД, де лікарі та медсестри поліклінік, сімейні лікарі та/чи медичні працівники сільських медичних пунктів (фельдшери) виявлятимуть симптоми та збиратимуть аналіз мокротиння. Зв'язок з лабораторіями I рівня. На основі результатів цих заходів хворим видаватимуться направлення для подальшого обслідування та діагностики.
- *Діагностика ТБ:* Здійснюється на районному рівні районним лікарем-фтизіатром, який працює разом з медичною сестрою у протитуберкульозному кабінеті у центральній районній лікарні (заклад ПМД, таких в Україні 600) та/або в протитуберкульозному диспансері. Районний лікар-фтизіатр направляє пацієнтів на інтенсивне амбулаторне лікування (негативний аналіз мазка) або на інтенсивне/стаціонарне лікування (позитивний аналіз мазка мокротиння). Має зв'язок з лабораторіями I чи II рівня.
- *Фаза інтенсивного лікування:* Лікування здійснюється у протитуберкульозному диспансері чи обласних протитуберкульозних лікарнях (120, з яких 90 мають стаціонарні відділення, забезпечені лікарями-фтизіатрами та медсестрами). Мають зв'язок з лабораторіями II чи III рівня.
- *Підтримуюча фаза:* Продовження лікування після інтенсивної фази на амбулаторній основі, яке надається якомога ближче до місця мешкання пацієнта в амбулаторних відділеннях протитуберкульозних диспансерів (120), в туберкульозних кабінетах на районному рівні (600), кабінетах ДОТ у поліклініках (в процесі створення, декілька тисяч), чи сімейними лікарями/у сільських медичних пунктах.

ROUND 9 – Tuberculosis

Діаграма: Безперервне надання медичної допомоги хворим на туберкульоз в Україні



Ілюстративна діаграма з поширення ДОТС та підтримуючих послуг

Хоча законодавча база розроблена досить добре, новий підхід до ведення хворих здійснюється переважно в областях, які одержують конкретну зовнішню технічну підтримку, наприклад, у 10 областях, які одержують підтримку з боку РАТН, ФРУ та/чи ВООЗ. В цих областях законодавча база використовувалась для просування підходу ведення хворих при лікуванні ТБ, при якому лікар-фтизіатр на районному рівні відіграє головну роль, відстежуючи пацієнта від моменту постановки діагнозу до завершення лікування, та при якому медичні та соціальні працівники працюють разом, щоб забезпечити, що кожному пацієнтові приділялась персональна увага та надавалась підтримка, необхідна для того, щоб він дотримувався режиму лікування ТБ.

Дана заявка спрямована на надання подальшої підтримки для розширення масштабів цього підходу з метою охоплення всіх 27 областей та 600 районів України, в тому числі тих, які досі не отримували такої підтримки, та для надання можливості всім областям та районам продовжувати впровадження підходу ведення хворих при лікуванні ТБ.

Програма за підтримки ГФСТМ забезпечуватиме поступове розширення впровадження якісних ДОТС-послуг, починаючи з регіонів, найбільш підготовлених до цього завдяки зовнішній донорській підтримці. Особлива увага у цих регіонах приділятиметься посиленню прямого контролю за лікуванням на амбулаторній фазі з одночасним розширенням психологічної та соціальної підтримки для хворих на ТБ з обмеженим доступом. Це сприятиме дотриманню курсу лікування аж до його завершення. Після цього до програми залучатимуться й інші регіони аж до 5 року програми. Нижче наведено план розгортання цих заходів:

- Рік I – Донецька, Дніпропетровська, Харківська, Запорізька та Київська області і місто Київ;
- Рік II – Херсонська, Луганська, Одеська, Львівська, Кіровоградська та Миколаївська області, АР Крим та місто Севастополь;
- Рік III – Житомирська, Чернігівська, Сумська, Полтавська, Волинська, Рівненська, Хмельницька та Черкаська області;
- Рік IV – Тернопільська, Івано-Франківська, Закарпатська, Чернівецька та Вінницька області.

План розгортання ДОТС є основою і тісно пов'язаний з поступовим розгортанням лікування ММС

ROUND 9 – Tuberculosis

ТБ. У цьому сенсі заплановані наступні заходи:

2.1.0 Підтримка з метою більш широкого виявлення та діагностики хворих:

Як описано в рамках Завдання 3, буде вжито заходів для запровадження Практичного підходу до здоров'я легенів (ППЗЛ) на рівні системи первинної медичної допомоги та лікарів загальної практики як основний засіб розширення залучення ПМД у виявлення та діагностику ТБ. Це фінансуватиметься в рамках Завдання 3.

2.1.1. Підтримка ведення хворих впродовж фази інтенсивного лікування:

В кожній з 90 лікарень пацієнтам надають послуги лікарі-фтизіатри та медсестри. В рамках даної заявки буде надаватись фінансування лікарням для зарахування до штату соціального працівника, який буде заздалегідь готувати пацієнтів до амбулаторної фази лікування. 50 протитуберкульозних закладів отримують кошти для обладнання кімнат психосоціальної підтримки/навчання пацієнтів. Крім того, фінансування надаватиметься протитуберкульозним лікарням для виплати винагороди за необхідні консультації іншим спеціалістам (зокрема, у сфері ВІЛ-інфекції, замісної терапії, психічного здоров'я, тощо, за принципом «оплата за надані послуги»), та/чи для оплати транспортних витрат. Всі разом спеціалісти з ТБ, медсестри та соціальні працівники формуватимуть групи ведення хворих. Ці групи матимуть зв'язок з «Мережами координованої медичної допомоги»), які фінансуються за рахунок гранту ФСТМ в рамках 6 раунду для протидії ВІЛ. Навчання з питань ведення хворих та міжособистісних комунікацій/підтримки буде проведене для усіх спеціалістів 90 протитуберкульозних диспансерів, які мають стаціонарні відділення (частково у 10 областях; у повному обсязі – у 17 областях).

Спеціалісти обласного рівня надаватимуть технічну допомогу шляхом здійснення контрольних-інструктивних візитів у периферійні заклади, включаючи в'язниці.

2.1.2. Ведення хворих впродовж підтримуючої фази:

Районні лікарі-фтизіатри та медсестри державних медичних закладів пройдуть навчання з застосування підходу ведення хворих (частково у 10 областях; у повному обсязі – у 17 областях), і будуть наглядати за лікуванням під час підтримуючої фази, яке надаватиметься у відділах ДОТ у протитуберкульозних диспансерах чи закладах ПМД. Оскільки впровадження методу ведення хворих означає додаткове навантаження, яке не передбачено їхніми службовими обов'язками, лікарі-фтизіатри будуть одержувати невеличку платню за ведення хворих для компенсації за це навантаження. Як вже зазначалось вище, інші спеціалісти (зокрема, у сфері ВІЛ-інфекції, замісної терапії, психічного здоров'я), яких будуть залучати для надання консультацій за місцем лікування, будуть одержувати платню за надані послуги. Послуги психосоціальної підтримки уразливим хворим на ТБ можуть надавати кваліфіковані робітники системи ПМД та/або фахівці НУО (за принципом «оплата за надані послуги»). Завдяки цьому можна буде широко застосувати мультидисциплінарний підхід до ведення хворих.

2.1.3. Інтенсивна підтримка за допомогою аутріч-роботи:

Базуючись на досвіді роботи патронажних сестер Червоного Хреста, група у складі 4000 хворих (оціночне число хворих з ризиком невдалого лікування) на рік одержуватимуть інтенсивну підтримку з боку медсестер та працівників інших НУО (ТЧХУ та інших) з метою охоплення пацієнтів за місцем проживання – якщо необхідно, це робитиметься щоденно. Для виконання цього завдання буде сформовано список з 1400 медсестер / волонтерів, які пройдуть спеціалізовану підготовку з цих питань (рік 1 та 2). Оскільки це для них буде додатковою роботою, вони отримуватимуть грошову винагороду за кожний візит. Деякі хворі одержуватимуть стимули у вигляді продуктивних наборів. Особлива увага приділятиметься створенню належних механізмів для забезпечення безперервності догляду після звільнення з місць позбавлення волі. Місцеві НУО отримають запрошення для виконання пілотних проектів в рамках 3 невеликих грантів.

2.1.4. Нормативна робота:

Хоча нормативні документи МОЗ створюють базу для впровадження вищезазначеного підходу, і хоча PATH та інші організації вже розробили низку навчальних модулів, слід провести додаткову методологічну роботу для здійснення методу ведення пацієнтів та надання направлень на практиці, включаючи відповідні стратегії навчання. Крім того, будуть здійснені

ROUND 9 – Tuberculosis

конкретні заходи для підготовки нормативної документації для включення винагороди за ведення хворих на ТБ (плата за ведення хворих, витрати на консультації, аустріч-робота медсестер) у майбутні державні бюджети з метою забезпечення їх довгострокової сталості. Цим займатиметься Національний центр з протидії ТБ, маючи на меті забезпечення довготривалої сталості. Розгортання підходу щодо ведення хворих оцінюватиметься за допомогою двох операційних досліджень – у 1-й та 5-й рік впровадження програми. Крім того, будуть розроблені регуляторні засади та бета-тестування моделей безперервного надання протитуберкульозних послуг осіб, які знаходяться під слідством та перебувають у виправних таборах.

Очікується, що заходи, що фінансуватимуться в рамках цього компоненту, зокрема, разом з додатковим об'єднанням лабораторної системи у сфері ТБ та компоненту АКСМ, призведуть до значного підвищення рівнів завершеного та успішного лікування, зокрема серед осіб з обмеженим доступом до якісних медичних послуг.

RATH було названо субреципієнтом за цим компонентом, зокрема з огляду на його попередню діяльність з розробки та підтримки цієї моделі. Зокрема, RATH вживатиме заходів для того, щоб всі тренінги, які проводяться за рахунок підтримки ГФСТМ, доповнювали тренінги, що їх вже проводили в останні роки.

Товариство Червоного Хреста України вживатиме заходів для покращення соціальної підтримки і роботи «аустріч» з хворими, які мають обмежений доступ до високоякісних протитуберкульозних послуг.

Суб-завдання 2.2

Покращити доступ до високоякісних послуг для ММС ТБ пацієнтів

СНП: ММС ТБ

Наразі планової інформації щодо ММС ТБ в Україні не існує. Існуюче сприйняття ситуації з ММС ТБ ґрунтується на дослідженні медикаментозної стійкості (ДМС) із забезпеченням контролю якості, проведеного в Донецькій області в 2005-2006 роках – саме тут мешкає десята частина населення України, і саме тут було виявлено 16% ММС ТБ серед нових випадків ТБ та 44,6% ММС ТБ серед хворих, які раніше лікувалися від ТБ. Серед ув'язнених ці показники становлять, відповідно, 21,8% та 52,8%¹⁹. Враховуючи репрезентативні масштаби дослідження, а також те, що ці дані співпадають з результатами інших країн КРС, результати дослідження дозволяють спрогнозувати число випадків ММС ТБ, які діагностуватимуться щороку. Оціночна кількість нових випадків ММС ТБ серед нових випадків та серед пацієнтів, які вже проходили лікування, становить приблизно 3200 випадків на рік. Ці цифри наголошують на невідкладності вирішення проблеми спроможності системи оцінювати ММС ТБ та реагувати на цю проблему²⁰.

Крім того, моделі медикаментозної стійкості, подібні до тих, які були виявлені у Донецькому ДМС (Додаток 30) було підтверджено у хворих, які одержують лікування від ММС ТБ у Національному інституті фтизіатрії і пульмонології, Чернігівському обласному протитуберкульозному диспансері і Київській міській протитуберкульозній лікарні. Це створює базу для визначення орієнтовних схем лікування ММС ТБ, а також для планування потреб у препаратах другого ряду.

Минулого року Національній програмі з ТБ вдалося досягти вагомих результатів у вирішенні проблем ММС ТБ. Зокрема:

- 2008 року було ухвалено перший національний Протокол забезпечення лікування хворих з МС ТБ, що ґрунтується на керівних принципах ВООЗ щодо програмного лікування МС ТБ.
- 2009 року було затверджено національні форми реєстрації та звітності для лікування ММС ТБ, що відповідають міжнародним рекомендаціям. Збір даних про МС ТБ шляхом проведення регулярного епіднагляду розпочато по всій країні. Наразі розробляється електронний реєстр випадків ТБ, включаючи компонент МС ТБ, за технічної допомоги з боку АМР США, MSH та RATH.
- 2009 року було визначено НРЛ. Оцінка Української НРД та обласних лабораторій з ТБ, а також

ROUND 9 – Tuberculosis

практичне навчання керівника НРЛ у супранаціональній лабораторії були здійснені, як перший крок в рамках співпраці з супранаціональною лабораторією в Латвії.

- У 2008 році при МОЗ була створена Державна інспекція з контролю якості лікарських засобів, яка слідкує за відповідністю ліків вимогам належної виробничої практики (GMP), а також аналізує та оновлює набір документів, необхідних для їх реєстрації в Україні.
- ВІЛ-інфіковані пацієнти з ММС ТБ отримують АРВ-терапію відповідно до нового національного клінічного протоколу з ВІЛ/ТБ.
- МОХ відіграло активну роль у Міністерській нараді з Ш/ММС ТБ, яка відбулася у Пекіні у квітні 2009 р., та підготувало проект плану з профілактики та лікування ММС ТБ.

Втім, досі залишаються основні слабкі сторони у здійсненні координованого підходу до лікування ММР ТБ у повній відповідності до нових національних стандартів та міжнародних рекомендацій:

- Мережа лабораторій з ТБ не має достатнього потенціалу для своєчасної та точної діагностики усіх випадків ТБ, та не має стабільної системи забезпечення якості в лабораторіях згідно з міжнародними стандартами.
- Не всі протитуберкульозні препарати першого та другого ряду відповідають міжнародним стандартам якості, а коштів державного бюджету не вистачає для закупівлі препаратів 2-го ряду.
- Кадровий потенціал для надання якісного ведення хворих на ММС ТБ є недостатнім.
- Не існує центрів передового досвіду для навчання персоналу методам ведення хворих на ММС ТБ.
- Заходи інфекційного контролю за ТБ є недостатніми за усіма компонентами.
- Недоліки у впровадженні ДОТС, недостатні обсяги амбулаторного лікування під безпосереднім спостереженням (ДОТ) та відсутність соціальної підтримки малозабезпечених хворих на ТБ заважають формуванню дотримання до режиму лікування серед хворих на ММС ТБ на амбулаторному етапі, зокрема серед людей, які мають обмежений доступ до послуг.

Подальше зміцнення необхідних компонентів ДОТС, зазначених вище, стане основним інструментом для попередження розвитку резистентності (див. Завдання 2.1). Мережу лабораторій з ТБ буде підсилено для забезпечення своєчасної діагностики випадків МС ТБ (див. Завдання 1). Разом з загальним зміцненням епідагляду за ТБ особливу увагу буде приділено проведенню та розширенню планового епідагляду за стійкістю до медичних препаратів (див. Завдання 3).

Базуючись на цьому підґрунті, заходи, які фінансуватимуться з бюджету на дану сферу надання послуг приведуть до системного розширення якісного ведення випадків МС ТБ у 16 областях, які страждають від важкого тягаря ММС ТБ – і, за оцінками, охоплять накопичувальним підсумком до 90% всіх випадків ММС ТБ в країні.

Програма, яка здійснюється за підтримки ГФ, спочатку охоплюватиме нові випадки ММС ТБ, а починаючи з 4 року і надалі – і випадки повторного лікування. Стаціонарне лікування ММС ТБ здійснюватиметься у 15 обласних протитуберкульозних лікарнях та у Національному інституті фтизіатрії і пульмонології в Києві; кожний заклад прийматиме 60 нових пацієнтів кожні 6 місяців згідно з планом поступового здійснення, а ще 40 пацієнтів щомісяця проходитимуть лікування у в'язничних лікарнях. Прийнято наступний план розгортання програми в областях (також див. Додаток 31 та 32):

	Рік 2, Кв. 3	Рік 3	Рік 4	Рік 5
Області, які покращують	Національний інститут	Дніпропетровська, Запорізька,	Херсонська, Одеська, Луганська,	Хмельницька, Чернівецька,
Накопичувальне число областей,	1	5	11	15
Накопичувальне число закладів	2	6 громадських 3 у в'язницях	12 громадських 7 у в'язницях	16 громадських 7 у в'язницях

ROUND 9 – Tuberculosis

Накопичувальне число закладів	2	6 громадських 3 у в'язницях	12 громадських 7 у в'язницях	16 громадських 7 у в'язницях
Число нових пацієнтів на рік	120	960	2000	2480

Впровадження якісного ведення випадків ММС ТБ буде ґрунтуватись на існуючому досвіді та кваліфікації фахівців в Україні, зокрема, в пілотній програмі з ведення випадків ММС ТБ, яка наразі здійснюється в Донецькій області за підтримки ФРУ та ВООЗ. Ця програма вже отримала схвалення КЗС, яке пізніше було відкликано внаслідок проблем з реєстрацією медичних препаратів. Донецька область та Національний інститут фтизіатрії будуть першими залучені до програми ГФ, як найбільш підготовлені ділянки. Досвід, який буде отримано Інститутом фтизіатрії на центральному рівні під час здійснення заходів з ведення випадків МС ТБ, буде розповсюджено за межами вибраних регіонів по всій країні.

Під час реалізації вищезазначеного плану розширення будуть здійснюватись наступні координовані заходи:

2.2.1. Нормативні керівні принципи та координація діяльності у зв'язку з ММС ТБ

Планується оновити та вдосконалити існуючі нормативні документи з питань ведення випадків МС ТБ до кінця року 1 з міжнародною допомогою. Стандартні процедури діяльності будуть розроблені в рамках загальних керівних принципів з МС ТБ. Останні будуть ще раз переглянуті у році 3 з метою внесення змін на основі стандартного та індивідуального лікування ММС ТБ, яке надаватиметься після покращеної лабораторної діагностики.

Разом із створенням електронного реєстру ТБ, запланованого на 2009-2010 роки, буде проводитись навчання обласних та районних координаторів з ТБ та спеціалістів з моніторингу/статистики. Ці тренінги доповнюватимуть технічну допомогу, що її надаватимуть міжнародні організації (наприклад, PATH), з аналізу обласних даних про МС ТБ. Цими заходами будуть охоплені протитуберкульозні заклади як загальної, так й пенітенціарної системи охорони здоров'я. Це дозволить одержати достовірні дані про масштаби поширення МС ТБ для планування, постачання ліків, лікування та інших цілей. На основі планового збору даних про ММС/ШМС ТБ буде істотно підсилене планування закупівлі медичних препаратів в усіх областях.

2.2.2. Навчання методам лікування ММС ТБ

Пацієнтів будуть лікувати спеціалісти у відділеннях ММС ТБ в усіх вибраних обласних протитуберкульозних лікарнях. Перші три заклади – Національний інститут фтизіатрії, лікарні у Донецьку та Дніпропетровську – вже отримують технічну допомогу від міжнародних донорів (PATH, ВООЗ) для створення центрів передового досвіду. Вони надаватимуть послуги на базі лікарень та амбулаторних установ та матимуть зв'язки з протитуберкульозними факультетами вищих навчальних медичних закладів. Вибрані спеціалісти з ТБ (в цілому 25 осіб з громадської та пенітенціарної системи охорони здоров'я) пройдуть навчання, як тренери з питань ведення ММС ТБ (НТ) у Латвійському співпрацюючому центрі ВООЗ з передового досвіду з МС ТБ та у навчальному центрі ВООЗ у Тарту, Естонія. Згодом буде проведено 20 тренінгів для лікарів та медсестер, які працюють в сфері ММС ТБ, з метою підвищення їх кваліфікації згідно з вищезазначеним планом розгортання програми.

2.2.3. Інфекційний контроль

Заходи інфекційного контролю (ІК) у стаціонарних відділеннях з лікування ММС ТБ, включаючи заклади пенітенціарної системи, будуть підсилені. Загальна оцінка ситуації з ІК та практики у протитуберкульозних закладах буде проведена у другому кварталі першого року для розробки Національної програми контролю за ТБ-інфекцією; у третьому році буде здійснено місію для оцінки ІК. Буде створено робочу групу Програми ІК за туберкульозом для нагляду за здійсненням заходів ІК; національного координатора буде призначено в Національному протитуберкульозному центрі у другому кварталі першого року (див. Завдання 3). Заявка містить звернення до ГФ щодо надання підтримки для регулярної діяльності цієї Національної робочої групи, яка включатиме обласних спеціалістів. У третьому кварталі буде розроблено Національну програму ІК. Буде проведена національна конференція за участі 50 делегатів, які представляють результати первинної оцінки та

ROUND 9 – Tuberculosis

проект національної програми ІК. Це стане початком розробки обласних та лікарняних програм ІК.

Спеціалізовані відділення з ММС ТБ будуть поступово оновлятися – згідно з вищезазначеним планом розгортання – і будуть оснащені обладнанням для інфекційного контролю/захисту навколишнього середовища (системи вентиляції, УФ-лампи). Закупівля респіраторів для особистого захисту персоналу планується здійснити за кошти ГФ. Співробітники закладів з лікування ММС ТБ проходять спеціалізовані тренінги з інфекційного контролю за ТБ.

2.2.4. Постачання препаратів другого ряду

Препарати другого ряду в Україні закуповуються централізовано коштом державного бюджету для всіх регіонів України. Це ліки вітчизняного та іноземного виробництва. Не всі протитуберкульозні препарати другого ряду, що виробляються в Україні, мають Сертифікат GMP. Більшість з цих медикаментів не пройшли прекваліфікацію ВООЗ. Уряду України необхідно створити систему забезпечення якості наявних медичних препаратів – цим завданням наразі займається щойно створена Державні інфекція з лікарських засобів. Наразі Україна не може покрити 100% своїх потреб у протитуберкульозних препаратах 2-го ряду. Таким чином, для задоволення потреб країни у наданні комплексного якісного лікування ММС ТБ та попередження рецидивів та розвитку ШМС ТБ, ця заявка містить план закупівель препаратів для охоплення, в цілому, 5560 нових випадків ММС ТБ за 4-річний період. Україна звернеться до Комітету зеленого світла (КЗС) з проханням, щоб ліки, які постачає КЗС, спрямовувались цілковито для забезпечення належних схем лікування, які додаються до даної заявки (Додатки 33, 34, 35 та 36). У другому кварталі 2010 року місію КЗС буде запрошено для оцінки існуючої ситуації за ММС ТБ та допомоги у підготовці заявки до КЗС.

Ряд медичних препаратів КЗС не зареєстровано в країні, тому що виробник не був в цьому зацікавлений. З розширенням програми з ММС ТБ зростання оптових закупівель може зацікавити компанії провести реєстрацію їхніх препаратів. МОЗ ініціюватиме процедури реєстрації у 2009 році за підтримки інших донорів. Будуть здійснені політичні/законодавчі заходи для заборони продажу протитуберкульозних препаратів 2-го ряду в аптеках без рецепту.

2.2.5. Ведення випадків ММС ТБ та формування прихильності до лікування

Метою ведення випадків ММС ТБ на амбулаторній фазі є сприяння розробці та здійсненню плану лікування для кожного пацієнта, забезпечуючи його максимальну зручність та прийнятність для пацієнтів. Враховуючи те, що ведення хворих є додатковим навантаженням для працівників закладів первинної медичної допомоги, вони отримуватимуть додаткову оплату за кожного пацієнта за шість місяців успішного виконання пацієнтами режиму лікування ММС ТБ. Впродовж амбулаторної фази підгрупа хворих на ММС ТБ, які наражаються на ризик невдачі лікування (20%) отримуватимуть соціальну підтримку та допомогу у дотриманні режиму лікування з боку патронажних медичних сестер, а також одержуватимуть продуктові набори (див. модель ДОТ у Завданні 2.1). Регулярний нагляд з боку обласних спеціалістів та наданням послуг хворим на ММС ТБ у амбулаторних районних протитуберкульозних закладах та закладах ПМД, консультування та соціальна підтримка будуть ретельно здійснюватись згідно з моделлю, описаною вище у розділі *Розширення ДОТС*. Особиста підтримка буде доповнюватись освітніми матеріалами для пацієнтів та членів їх сімей.

Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ), РАТН, Національне Товариство Червоного Хреста та Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД відповідатимуть за виконання цього завдання та здійснення зазначеної діяльності.

Суб-завдання 2.3

Покращити доступ до високоякісних послуг для пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ

СНП: Розширення зусиль, спрямованих на боротьбу з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ

Україна потерпає одночасно від двох епідемій: ВІЛ та туберкульозу. За даними Українського центру СНІДу, туберкульоз є основною причиною смерті ЛЖВС, а також є найбільш характерною ознакою СНІДу. Нажаль, дані щодо реальної поширеності ко-інфекції ВІЛ/ТБ в Україні є дещо обмеженими через брак даних епіднагляду. Одна з найсерйозніших епідемій ВІЛ у Європі та високий рівень поширеності туберкульозу призводить до збільшення кожного року кількості хворих на ТБ/ВІЛ, що вимагає невідкладних дій з подолання тягаря обох епідемій. Заходи у цій сфері надання послуг

ROUND 9 – Tuberculosis

мають на меті покращення послуг хворим на ТБ та первинної медичної допомоги з тим, щоб задовольнити особливі потреби уразливої групи і, зокрема, ЛЖВС. Діяльність координуватиметься відповідно до Проміжної політики спільних заходів у сфері ТБ/ВІЛ «Стоп ТБ», та складатиметься з трьох ключових напрямків:

- а) посилення механізму співпраці;
- б) зменшення тягаря ТБ на ЛЖВС;
- в) зменшення тягаря ВІЛ на хворих на туберкульоз.

В рамках цієї СНП вживатимуться певні заходи з адвокації, розвитку кадрових ресурсів та інфекційного контролю із застосуванням підходу системи громадського здоров'я для посилення потенціалу існуючих послуг та запровадження інноваційних моделей догляду за пацієнтами з ко-інфекцією. Задля цього, будуть виконані наступні дії:

2.3.1: Зміцнити механізм співпраці на національному, регіональному та місцевому рівнях

Національна Рада (НР) була нещодавно реформована, і тепер охоплює обидві хвороби, проте у своїй роботі вона переважно зосереджується на прийнятті політичних рішень. Технічний потенціал НР та Комітету з протидії ВІЛ та ТБ можна посилити шляхом створення спільної Робочої групи з питань ТБ/ВІЛ. На обласному та місцевому рівнях будуть підтримуватися місцеві координаційні ради, які отримуватимуть невеликі гранти для покращення роботи на місцевому рівні. Передбачається також розробка спільного плану протидії ТБ/ВІЛ, підтримка створення інноваційних моделей лікування хворих з ко-інфекцією, а також мобілізація громадянського суспільства та уражених груп населення. Ці дії будуть скоординовані з проектом раунду 6, що має на меті запровадження інтегрованих послуг для уразливих груп населення, а також покращення системи ДОТС для ЛЖВС на базі послуг у сфері ВІЛ (ця діяльність прописана у суб-завданні 3.1.).

Для аналізу головних досягнень, визначення недоліків, обміну здобутим досвідом та планування майбутніх кроків раз на два роки планується організовувати спільні засідання програм з ВІЛ та ТБ за участі інших зацікавлених сторін. Отже особи, які приймають рішення, а також керівники сектору охорони здоров'я й інші зацікавлені сторони зможуть перейнятися серйозністю проблеми та налагодити ефективну співпрацю на всіх рівнях для боротьби з ТБ/ВІЛ (СНП: АКСМ).

Необхідно також прийняти відповідних заходів щодо надійності аналізу даних. Рутинне тестування на ВІЛ застосовується для хворих на туберкульоз, а флюорографічне обстеження використовують для виявлення ТБ серед ЛЖВС. Поки дані щодо поширеності ко-інфекції в Україні не можуть бути підтверджені. Для пришвидшення процесу прийняття рішення заплановано надання технічної допомоги щодо покращення процесу збору даних та гармонізації роботи між вертикальними інституціями, а також проведення ряду операційних досліджень щодо якості надання послуг в протитуберкульозних диспансерах та Центрах профілактики та боротьби зі СНІДом. Наразі системи протидії ВІЛ та ТБ в Україні використовують власні системи моніторингу, що були створені згідно з міжнародними рекомендаціями та стандартами ВООЗ. Заявка містить пропозицію щодо спільних заходів у сфері МіО та підвищення ефективності цих систем шляхом обміну досвідом та даними. Шляхом досягнення згоди на національному рівні, робочі групи з питань ТБ/ВІЛ складуть перелік національних показників стосовно спільних заходів з протидії ВІЛ та туберкульозу, планується проводити спеціальні тренінги керівників відділів інформації програм з ТБ та ВІЛ, причому особлива увага приділятиметься збору та використанню даних щодо ТБ/ВІЛ. Збір та аналіз даних буде завданням підрозділів МіО (СНП: Моніторинг та оцінка).

2.3.2: Зменшити тягар ТБ на ЛЖВС

2.3.2.1 Підтримка збільшення кількості виявлених випадків туберкульозу.

У той час, як інші СНП у цій пропозиції, а також окремі СНП раунду 6 мають на меті посилення виявлення туберкульозу шляхом підвищення технічного потенціалу медперсоналу, ця СНП спрямована на подолання браку обізнаності, знань та навичок медичних фахівців, соціальних працівників та ЛЖВС стосовно ко-інфекції ТБ/ВІЛ. Пропозиція передбачає перегляд Національної стратегії та протоколів стосовно ВІЛ/ТБ, а також друк та розповсюдження оновлених документів серед постачальників медичних послуг. Також планується розробити робочі інструкції щодо проведення типового обстеження на туберкульоз для ВІЛ-сервісних організацій. Новостворені та оновлені стратегії знайдуть своє відображення в навчальних модулях, присвячених ВІЛ та ТБ. Пропозиція дотримується підходів гранту раунду 6 щодо включення навчальних модулів до

ROUND 9 – Tuberculosis

програм післядипломної медичної освіти, а також вимог до акредитації та національної сертифікації. Навчальні курси в межах цієї діяльності також включатимуть заняття з підвищення кваліфікації, тренінги для тренерів та менторську програму. Експерти з питань ВІЛ будуть залучатися до участі у програмі "Практичний підхід до здоров'я легень" (ППЗЛ), що стане частиною навчальних курсів. Отримані знання та вдосконалені навички медичних працівників сприятимуть ранній діагностиці активної форми туберкульозу серед ВІЛ-позитивних осіб, а також неінфікованих представників ГНР. Для того, щоб вдосконалити систему направлень та розширити доступ ЛЖВС до послуг щодо ТБ, двічі на рік буде проводитися операційне дослідження щодо картування потенціалу діагностики ВІЛ. Результати цієї роботи будуть поширюватися серед ВІЛ-сервісних структур та громад ЛЖВС. Пропозиція також має на меті стимулювання ЛЖВС до формування попиту на послуги у зв'язку з ТБ. Буде розроблено та виготовлено спеціальні інформаційні матеріали для ЛЖВС, що дозволить підвищити їхню обізнаність про ко-інфекцію ВІЛ/ТБ. Такі матеріали також міститимуть зрозумілі рекомендації щодо дій пацієнта у випадку виникнення підозри на інфікування ТБ.

2.3.2.2 Застосування профілактичного лікування ізоніазидом

Профілактичне лікування ізоніазидом (ПЛІ) – це наріжний камінь системи ефективного догляду за особами, які наражаються на ризик ко-інфекції (на основі підрахунку клітин CD-4). Пропозиція сприятиме перегляду національної стратегії та протоколів щодо туберкульозу з метою визнання ПЛІ ключовим компонентом послуг у зв'язку з ВІЛ. За допомогою національних та міжнародних експертів планується розробити стандартні інструменти та стратегічні керівні принципи щодо запровадження ПЛІ. Робоча група з питань ВІЛ/ТБ нестиме відповідальність за розробку операційного плану включення ПЛІ у рутинну діяльність медичних закладів, що надають догляд ЛЖВС. Пропозиція також підтримає створення інформаційних матеріалів для медичних працівників та ЛЖВС щодо ефективності, дієвості та безпечності прийому ізоніазиду для профілактики ТБ. Пропозиція не передбачає закупівель ізоніазиду – препарат постачатиметься в рамках національної програми. Проте особлива увага приділятиметься запровадженню інструмента прогнозування потреби у профілактичному лікуванні ізоніазидом серед ВІЛ-сервісних організацій на місцевому та національному рівнях, а також механізму передачі препаратів від протитуберкульозних структур до організацій, що працюють у сфері ВІЛ.

2.3.2.3. Інфекційний контроль за ТБ

Високі показники поширеності ТБ та пригнічення імунітету робить ЛЖВС дуже сприйнятливими до нозокоміального зараження ТБ. Ризик інфекції дуже високий в протитуберкульозних клініках, а також в інших місцях, де збираються ЛЖВС (прийом амбулаторних хворих в центрах СНІДу; ділянки програм зниження шкоди та замісної терапії). Тому важливим компонентом пропозиції є розробка політики та керівних принципів щодо інфекційного контролю не тільки для послуг щодо ТБ, але й для інших, дотичних систем. Пропозиція підтримає створення Національного стратегічного плану з інтеграції принципів інфекційного контролю у повсякденну діяльність всіх структур, що надають послуги ЛЖВС. Пропозиція також передбачає проведення моніторингових візитів та здійснення операційних досліджень для оцінки користі дотримання заходів інфекційного контролю на робочих місцях. Нерідко людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом з невідомим або неясним діагнозом (часто з кашлем) направляють до національного або регіонального центру для подальшої діагностики і призначення лікування. Відтак, пропозиція підтримає створення діагностичних кабінетів із забезпеченням відповідних заходів з ІК в п'яти центрах СНІДу (один такий кабінет – у пенітенціарній системі). Пропозиція також заохочуватиме розділення потоків пацієнтів, окремий вхід для хворих з кашлем і установку ультрафіолетових ламп в місцях збору ЛЖВС.

Особлива увага приділятиметься створенню та друку інформаційних матеріалів для ЛЖВС і професіоналів у сфері охорони здоров'я стосовно індивідуальних засобів безпеки, а також придбанню респіраторів для персоналу.

2.3.3: Зменшити тягар ВІЛ на хворих з ТБ

2.3.3.1. Проведення консультування та тестування на ВІЛ.

Своєчасне та комплексне тестування і консультування щодо ВІЛ – це актуальна потреба

ROUND 9 – Tuberculosis

для протитуберкульозних структур. В той час, як жодного дефіциту тест-систем для ВІЛ не спостерігається, якість консультування – це велика проблема. Розширення послуг з консультування та тестування за ініціативою постачальника послуг вимагає розробки стандартів, протоколів та керівних принципів ТКІП відповідно до міжнародних стандартів, затверджених ВООЗ у 2007 році²¹. Міжнародний експерт надасть допомогу в адаптації цих міжнародних принципів ТКІП до місцевих стратегій і реалій, розробить план для їх розгортання у контексті послуг щодо ТБ, а також допоможе підготувати ці документи до друку і розповсюдити їх. Пропозиція також передбачає проведення косметичного ремонту кабінетів до- та після тестового консультування на 27 ділянках, а також приміщень для групових обговорень у протитуберкульозних клініках. ТКІП будуть організовані із залученням НУО і стануть частиною комплексного пакету послуг з догляду, який також включатиме організаційні заходи, наприклад, проведення інформаційних подій з питань ВІЛ/ТБ, кампанії з адвокації тощо.

2.3.3.2. Запровадження заходів зі зниження шкоди у протитуберкульозних закладах

Зниження шкоди – це ефективний профілактичний засіб для протидії концентрованої епідемії. Високі показники зловживання наркотиками серед хворих на туберкульоз вимагає інноваційних втручань, і тому пропозиція передбачає започаткування проектів зі зниження шкоди на базі 10 протитуберкульозних клінік в пріоритетних регіонах. Для ефективного запровадження методів зниження шкоди будуть застосовуватися моделі проектів раунду 1 та 6. Для забезпечення ефективності проекту планується закупити шприци та голки, презервативи, дезінфектанти та спиртові серветки.

2.3.3.3 Запровадження профілактичного лікування котримоксазолом.

Прогресування ВІЛ інфекції характеризується зниженням рахунку клітин CD-4. Коли показник числа CD-4 падає нижче 200, то різко зростає ризик захворювання на опортуністичну інфекцію. Минулий досвід показує, що котримоксазол є ефективним засобом профілактики бактеріальної чи пневмоцистної пневмонії, токсоплазмозу, кишкових інфекцій тощо. В межах запропонованих заходів планується розробити стратегію застосування профілактичного лікування котримоксазолом для хворих на туберкульоз, а також розробити інструкції та клінічні стандарти, закуповувати та розподіляти препарати, і здійснювати моніторинг їх прийому.

2.3.3.4 Доступ хворих на ТБ до комплексних медичних послуг

В рамках цієї пропозиції не планується закуповувати антиретровірусні препарати для хворих на ко-інфекцію. Антиретровірусні препарати будуть закуповуватися коштом державного бюджету та в рамках проекту раунду 6 – наразі вони є доступними у протитуберкульозних клініках. Натомість ця пропозиція має на меті створення механізму направлень для обміну АРВ-препаратів та протитуберкульозних медикаментів між різними вертикальними структурами, а також спільне залучення учасників до процесу прогнозування та планування. Пропозиція також передбачає створення та запровадження механізму безперервного надання замісної підтримуючої терапії для хворих, які лікуються на стаціонарі протитуберкульозних клінік. Вдосконалення системи управління матеріально-технічним забезпеченням, а також механізму відстеження запасів медикаментів стане частиною міжгалузевого співробітництва.

Завдання 3: Підвищити потенціал системи охорони здоров'я України щодо відповіді на ТБ шляхом покращення врядування (лідерство, моніторинг та оцінка, розвиток кадрових ресурсів), необхідного для успішної реалізації програми з ТБ.

Суб-завдання 3.1

Зміцнити потенціал системи охорони здоров'я через краще врядування

СНП: Лідерство та управління в сфері контролю за ТБ

Впродовж останніх років в Україні була створена структура контролюючих та координаційних органів на національному та регіональному рівнях, відповідальних за виконання заходів з контролю за ТБ:

ROUND 9 – Tuberculosis

- 2007 року при Міністерстві охорони здоров'я був створений Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам (Комітет), метою якого була координація та керівництво у протидії інфекційним захворюванням, включаючи туберкульоз.
- Міністерство охорони здоров'я в 2009 році переглянуло положення про Національний центр контролю та боротьби з туберкульозом (Центр ТБ), який підпорядковується Комітетові з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально-небезпечним хворобам та реорганізувало його. Оскільки Комітет має як загальну стратегічну відповідальність так й відповідальність за впровадження Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз, то на Національний центр контролю та боротьби з туберкульозом покладено операційну відповідальність за втілення цієї Програми, надання методологічної підтримки, моніторинг, контроль та нагляд, а також забезпечення навчання. Останні уточнення сфер відповідальності та функції були відображені в Статуті центру, який буде затверджено міністерським Наказом.
- Національна рада (НР) з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу була створена урядом України 2007 року з метою забезпечення участі національних та міжнародних партнерів в обговореннях та прийнятті рішень. НР слугує крайнім координаційним механізмом (ККМ) контролю та координації впровадження програм з питань протидії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу. Комітет працює як Секретаріат НР. Наприкінці 2008 року один з членів НР, який представляв громадянське суспільство, запропонував відновити діяльність кількох комітетів НР, що існували раніше, з покладенням на них більш активних функцій у підтримку Секретаріату Ради та Комітету МОЗ (один і той же орган). Ілюстративна органі грама, представлена Раді, міститься у Додатку 37: вона відображає ширший, цілісніший підхід до подолання епідемій ТБ, ВІЛ та наркоманії. На регіональному рівні була створена аналогічна система координаційних рад з питань боротьби з туберкульозом та ВІЛ/СНІДом при обласних адміністраціях. Ці ради є міжгалузевими, з представництвом і державного сектору, і громадянського суспільства. Разом з управліннями охорони здоров'я обласні координаційні ради координують діяльність органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування та НУО.
- В кожній з 27 адміністративних одиниць будуть створені посади обласних координаторів з питань боротьби з туберкульозом за фінансуванням з державного бюджету, на яких будуть покладені відповідні повноваження та обов'язки щодо координації зусиль у сфері боротьби з туберкульозом на обласному рівні.
- З метою зміцнення координації між Комітетом, Департаментом з питань виконання покарань та Міністерством внутрішніх справ буде створено міжвідомчу групу, що її затвердить.

Усі описані вище зусилля відображають зростання політичної відданості уряду України справі усунення недоліків у сфері лідерства та управління відповіддю на туберкульоз в Україні.

Незважаючи на те, що нова структура має на меті значне покращення урядування та координації зусиль з протидії ТБ, необхідно вжити додаткових заходів для приведення у відповідність усіх та нормативно-правових актів в межах цієї структури та підвищення рівня компетенції новопризначених посадовців для оптимального виконання їх функцій. З цієї метою необхідно знайти кошти для фінансування наступних конкретних заходів:

3.1.1 Розвиток потенціалу на національному та регіональному рівнях

Для підвищення професійного рівня співробітників Центру ТБ та Департаменту з питань виконання покарань, які опікуються проблемою ТБ у пенітенціарних закладах, будуть організовані спільні тренінги. Навчальна програма включатиме питання програмного та фінансового менеджменту, звітування, моніторингу та оцінки, контролю та практичного навчання, методів оцінки потреб тощо. Крім того, обрані чиновники найвищого рівня, керівництво Комітету та Департаменту пройдуть навчання з питань управління національних програм з ТБ з особливою увагою до стратегічного планування, реалізації, контролю та моніторингу; крім того, їм будуть створені можливості для участі в важливих міжнародних конференціях. На національному рівні також планується розробити керівні принципи з належного врядування та впровадження програм, які будуть поширені серед усіх регіонів.

В рамках сфер надання послуг цієї Заявки Центр Контролю за ТБ та Державний Департамент з питань виконання покарань отримають допомогу у впровадженні заходів, для яких вони діятимуть як суб-реципієнтами та/або будуть важливими партнерами. Така допомога дозволить двом ключовим структурам у сфері контролю за туберкульозом виконати покладені на них функції. Як спостерігаюча складова МОЗ Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально-небезпечним хворобам отримає підтримку в плануванні та впровадженні щорічних контролюючих

ROUND 9 – Tuberculosis

візитів в регіони. Для забезпечення технічної спроможності буде надано постійно діючу підтримку всім аспектам втілення програми від офісу ВООЗ в Україні.

Створення та кадрове забезпечення комітетів координаційних рад на обласному рівні стало важливим кроком у зміцненні можливостей цих систем у боротьбі з захворюванням туберкульозу, проте не були забезпечені структурні зусилля для розвитку потенціалу нового персоналу. Протягом терміну дії гранту відбуватимуться щоквартальні зустрічі усіх 27 обласних координаторів з метою координації діяльності та розвитку потенціалу. Навчальні компоненти охоплюють питання розробки, складення бюджету, виконання і моніторингу та оцінки програм, а також методології операційних досліджень/аналізу систем (ORSA).

Секретаріати обласних координаційних рад отримають комп'ютери та доступ до мережі Інтернет в областях, які потребують цього. Також у всіх областях будуть проведені практичні семінари з питань стратегічного планування з метою підготовки операційних планів боротьби з туберкульозом та ТБ/ВІЛ. Персонал з «потужним потенціалом» отримає запрошення на курси підвищення кваліфікації.

І, нарешті, один раз на рік буде проводитися Національна конференція з протидії туберкульозу – майданчик для наукових дебатів, розвитку потенціалу та обміну досвідом та результатами з питань виконання Загальнодержавної програми з ТБ.

3.1.2 Перегляд та гармонізація законодавства до прийнятої стратегії «Стоп ТБ»:

Реалізація Загальнодержавної програми боротьби з туберкульозом (Додаток 23, Раунд 8) регулюється існуючим законодавством та нормативно-правовими актами України. Нещодавно була прийнята стратегія боротьби з туберкульозом з впровадженням ДОТС для всієї країни, що становить важливу основу переходу до сучасного підходу лікування туберкульозу, проте чинними залишається ще цілий ряд законів та нормативно-правових актів, що не були узгоджені до цього підходу, і це, в свою чергу, заважає Комітету здійснювати ефективну реалізацію Програми з ТБ. Ця пропозиція передбачає залучення місцевих та міжнародних експертів для перегляду та внесення змін до відповідного законодавства та нормативно-правових актів, що регулюють діяльність у сфері ТБ. В результаті таких заходів Комітет з протидії ТБ та ВІЛ та обласні управління охорони здоров'я будуть краще озброєні для ефективного виконання завдань з координації та управління за підтримки відповідної законодавчої бази.

3.1.3 Оцінка чинної Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз та розробка нової програми на 2012-2017 роки:

Під керівництвом Комітету та з активним залученням всіх зацікавлених сторін буде проведена оцінка чинної програми протидії захворюванню на туберкульоз (Додаток 23, Раунд 8) із залученням міжнародного експерта. На основі отриманих результатів оцінки та засвоєних уроків буде розроблена та підготовлена для ухвалення Верховною Радою та для подальшої реалізації нова програми боротьби з туберкульозом на 2012-2017 рр.

Суб-завдання 3.2

Зміцнити потенціал української системи охорони здоров'я щодо відповіді на ТБ шляхом поліпшення врядування через покращення моніторингу та оцінки,

СНП: Система МіО

Ефективно функціонуюча система МіО, а також зважене прийняття рішень на основі точних і надійних даних є надважливими елементами сучасних програм боротьби з захворюванням на туберкульоз, що дозволяє менеджерам відстежувати прогрес й успішну протидію туберкульозу, включаючи ММС ТБ та ко-інфекцію ТБ/ВІЛ. Втім, жодних коштів не закладено до державного бюджету на таку систему контролю й оцінки.

За останні роки уряд доклав значних зусиль для покращення ситуації щодо моніторингу й оцінки боротьби з туберкульозом, включаючи

- Розробку надійно функціонуючої системи збору даних і звітності
- Введення форм звітування ДОТС, а також ДОТС-плюс (когортний аналіз)
- Існування Державного відділу медичної статистики при МОЗ, метою якого є збір даних

ROUND 9 – Tuberculosis

- Створення відділу моніторингу та оцінки при Центрі боротьби з туберкульозом України, метою якого є збір й аналіз даних щодо когортного аналізу.

Лишаються і недоліки, зокрема:

- Відсутність Національного плану МіО
- Відділ моніторингу та оцінки при Центрі боротьби з туберкульозом України не виконує своїх завдань у повному обсязі через брак фінансування
- Форми ДОТС і ДОТС-плюс не є обов'язковими для використання в усіх органах і міністерствах країни. Зокрема, це стосується пенітенціарної системи.
- Нові запроваджені форми використовуються у країні некоректно, оскільки не було проведено жодного тренінгу з ДОТС для спеціалістів з областей, що не були пілотними
- Брак належної координації між агенціями, залученими у процес виявлення та лікування пацієнтів, хворих на туберкульоз (контрольні візити, обмін даними між системою лікування туберкульозу і пенітенціарною системою).
- Відсутність державного реєстру випадків захворювань на туберкульоз.

Заходи в цій заявці націлені на подолання зазначених вище недоліків:

3.2.1 Розбудова потенціалу відділів МіО:

Хоча відділи МіО при Центрі боротьби з туберкульозом України і всі обласні протитуберкульозні диспансери повністю забезпечили кадрами статистичні відділи, втім відчувається нестача стратегічних і нормативних рекомендацій, обладнання і належної підготовки таких кадрів, аби вони могли ефективно виконувати свої задачі. В цій заявці запропоновано низку чітких заходів з розбудови потенціалу, що допоможе цим департаментам перетворитися на відділи функціонального моніторингу й оцінки ТБ.

Буде розроблено план з МіО, а також відповідні нормативи та операційні інструкції. Для досягнення консенсусу фахівців з МіО будуть організовані «круглі столи».

Усі відділи будуть обладнані комп'ютерами, копіювальними апаратами та доступом до мережі Інтернет.

Персонал відділів МіО пройде навчання з питань моніторингу та оцінки. Навчальні матеріали для таких тренінгів будуть розроблені на основі модулів ВООЗ. Програми тренінгів також включатимуть питання нагляду та практичного навчання у сфері МіО.

Керівники відділів відвідають тренінги за кордоном з питань управління даними, статистичного аналізу та тлумачення інформації.

Як вже було зазначено ця діяльність прописана під суб-завданням 2.1.1., де вказано, що фахівці обласного рівня регулярно здійснюватимуть контрольні візити на периферію для забезпечення якості фіксування даних і звітності. Наглядові звіти міститимуть відповідні зауваження та пропозиції.

3.2.2 Впровадження національного реєстру з ТБ на національному та обласному рівнях

Існуючі стандартизовані засоби моніторингу будуть переглянуті та оновлені з особливим наголосом на аналітичні дослідження когорт.

Реєстр захворювань на туберкульоз є комплексним інструментом для збору даних і поточного аналізу, але він досі не працює. Хоча на периферії системи і надалі продовжать використовувати реєстр «на папері», починаючи з обласного рівня і вище протитуберкульозні заклади перейдуть на електронну реєстрацію (можливо, е-ТБ, розроблений MSH). Ця пропозиція передбачає підтримку та впровадження електронного реєстру захворювань на туберкульоз.

3.2.3 Операційне дослідження та епідеміологічні обстеження:

Дані, що їх генеруватимуть відділи моніторингу, допоможуть оцінити висновки та результати лікування (на основі когортного аналізу). Такий поточний збір даних буде доповнено цільовими епідеміологічними обстеженнями й операційними дослідженнями результативності програми (наприклад, затримки пацієнта, затримки лікаря, дослідження незавершеного лікування) та ефективності інституцій (наприклад, тривалість перебування, рівень зайнятості, наявність ліків, подальше спостереження в амбулаторних умовах, кількість візитів пацієнтів і час візитів, рівень госпіталізації пацієнтів). Отриману стратегічну інформацію буде включено до ітераційних циклів аналізу даних у режимі реального часу та вдосконалення програми для збільшення їх впливу (див. Список вимог по ORSA, який міститься в Додатку 38).

ROUND 9 – Tuberculosis

Суб-завдання 3.3

Зміцнити потенціал системи охорони здоров'я шляхом створення плану розвитку кадрових ресурсів

СНП: Кадрові ресурси у сфері ЗСОЗ

Як уже зазначалося, Україна стоїть перед складними проблемами, пов'язаними з набором кадрів та втриманням нових медичних працівників, а також з рівнем компетенції та навичками існуючого «літнього» персоналу у галузі ТБ і серед лікарів первинної медичної допомоги. На сьогоднішній день Україні бракує інституційної спроможності для подолання цих проблем. Це (під)завдання включає чіткі та цілеспрямовані заходи з метою визначення наявності кадрів у сфері ТБ; модернізації професійної освіти та післядипломної підготовки фтизіатрів; розширити залучення лікарів первинної медичної допомоги у догляд у зв'язку з ТБ; розбудувати належну інституційну спроможності для успішного розвитку людських ресурсів та їх координацію у сфері ТБ.;

3.3.1 Оцінювання та планування кадрів в сфері ТБ

В Україні відчувається серйозна нестача фтизіатрів, медсестер та техніків-лаборантів. Близько 40% посад фтизіатрів вільні, а 60-70% лікарів наближаються до пенсійного віку, і задля врегулювання цієї ситуації не проводиться жодних попереджувальних заходів. Те ж саме можна сказати про медсестер та працівників лабораторій. Слід проаналізувати варіанти кращого врегулювання попиту та пропозиції стосовно людських ресурсів.

Ґрунтуючись на подібних підходах, застосованих у сфері ВІЛ/СНІДу буде організовано всеосяжний огляд з метою проведення аналізу стану справ та недоліків, а також визначення можливих потенційних рішень. Оцінювання перемістить ТБ у значно ширший контекст системи охорони здоров'я водночас з безперервним проведенням заходів в галузі комплексного планування реформи медичної галузі та питань у зв'язку з людськими ресурсами, такими як набір кадрів, безпечні умови праці, задоволення від роботи і втримання кадрів. Використовуючи методи стратегічного планування та проектування, оцінювання забезпечить наступне: порівняння поточної кількості з прогнозованою пропозицією кадрів з очікуваним попитом протягом наступних років; існуючий та прогнозований географічний розподіл; розгляд кар'єрних перспектив серед спеціальностей і кадрів; стратегії з метою покращення привабливості та престижу фтизіатричних спеціальностей; стратегії для попередження професійних ризиків; перегляд розподілу завдань між різними професійними категоріями (терапевти, медсестри, соціальні працівники, лаборанти - техніки та фахівці з закупівлі); та окреслення заходів з метою зрівняння попиту та пропозиції (наприклад, інтенсивніше застосування практики передачі деяких завдань від більш до менш спеціалізованих кадрів та/або установ; активніше залучення соціальних працівників та психологів до забезпечення соціальних послуг; мобілізація існуючих кадрів, у тому числі - переорієнтація медсестер, що раніше відповідали за проведення масових скрінгів, буде зменшено і націлено на населення, що знаходиться у групі ризику). Оцінювання допоможе у підготовці національного плану підготовки кадрів в сфері ТБ, що керуватиме набором кадрів та їх втриманням, розподіленням та підготовкою кадрів в сфері лікування туберкульозу та надання підтримки в Україні. Координацією проведення оцінки, розробкою плану та контролем за його виконанням опікуватиметься Міжгалузева робота група з кадрових ресурсів у сфері протидії ТБ.

3.3.2 Оновлення традиційної системи підготовки у вищих навчальних закладах та закладах післядипломної освіти з питань ТБ

Зрозуміло, що під час впровадження ДОТС-стратегії необхідно проводити навчання безпосередньо на робочих місцях для швидкого підвищення кваліфікації фтизіатрів (бюджет на це передбачений в рамках різних СНП), проте початкове навчання та програми підвищення кваліфікації медичних працівників повинні здійснюватись в рамках навчання у вищих медичних закладах та закладах післядипломної освіти за фінансуванням з державного бюджету. Ця пропозиція має на меті залучення фінансування для навчальної системи підготовки фтизіатрів та лікарів первинної медичної допомоги (ПМД) в вищих навчальних закладах та закладах післядипломної освіти для повної адаптації навчальних програм до нової національної методології лікування туберкульозу. Реформування сьогодишньої освіти у сфері туберкульозу в університетах та інших навчальних закладах ґрунтуватиметься на оцінці змісту існуючих навчальних програм вищої та післядипломної освіти відповідних кадрів (у тому числі фтизіатрів, медсестер, соціальних працівників, психологів) на основі стандартних навчальних програм відповідно до міжнародних

ROUND 9 – Tuberculosis

рекомендацій та найкращих практик. Складання нових навчальних програм та подальша підготовка викладачів 22 шкіл медсестер, 18 медичних вузів та 3 академій післядипломної освіти в Україні буде сприяти поточній реформі системи медичної освіти в рамках інтеграції до ЄС (включаючи Болонський процес), зокрема, що стосується переходу фтизіатрії до ширшої спеціалізації респіраторних захворювань.

3.3.3 Запровадження ППЗЛ для лікарів первинної медичної допомоги

Для лікарів первинної медичної допомоги буде започатковано процес адаптації Практичного підходу до здоров'я легенів (ППЗЛ), яку підтримує ВООЗ, з метою повної інтеграції курсу ППЗЛ в навчальні програми з післядипломної освіти лікарів первинної медичної допомоги та фтизіатрів в Україні. Ця пропозиція має на меті залучення фінансування для створення спеціальної групи з ППЗЛ, проведення місії оцінки ППЗЛ, адаптації стандартів догляду ППЗЛ та їх оцінка клініцистами-практиками. Це призведе до створення національної стратегії запровадження ППЗЛ з ефективним використанням існуючих ресурсів (наприклад, системи післядипломної освіти лікарів ПМД) та уточненням необхідних додаткових ресурсів.

3.3.4 Розбудова інституційної спроможності для координації у сфері ТБ

Після посилення лідерської ролі уряду в сфері боротьби з захворюванням на туберкульоз (див. також Завдання 3.1.) Національному центру боротьби з туберкульозом доручено здійснювати координацію зусиль, спрямованих на підготовку і навчання кадрів. Оплата праці провідних спеціалістів здійснюється за рахунок державного бюджету, проте необхідна додаткова технічна та консультативна підтримка протягом всього періоду планування підготовки кадрів та розробки навчальної програми (у тому числі інструкції з ППЗЛ) для винесення питання планування підготовки та навчання кадрів до порядку денного з подальшим наглядом з боку провідних фтизіатрів.

Очікується, що комбінування планування збільшення кількості кадрів, покращення навчання терапевтів та фтизіатрів та зміцнення інституційної спроможності Центру боротьби з туберкульозом щодо розвитку потенціалу значною мірою покращить комплектування та наявність медичних робітників з достатньою кваліфікацією. Зокрема, розвиток можливостей та планування післядипломної освіти створить умови для стабільної, тривалої освіти у сфері туберкульозу з державним фінансуванням, що прийде на зміну існуючій практиці навчання на робочих місцях, що проводиться ключовими партнерами для оперативної підготовки існуючого персоналу з питань найновітніших підходів до боротьби із захворюванням на туберкульоз. Поетапне впровадження стратегії ППЗЛ є ключовим компонентом розширення залучення системи ПМД у заходи з контролю за ТБ, зокрема з метою збільшення доступу до послуг з лікування ТБ для уразливих і бідних верств населення.

Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) відповідає за досягнення цієї цілі і за результати виконання зазначених заходів; МОЗ відповідним чином співпрацюватиме з Міністерством освіти і науки та Міністерством праці та соціальної політики

Завдання 4: Підвищити загальний доступ до діагностики, лікування та догляду у зв'язку з ТБ через підвищення обізнаності, мобілізації політичної підтримки та зниження стигми

СНП: Адвокація, комунікації та соціальна мобілізація (АКСМ)

АКСМ – це ключовий компонент стратегії «Стоп ТБ», що відіграє визначальну роль у створенні сприятливого соціального і політичного середовища та умов для надання послуг у сфері ТБ. Втім, зусилля АКСМ у сфері протидії туберкульозу в Україні були розрізненими і поодинокими. Ситуація, що склалася, характеризується наступними недоліками:

- Відсутність координації та стратегічного/операційного планування АКСМ на національному та регіональному рівнях;
- Брак належних механізмів фінансування;
- Відсутність соціальної та громадянської мобілізації суспільства і потенціалу НУО;
- Брак політичної відданості, особливо на регіональному рівні;
- Брак обізнаності серед загального населення;

ROUND 9 – Tuberculosis

- Поширеність стигми та дискримінації серед соціальних працівників і медиків.

Хоча заходи АКCM були включені у Загальнодержавну програму з ТБ, коштів на це державний бюджет не передбачає. Таким чином, ця заявка містить цілий ряд важливих втручань АКCM, які разом становлять базову програму діяльності у галузі АКCM.

4.1 Розробка стратегії та координація АКCM

В країні буде створено Національну тематичну групу з питань АКCM, діяльність якого координуватиме сектор НУО. До її складу увійдуть представники НУО, уразливих громад, клінічні служби та відповідні урядові структури (Центр ТБ, Комітет з ТБ/ВІЛ, Державна соціальна служба), які будуть тісно співпрацювати з регіональними координаторами з ТБ (за фінансування держави). У кожному з 27 регіонів будуть визначені НУО, на яких буде покладена функція координатора АКCM, яка, між іншим, передбачає розробку та впровадження планів з АКCM.

Під керівництвом Тематичної групи та на основі дослідження KAPB (знання, ставлення практика та поведінка) серед клієнтів та постачальників послуг, у перший рік буде розроблена комплексна стратегія та операційний план з АКCM, який також ґрунтуватиметься на оцінці потреб у сфері протидії ТБ. Стратегію буде розроблено з метою досягнення глобальних цілей щодо контролю за туберкульозом; його діяльність буде скоординовано та приведено у відповідність до інших заходів АКCM, включаючи протитуберкульозні проекти PATH та інших організацій. Хартія пацієнтів, хворих на ТБ, слугуватиме основою для всіх заходів АКCM.

Первинне дослідження KAPB використовуватиме якісні та кількісні підходи і охопить групи з обмеженим доступом до послуг з ТБ, медичних працівників, керівництво пенітенціарних закладів та персонал НУО. Його метою стане аналіз прогалин в послугах, соціальних бар'єрів для діагностики і лікування, визначення рівня задоволеності клієнтів чинними послугами з туберкульозу та шляхи їх покращення; визначення причин того, чому серед деяких груп населення (наприклад, ЛЖВС, малозабезпечене та ромське населення і ув'язнені) спостерігаються затримки у пошуку можливості для лікування або невіддале лікування, а також визначення мотивації пацієнтів для формування прихильності до лікування. Перше дослідження KAPB надасть базисну інформацію, на основі якої буде розроблятися стратегія АКCM. Ця стратегія дозволить визначити пріоритети втручань, планування, бюджетів, вироблення рішень щодо повідомлень тощо. Друге дослідження (3-й рік) допоможе оцінити досягнення та слугуватиме обґрунтуванням для змін (коригування) підходів на наступні два роки.

З метою уникнення дублювання буде проведено первинний аналіз ситуації, що дозволить виявити здобутий досвід, а також наявність дослідницьких даних та матеріалів ІОК/КЗМ, що є результатом діяльності чинних проектів з протидії туберкульозу в Україні. Оцінка потреб зосередиться на визначенні кількості потреб та картуванні існуючих фінансових, інституційних та кадрових ресурсів для здійснення АКCM. Оцінювання проводитиметься у п'яти областях в різних географічних регіонах.

Тематична група проводитиме регулярні зустрічі з партнерськими організаціями для визначення прогресу, результатів, проблем та шляхів їх вирішення, а також для координації планів дій. Один раз на рік проводитимуться зустрічі НУО, задіяних у регіональній координації АКCM, з метою створення спільної стратегії, розвитку потенціалу та обміну досвідом.

4.2 Громадянське суспільство та соціальна мобілізація

І громадські організації, і окремі громадські лідери будуть мобілізовані для пропаганди розширення доступу до високоякісних послуг з ТБ серед уразливих груп населення.

Представники місцевих НУО (25 на рік) проходитимуть навчання з адвокації та соціальної мобілізації, а також отримають допомогу у підготовці грантових заявок як в рамках цієї пропозиції, так і до проекту Challenge Facility for Civil Society (CFCS), що його реалізовує Партнерство «Стоп ТБ».

Аналогічним чином, приблизно 30 громадських лідерів та представників органів місцевого самоврядування (особливо тих, хто представляє групи з обмеженим доступом до послуг з ТБ) щороку матимуть можливість взяти участь у програмі соціальної мобілізації, яка включає в себе

ROUND 9 – Tuberculosis

етапи ознайомлення, впровадження та обміну досвідом.

Після розгортання програм ведення хворих для протитуберкульозних служб (див. Завдання 2), місцеві НУО з уже налагодженими стосунками з уразливими групами отримують підтримку щодо розробки та впровадження інтенсифікованих програм виявлення випадків ТБ серед уразливих груп через аутріч-роботу.

Починаючи з 2-го року програми особливих зусиль буде докладено для підготовки та винагородження щороку 75 представників ромських громад, які виступатимуть посередниками з питань ТБ для власних та сусідніх общин.

Визнаючи високі рівні втрат для подальшого супроводу і лікування осіб з ТБ, які звільняються з місць позбавлення волі (за деякими оцінками, 30%), особливу увагу буде приділено розробці/зміцненню підходів до ведення хворих, орієнтованих на клієнта, а також послуг соціальної підтримки, спрямованих на посилення дотримання лікування після звільнення. Щороку НУО надаватимуть індивідуальну підтримку приблизно 1830 в'язням, допомагаючи їм успішно повертатися до цивільного життя та продовжувати лікування ТБ. Така підтримка включатиме мотиваційну та соціальну підтримку, адміністративну допомогу, а також забезпечення зв'язку з «приймаючою» протитуберкульозною службою та безпосереднім лікарем (див. Завдання 2).

4.3 Мобілізація політичної прихильності

Цілий ряд пропагандистських втручань буде спрямовано на посилення політичної прихильності, а особисто – на законодавців, ключових партнерів та донорів з метою зміцнення підтримки та підвищення бюджетів для запровадження найкращих міжнародних стандартів практики у галузі ТБ. Ці втручання ґрунтуватимуться на попередніх зусиллях, які допомогли створити на національному та регіональному рівнях NTP та розширити залучення громадянського суспільства у протидію ТБ. Ключові заходи включатимуть в себе організацію громадських слухань у Парламенті, проведення прес-конференцій на національному рівні, а на регіональному – «круглих столів» з пріоритетних питань протидії ТБ. На місцевому рівні плануються заходи з адвокації. Скоординовані зусилля уряду на національному, регіональному та місцевому рівнях, а також підтримка українських та міжнародних НУО призведе до розбудови потужного Партнерства на всіх рівнях.

4.4 Підвищення рівня громадської обізнаності

На національному та регіональному рівнях буде здійснена низка комунікаційних втручань, спрямованих на підвищення рівня обізнаності загального населення:

Проекти RATH та інші групи уже підготували та видали невелику кількість матеріалів ІОК/КЗП. З метою уникнення дублювання і підсилення важливих заходів, що наразі впроваджуються, програма визначить потребу стосовно нових матеріалів ІОК/КЗП для специфічних груп через проведення первинного аналізу ситуації та дослідження KAPB. Інформаційні матеріали, що вже існують, будуть проаналізовані, модифіковані на основі формативних результатів KAPB, і надруковані. Для таких специфічних груп населення, як ув'язнені, що мають звільнитися з місць позбавлення волі, будуть розроблені нові матеріали ІОК/КЗП, що заохочуватимуть їх до продовження прихильності до лікування.

Кульмінацією інформаційних кампаній, що триватимуть весь рік, стане організація громадських заходів, присвячених Всесвітньому дню боротьби з туберкульозом, які будуть підтримані як в центрі, так і в усіх 27 регіонах.

Для журналістів будуть організовані ознайомчі семінари з питань ТБ, які ґрунтуватимуться на успішній моделі, яку ФРУ кілька останніх років практикує у Донецькій області; крім того, у якості стимулу для підготовки якісних матеріалів, будуть започатковані конкурси для журналістів.

Використовуючи можливості для безкоштовної соціальної реклами у засобах масової інформації, створені українським законодавством, фахівці програми розроблять відповідну концепцію та логотип для масових комунікацій.

Планується розробити та виготовити низку роликів (телебачення, радіо) та наочних матеріалів соціальної реклами (плакати, білборди) для безкоштовного розміщення. Такі засоби масової комунікації сприятимуть покращенню знань та ставлень загального населення та його окремих груп до ТБ, допоможуть знизити рівні стигми та дискримінації, викоринуючи помилкові уявлення та підтримуючи позитивні зміни поведінки, спрямовані на раннє виявлення та дотримання режимів лікування.

На 2-й рік реалізації програми ключові представники місцевих органів влади та інституцій усіх 27

ROUND 9 – Tuberculosis

регіонів, які впливають на формування громадської думки та виступають ключовими джерелами інформації для своїх структур, будуть запрошені на семінар з проблем ТБ та контролю за цим захворюванням. Усі учасники отримають важливу інформацію для подальшого поширення, що дозволить знизити стигму.

Допоміжні засоби (настільні інструкції) у формі фліпчартів, які допомагають медикам консультувати пацієнтів, також підтримуватимуть та мотивуватимуть людей, постраждалих від ТБ, прагнути ранньої діагностики і дотримання лікування, а також пропагуватимуть підходи, орієнтовані на клієнта.

Крім того, тренінги для медичних працівників, помножені на зусилля ЗМІ у сфері протидії ТБ, сприятимуть зниженню стигми та дискримінації з боку працівників сфери охорони здоров'я (PATH, 2007).

Особливу підтримку отримають зусилля, спрямовані на розширення у національних масштабах роботи існуючої у Донецьку телефонної «гарячої лінії» з проблем ТБ (фінансується ФРУ), а також на розширення та підтримку Інтернет-порталу з питань ТБ для широкої громадськості (www.stoptb.in.ua). Ця робота стане важливим додатком до зусиль ЗМІ у цій галузі.

Джерела та посилання:

1. PATH Support to Ukraine to Implement the National Tuberculosis Program: Final Report, PATH, Seattle, 2006.
2. Оцінка діяльності пілотних закладів у Донецькій області щодо впровадження ДОТС-стратегії, Представництво ВООЗ в Україні, Київ, 2006.
3. Моніторингова місія в Україні, Донецька область, Відділ ВООЗ «Стоп ТБ», 14-19 березня 2005 року.
4. Спільний огляд Програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2001-2005 рр. Звіт. 13-25 лютого 2004 року. Rayevsky Scientific Publishers, Kyiv, 2006
5. Fabrice Gerard. Tuberculosis Plan for GF8 Application. Laboratory services. 08 June 2008.
1. 6. Advocacy, Communication and Social Mobilization (ACSM) for Tuberculosis Control. A Handbook for Country Programmes. WHO-2007.

4.5.2. Повторне подання заявки 8 раунду (чи 7 раунду), що не була рекомендована ГТО

Якщо це доцільно, опишіть зміни, внесені у плани та заходи з впровадження, зважаючи на «слабкі сторони», вказані у «Формі оцінки ГТО» у 8 раунді (чи 7 раунді, якщо ця заявка подавалася останньою і не була рекомендована до отримання фінансування).

Слабка сторона 1: Обмежений попередній досвід Основного реципієнта щодо управління великими грантами, незважаючи на підтримку з боку ПРООН

У Заявці на грант 8 раунду передбачалися такі два ОР: МОЗ та ТЧХУ. МОЗ уклало угоду про фінансову підтримку з ПРООН щодо надання допомоги з питань управління та фінансового менеджменту. В рамках повторної заявки раунду 9 жодний з цих органів не висловив бажання бути ОР, а, радше, СР.

У зв'язку з 9 раундом виникла унікальна ситуація. Благодійний фонд висловив бажання стати ОР, пройшов перевірку ГТО та був висунутий НР у якості кандидату. Цей благодійний фонд було створено відомим українським благодійником, який має дуже велику зацікавленість у подоланні ТБ, особливо ММС ТБ. Наразі фонд має п'ятирічну грантову угоду про співпрацю з Донецькою обласною державною адміністрацією на суму 20 мільйонів доларів США.

Втім, для того, щоб компенсувати брак досвіду керування значно більшими грантами у масштабах усієї країни, фонд знайшов собі союзників серед потужної групи потенційних СР з набагато глибшим досвідом.

Зокрема, міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні успішно адміністрував розпорядничий грант раунду 1 з протидії ВІЛ (2004 – березень 2009) із загальним бюджетом близько 100 мільйонів доларів США, а починаючи з серпня 2007 року Альянс виступає одним з ОР гранту 6 раунду (протидія ВІЛ) і наразі завершує впровадження першого етапу цього гранту з бюджетом у 15 мільйонів доларів (до середини 2009 року). Другий етап цього гранту матиме максимальний можливий бюджет у 66 мільйонів доларів. Альянс займатиметься діяльністю щодо управління закупівлями та поставками (УЗП), СНП 3 (ко-інфекція ВІЛ/ТБ), а також розвитку потенціалу Фонду. Іншим потужним партнером виступає PATH, який буде залучений у якості СР для управління СНП 2 (послуги ДОТС) та СНП 7 (ММС).

ROUND 9 – Tuberculosis

Наразі розглядається можливість залучення інших партнерів, зокрема МОЗ, Департамент з питань виконання покарань, ТЧХУ та інших.

Слабка сторона 2: Призупинення у минулому гранту з протидії ВІЛ та шляхи врахування набутих уроків не згадуються у цій пропозиції

Призупинення дії гранту 1 раунду стало справжнім «тривожним дзвіночком» не тільки для багатьох фахівців тут, в Україні, але й для ГФСТМ у Женеві. Представники громадянського суспільства, які свого часу відіграли ключову роль у призупиненні гранту, і сьогодні активно працюють у якості «сторожових псів» суспільства, готових у будь-який момент вимагати прозорості та підзвітності. З тих пір ГФСТМ отримав ще кілька скарг щодо неналежного витрачання коштів та/або тендерів. Це – результати сумлінної пильності, що вперше проявилася за часів раунду 1.

Остання пропозиція громадянського суспільства до НР щодо відновлення роботи комітетів, що існували при цьому органі раніше, але не працювали – це один важливий крок у цьому процесі. Завдяки пропозиції планується запровадити принципи кращого врядування в управлінні національними програмами з ВІЛ та ТБ шляхом системного поєднання Комітету (МОЗ)/Секретаріату (НР), комітетів НР та відповідних тематичних робочих груп підтримки. Кінцевою метою є забезпечення ширшого включення зацікавлених сторін у процеси нагляду, що призведе до підвищення прозорості усіх національних програм з ВІЛ та ТБ. Позитивним знаком є невідкладна і схвальна відповідь НР на цю пропозицію.

Слабка сторона 3: У порівнянні з кількістю захворювань кількість лабораторій усіх рівнів є надто великою. Наприклад, в одній лише області працює 21 лабораторія II рівня та 4 лабораторії III рівня

Ця проблема, увагу до якої вперше привернув звіт ГТО 8 раунду та висновки консультантів ВООЗ щодо лабораторій, залишається доволі серйозною. Оскільки така стагнація лише послаблює зусилля, спрямовані на створення інтегрованої та більш професійної загальнонаціональної мережі лабораторій з ТБ, міжнародні організації та громадянське суспільство докладають активних лобістських зусиль задля зменшення існуючої мережі лабораторій і різкого підвищення професіоналізму їх персоналу, як це було рекомендовано ВООЗ. Наразі МОЗ погодилося зміцнити лабораторну структуру на всіх рівнях, що призведе до скорочення кількості лабораторій, залучених до діагностики туберкульозу на приблизно 70% (див. Завдання 1). Метою є забезпечення контролю якості на усіх рівнях, активізація менторства та нагляду, проведення цільових тренінгів, а також краще і безпечніше робоче середовище.

Слабка сторона 4: Бюджет для лабораторій є дуже великим. Наприклад, запитувана кількість ламінарних шаф є надмірною.

У ході свого візиту до України у лютому 2009 року портфоліо-менеджер ГФСТМ дав чіткі вказівки з цих питань. Його корисні рекомендації стосовно деталей діяльності та закупок (категорій бюджету) були належним чином сприйняті та занотовані. Усі рекомендації були враховані під час підготовки бюджету пропозиції 9 раунду. Наприклад, як результат зобов'язання зменшити кількість лабораторій та дослідити кількість устаткування для кожної лабораторії, більш того загальний бюджет лабораторного компоненту було зменшено майже на 50% порівняно із Заявкою поданою на 8 Раунд.

Слабка сторона 5: Витрати на групи ведення хворих є надмірними. Наприклад, сумнів викликає необхідність присутності юриста у кожній такій групі.

Нажаль, це зауваження є результатом непорозуміння та/або неправильного тлумачення, особливо що стосувалося юристів. Юрист мав долучатися до роботи групи за вимогою, для надання юридичних послуг. Однак, для виправлення такого непорозуміння, ми особливо скрупульозно підійшли до описання складу груп ведення хворих та витрат, пов'язаних з їх роботою. Основний склад МДК буде отримувати заробітну плату за рахунок державного бюджету (лікар та медсестра), соціальний працівник, який працюватиме в лікарні на повну робочу ставку, буде залучений до роботи самим закладом, а його роботу оплачуватиме ГФСТМ. Іншим елементом МДК буде доступність зовнішніх консультативних послуг, більш того такі послуги будуть прописані в графі бюджету «оплата послуг». Оплата буде помірною, враховуючи прийнятну компенсацію. В результаті бюджетна стаття СНП: високоякісний ДОТС була знижена близько на 30%.

Слабка сторона 6: Витрати на розробку та перегляд керівних принципів є надмірними

Кожна стаття витрат, яка стосується розробки та/чи перегляду керівних принципів та протоколів

ROUND 9 – Tuberculosis

була досліджена на предмет її доцільності та ваги. В результаті, стало можливим суттєво скоротити пов'язані з цим витрати. Завдяки роботі багатьох партнерських організацій впродовж останніх років, вже було докладено багато зусиль до розробки керівних принципів, протоколів та тренінгових матеріалів, відповідно залишилося докласти небагато зусиль для завершення роботи. З іншого боку, беручи до уваги важливість єдиних підходів до лікування та тренінгів наголос буде зроблено на гармонізацію та стандартизацію існуючих вказівок та матеріалів між партнерами та регіонами на всіх рівнях.

Слабка сторона 7: Діяльність 3.5: Створення, друк та розповсюдження матеріалів на суму 1,2 мільйони доларів США є надмірною

Створення, друк та розповсюдження інформаційних матеріалів було скорочено до друку специфічних матеріалів для уразливих груп, які використовуватимуться як в аут-річ роботі, так і в соціальній підтримці. Розробка вище згаданих матеріалів, ґрунтуватиметься на вже існуючих матеріалах: брошурах, буклетах та флаєрах, більш того ця стаття бюджету вписується в рамки 300, 000 дол. США. Інші витрати, які ввійшли в категорію «комунікація» стосуються втілення зусиль по адвокації та включають наступну діяльність: організація прес-конференцій, круглих столів, конкурсів для журналістів, створення соціальної реклами, інтернет сайтів та гарячої лінії телефону довіри. Все вище зазначене, в принципі, є ключовими частинами компоненту АКМ.

Слабка сторона 8: Не існує показників для вимірювання результатів серед уразливих груп.

Індикатор 2.1 вимірює кількість осіб, які не отримують послуги і передбачає значне зниження, що є важливо для прийняття негайних зусиль в покращенні розширення ТБ послуг серед уразливих груп (завдання 4) і здійснення введення випадку і аут річ роботу, які сфокусовані на уразливі групи (Завдання 2).

Слабка сторона 9: Показники лідерства, врядування, адвокації, комунікації та соціальної мобілізації (АКМ) та кадрових ресурсів потребують подальшої розробки

Ґрунтуючись на консультаціях з міжнародними експертами, було розроблено індикатори по всіх трьох сферах: (1) Лідерство: було запропоновано додатковий індикатор (кількість візитів супервізії з центрального до регіонального рівня та з регіонального до районного рівня) для визначення підвищення керівництва реалізаторів Програми. Це саме стосується й індикаторів по тренінговому компоненту. (2) АКМ: Індикатор кількості пацієнтів, які взяли участь у тренінгах, було змінено на більш стратегічний показник – розробка регіональних АКМ стратегій, що відображатиме керівну роль місцевої Координаційної ради щодо АКМ діяльності. (3) Кадрові ресурси: було обрано комбінацію двох видів індикаторів, які стосуються розбудови спроможності: перший (кількість медичних та соціальних працівників, які прийняли участь у тренінгах з питань управління випадком та/чи підтримки пацієнтів) відображатиме розширення системи після дипломної освіти, а другий (кількість навчальних закладів, які переглянули свою навчальну програму щодо предметів, які стосуються діагностики та лікування туберкульозу) відображатиме заходи, спрямовані на реформу перед дипломної освіти.

Слабка сторона 10: немає посилань на національні засади розрахунків зарплат та виплат

Ця слабка сторона була визначена Глобальним фондом у зв'язку із тим, що у 8 Раунду Основним реципієнтом було обрано Міністерство охорони здоров'я, яке є державною структурою.

В 9 Раунді на позицію Основного реципієнта було номіновано структуру, яка не є державною інституцією, а благодійним фондом, тому Слабка сторона 10 на пряму не стосується цього випадку.

Щодо відповіді по суті слабкої сторони нижче зазначені принципи та документи, які були використані для розрахунку зарплат та виплат номінованого ОР по 9 Раунду:

- Подані ФРУ розрахунки щодо заробітної плати повністю відображають існуючу організаційну структуру та рівень компенсації;
- Запланована тарифна сітка, яку запропонував ФРУ, як частину відшкодування ґрунтується на відповідній ринковій вартості (незалежне дослідження зарплатним розрахункам) та відповідних організаційних потребах.

Варто зазначити, що обидва документи доступні на вимогу.

На додаток:

ROUND 9 – Tuberculosis

- З метою конкурентоспроможних пропозицій ФРУ дослідив «поточні розцінки» щодо оплати за надані послуги, розцінки за консультативні послуги як міжнародних так й національних експертів (ґрунтуючись рівні заробітної плати на ООН, USAID та Євросоюзу). Також ФРУ дослідив поточні виплати, які наразі здійснюються іншими ОР.
- Для обрахунків витрат на харчування та проживання під час відрядження та проведення тренінгів ФРУ дослідив відповідні втрати, які існують в системі ООН, Євросоюзу та програмах США.

Слабка сторона 11: Незрозуміло, чому у тексті приводиться факт браку спеціалістів-фтизіатрів та надмірної кількості лікарів загальної практики (терапевтів)

Автори заявки цим хотіли показати, що така ситуація викликає серйозне занепокоєння стосовно майбутнього заходів з протидії ТБ. Доволі велика група лікарів-фтизіатрів, медсестер та лабораторного персоналу – це люди передпенсійного віку, а зусилля щодо залучення нових спеціалістів не спроможні компенсувати їх «масовий відхід» на пенсію або на іншу роботу, не пов'язану з медициною. Праця у галузі ТБ є малопривабливою для молодих професіоналів. Вона вважається небезпечною професією, що приносить мало задоволення, як матеріального, так і професійного. Таким чином, заглядаючи у майбутнє, автори пропозиції 8 раунду намагалися врахувати цю проблему, а при підготовці повторної заявки вони знову повернулися до неї. У тексті цього документу приводяться різні ініціативи, спрямовані на вирішення ситуації, що склалася, особливо полегшення для перерозподілення робочих обов'язків між різними рівнями медичної допомоги (чергування, зниження госпіталізації, збільшення амбулаторної допомоги і залучення первинної ланки медичної допомоги, а також відновлення рівноваги у дефіциті персоналу, які працюють у сфері ТБ.

Слабка сторона 12: Брак інформації про операційні дослідження, які провадитимуться науковцями, НУО та ООГ

У пропозиції 8 раунду пропонувалося застосувати підхід ORSA (операційні дослідження/аналіз систем), спрямований на моніторинг та управління розгортанням заходів щодо ДОТС з боку урядових організацій (йдеться про розробку та використання методики оцінки та аналізу програм - PERT). Відповідно до цього подання, відповідну підготовку з цих базових методологій пройдуть представники інших груп (НУО, ООГ, академічні кола), що дозволить покращити впровадження їхніх стратегічних планів надання послуг з соціальної підтримки і таке інше. ORSA планується використовувати в інших напрямках, пов'язаних з оцінюванням елементів програми протидії ко-інфекції ВІЛ/ТБ (див. параграф 3.2.3. в секції 4.5.1. та Додаток 38).

Слабка сторона 13: Зважаючи на той факт, що відповідно до грантової угоди з Глобальним фондом, Основний реципієнт повинен вжити заходів для того, щоб усі закупівлі товарів та послуг коштом гранту, що їх здійснюватимуть Основний реципієнт та його Суб-реципієнти, були звільнені від податків та зборів, існує необхідність деталізувати витрати на митне оформлення, страховку, зберігання та розповсюдження, а також надати пояснення або усунути будь-які митні збори

Заявка на грант 9 раунду, що містить перелік основних реципієнтів та суб-реципієнтів, включає в себе Альянс – провідну структуру у галузі УЗП. Очікується, що Альянс в Україні стане суб-реципієнтом гранту, відповідальним за закупівлі та поставку медикаментів та інших товарів медичного призначення. Виконуючи гранти ГФСТМ 1 та 6 раундів, спрямованих на подолання ВІЛ в Україні, Альянс набув відмінного досвіду у сфері УЗП. Для того, щоб товари, придбані коштом гранту ГФСТМ, були звільнені від податків та зборів, Альянс має намір використати ті ж правові засади, що були розроблені і використовуються у ході виконання гранту Глобального фонду 6 раунду. Детально ця стратегія викладена у Додатку 39, а також зверніть увагу на лист підтримки щодо Гуманітарної комісії при КМУ (Додаток 40).

Слід додати, що такий механізм користується повною підтримкою Міністерства охорони здоров'я України.

4.5.3. Уроки, здобуті з досвіду впровадження

Чи враховують плани та заходи з провадження, описані в п. 4.5.1, уроки, здобуті у ході реалізації програм (грантів Глобального фонду чи інших)?

Більшість «засвоєних уроків» ґрунтується на досвіді ВООЗ, PATH, Альянсу та інших організацій, які

ROUND 9 – Tuberculosis

свого часу активно підтримували загальнонаціональне впровадження ДОТС-стратегії, працювали з проблемами ММС ТБ і ко-інфекції ТБ/ВІЛ.

Загалом: в країні існує постійний фактор: він полягає у тому, що багато клінічних підходів та профілактичних практик ґрунтуються ще на досвіді радянських часів. Де було б допустимо за умов необмеженості ресурсів, однак у ситуації, де ресурси є обмежені, цей недолік не є виправданим.

Як уже зазначалося вище, багато фахівців занепокоєні «загальним старінням» професіоналів у сфері протидії ТБ. Відтак лікарі, медичні сестри та співробітники лабораторій передпенсійного і пенсійного віку, які є «продуктами» тієї старої системи, цілком природно прагнуть час від часу повернутися туди, де їм було комфортно. І сьогодні виправдати існування двох «димарів» - двох паралельних вертикальних систем стає доволі складніше. Тому існуюча економічна ситуація – це можливість адаптації до мінливого середовища цілого ряду «нових» методологій (ДОТС), інтегрованих послуг для хворих з ко-інфекцією, та вивірених терапевтичних підходів до ММС ТБ. Зусиллями проекту PATH за фінансування АМР США були запроваджені нові підходи до роботи в умовах двох взаємопов'язаних епідемій – ВІЛ та ТБ. PATH надавав активну підтримку кульком обласним та районним координаційним радам у питаннях координації планів та послуг, стимулюванні функціонування координаційних рад та обміну лікарів між центрами СНІДу та протитуберкульозними диспансерами. Лікарі дуже позитивно сприймали такі нові можливості і виклики спільної роботи, спрямованої на зниження тягаря ко-інфекції ВІЛ/ТБ. Усі розуміють, що туберкульоз – це головний причинний фактор у більше, ніж 50% смертей у зв'язку зі СНІДом. Відтак іншим позитивним кроком є підвищення якості підходу ГВХ та ефективне використання медсестер ТЧСУ у підтримуючій фазі ДОТС. Перші результати щодо підвищення показників успішного завершення лікування є дуже багатообіцяючими. PATH планує працювати у 10 областях України.

Крім того, досвід Мережі у роботі з ко-інфекціями, отриманий у ході реалізації гранту 6 раунду, стане основою для розробки більш широкого підходу та запровадження медикаментозної профілактики ТБ та інших захворювань легенів.

Повертаючись до теми «старіння», варто зазначити, що у закладах первинної медичної допомоги сьогодні працює дедалі більше молодих та енергійних лікарів. Зважаючи на успіх запровадження програми ВООЗ «Практичний підхід до здоров'я легенів» (ППЗЛ) у цьому географічному регіоні, в рамках цієї заявки планується запровадження ППЗЛ, як першого кроку до розробки національного плану. Зрештою в той самий час, необхідно забезпечити навчання для лікарів ПМД та фельдшерів, які мають забезпечити кращий доступ до медичних послуг.

Наголос на амбулаторному догляді, лікуванні та підтримці: Ця заявка, ґрунтуючись на «уроках» пілотного проекту PATH, описаного вище, передбачає залучення сестер ТЧХУ та персоналу соціальних служб громадських організацій, окрім клінічного персоналу. В центрі цієї системи знаходиться «група ведення хворих», яка буде залучати до обговорення клінічних та соціальних потреб пацієнтів інших партнерів у сфері охорони здоров'я і соціальних послуг. Цей підхід безпосередньо ґрунтується на досвіді пілотних проектів з індивідуальної підтримки дотримання лікування серед представників уразливих груп, результатом чого є суттєве зниження показників невдалого лікування (наприклад, проект Червоного хреста у Запорізькій області). Цей досвід підтверджують успіхи інших проектів індивідуальної підтримки прихильності до АРВ-лікування в рамках гранту 6 раунду ГФСТМ. Було доведено, що запровадження ведення хворих сприяє своєчасній виписці пацієнтів, що пройшли курс ДОТС, а на стадії амбулаторного лікування – підвищенню рівнів дотримання режимів лікування, що забезпечує досягнення високих рівнів завершення курсів лікування. Виправдовуючи, а можливо й перевершуючи очікування уразливих груп, хотілося б отримати певні додаткові вигоди, коли пацієнти будуть ділитися своїм позитивним досвідом, а інші, які підозрюють про наявність туберкульозу у себе, зроблять крок вперед.

Попередні пілотні проекти продемонстрували відсутність готовності здійснювати якісну базову мікроскопію: таку, що забезпечує високий рівень надійності. Наразі багато мікроскопів – це старе, монокулярне обладнання (з часом це викликає напруження очей і, як наслідок – помилок в аналізі). Однак, завдяки позиції Світового банку, більшість цих інструментів були замінені на бінокулярні мікроскопи. Втім, кількість флуоресцентних мікроскопів, що дозволяють сканувати проби набагато швидше і якісніше, залишається обмеженою. Є надія, що запровадження програми забезпечення та контролю якості в рамках цього гранту дозволить модернізувати це обладнання. Використання старих монокулярних мікроскопів, а також брак програм забезпечення якості мало негативний вплив на показники діагностики та на професійність роботи лабораторій.

Однак, найбільш критичною проблемою у минулому була відсутність чітко визначеної Національної

ROUND 9 – Tuberculosis

референс-лабораторії (НРЛ) з висхідними зв'язками із Супранациональною лабораторією та наглядовими функціями щодо роботи лабораторій I-III рівнів. Тільки після створення функціональної НРЛ та формування справжньої мережі лабораторій, що допомагатимуть дрібнішим лабораторіям у питаннях ТБ, можна говорити про запровадження життєздатної та стимулюючої системи забезпечення та контролю якості.

4.5.4. Посилення соціальної та ґендерної рівності

Поясніть, яким чином загальна стратегія даної заявки сприятиме досягненню рівності у вашій країні з точки зору доступності високоякісних, доступних за ціною та розташуванням послуг з діагностики, лікування, догляду та підтримки у зв'язку з туберкульозом.

(Якщо певні групи населення, наприклад, жінки та дівчатка, підлітки, сексуальні меншини та інші ключові постраждалі групи, стикаються з перешкодами в отриманні такого доступу, переконайтеся, що ваше пояснення розподіляє заходи з протидії за цими ключовими групами).

В Україні, більше чоловіків, ніж жінок, мають діагностуватися на легеневу форму ТБ²². Більшість чоловіків серед виявлених випадків, що повідомляються туберкульозною службою, може свідчити про більшу превалентність туберкульозу серед чоловіків, або бути свідченням усталених соціально-економічних, культурних стереотипів, та системних бар'єрів в послугах охорони здоров'я, які можуть впливати на вчасне діагностування та лікування жінок. Багато осіб, які хворіють на туберкульоз зазнають дискримінації, тому що туберкульоз вважається хворобою бідності, якою хворіють бездомні, СІН, алкоголіки й ув'язненні.²³

Деякі міжнародно-визнані положення в сфері ґендеру та контролю за туберкульозом свідчать, що:

- Показники захворюваності на ТБ вищі у дорослих чоловіків; причина цього недостатньо зрозуміла.
- Прогресування захворювання та смертність з ТБ є більшою для жінок репродуктивного віку.
- В той час, як чоловіки мають кращу можливість отримати доступ до лікування ТБ, але вони менш вірогідно зможуть успішно завершити курс лікування²⁴.
- Затримка з постановкою діагнозу є більшою проблемою для жінок.
- Часті та інтенсивні прояви психологічного та емоційного стресу з ґендерно-специфічними особливостями є індикаторами серйозного впливу на ментальне здоров'я жінок.
- Жінки потерпають від більшої, ніж чоловіки, стигматизації, пов'язаної з ТБ.
- Витрати, пов'язані з отриманням доступу до діагностики та лікування ТБ, можуть бути більш високими для жінок, ніж для чоловіків, з огляду на різні пріоритети їхніх очікуваних ролей в домогосподарстві.

Ґендерні стосунки в Україні є комплексними і їхній вплив на показники здоров'я є не зовсім зрозумілим. Соціально-економічні та культурні чинники грають важливу роль в визначенні загальних ґендерних відмінностей в рівнях інфікованості, та прогресі захворювання: а також доступі до виявлення випадків ТБ та успішного лікування ТБ. Таким чином, програми по контролю за туберкульозом та програми досліджень повинні бути ґендерно-чутливими та включати в себе всі належні заходи.

На даний момент, не було проведено жодного спеціального дослідження, яке б вивчало зв'язок між ТБ та ґендером в Україні. Відобразити і порівняти рівень знань про туберкульоз в чоловіків і жінок допоможе дослідження по ставленню²⁵. Статистика в галузі охорони здоров'я розподіляє більшу частину даних за ознакою статі, але ґендерний аналіз статистичних показників відсутній. Розподіл за віком, місцем проживання, та рівнем доходу також має місце в епідеміологічних даних в Україні. Необхідно більше між-дисциплінарних досліджень для встановлення зв'язку між статтю, віком, рівнем доходу, культурним та етнічним походженням та рівнем уразливості до туберкульозу, ступені доступу до виявлення ТБ, лікування, соціальних послуг та догляду. Нові епідеміологічні дослідження повинні включати стандартизовані індикатори, за допомогою яких можна розробити стандарти для визначення кількісного відношення статей.

В рамках конкретних Завдань, наступні конкретні аспекти включають:

В Завданні 1: Покращити виявлення нових випадків ТБ в лабораторіях: проводити рутинний розподіл даних за статтю, віком, рівнем доходу, типом поселення, а також іншими соціальними

ROUND 9 – Tuberculosis

ознаками, що визначені для окремих груп населення стратегією програми.

В Завданні 2: Підсилити доступ до ТБ послуг для уразливих груп: централізовано запровадити підхід ведення випадку, який ґрунтується на спеціальних тренінгах для надавачів медичних та соціальних послуг у сфері туберкульозу та можливості краще зрозуміти та адресувати ґендерні аспекти, які впливають на зацікавленість та прихильність до лікування туберкульозу.

В Завданні 3: Зробити внесок в посилення Системи Охорони Здоров'я: почати впроваджувати операційні дослідження з ґендерно-чутливих питань в реалізації контролю над ТБ, розробки публікацій, розповсюдження і обговорення результатів на національних зустрічах.

В Завданні 4: Постійно вдосконалювати відповідь на питання, які стосуються ґендеру та соціальної нерівності шляхом АКСМ, включаючи питання ґендеру в розробку АКСМ стратегій у всіх 27 областях та шляхом розробки адвокаційних матеріалів та заходів, направлених на питання ґендеру та туберкульозу.

ROUND 9 – Tuberculosis

4.5.5 Стратегія пом'якшення первинних ненавмисних наслідків

Якщо ця заявка (у р. 4.5.1.) передбачає конкретні заходи щодо захворювання, спрямовані на подолання слабких сторін системи охорони здоров'я, що впливають на наслідки стосовно цього захворювання, то поясніть:

- Чинники, що враховуються прийнятті рішення про продовження роботи над заявкою стосовно конкретного захворювання, та
- Запропоновану країною стратегію пом'якшення будь-яких потенційно руйнівних наслідків застосування підходу, що стосується конкретного захворювання.

Кадрові ресурси

Плинність кадрів: До навчання професійного й технічного персоналу діагностиці, лікуванню та догляду за людьми, що живуть із ТБ, та ЛЖВС докладаються чималі зусилля. Втім ця робоча сила працює в дуже низькооплачуваних, технічно й функціонально неадекватних умовах, на тлі ситуації нестачі персоналу.

В умовах економічної кризи ця загроза мінімізувалася, зберігаючи при цьому певну ступінь актуальності. Натомість актуальність цього ризику може зрости на 3-5 рік реалізації проекту. Стратегія Уряду України полягала в вивченні можливості впровадження надбавок до зарплатні для лікарів. Такі спроби робилися багато разів і без особливого успіху. Місцеві органи влади стали більш прагматичними в своїх зусиллях з залучення медичних фахівців, пропонуючи лікарям квартири за умови укладення довгострокового контракту. Проте, ці зусилля націлені лише на лікарів, не стосуючись медичних сестер чи техніків-лаборантів. Україна не стільки потерпає від абсолютної нестачі медичних працівників, а скільки від міграції медпрацівників у інші сектори. Тому ми сподіваємося, що покращення умов праці, яке закладено в цю Заявку, має привабити більше медичних працівників у сферу протидії туберкульозу, в той самий час це не буде шкодою для інших сфер охорони здоров'я, а радше протидією відтоку кадрів у інші сфери. В будь-якому разі, завданням компоненту щодо розбудови кадрових ресурсів буде регулярний моніторинг ситуації впродовж фази впровадження задля виявлення можливих ризиків.

Управління програмою

Національна програма з ТБ орієнтована здебільшого на дії, а не на результат. У програмі не прописані показники результату, що у ході реалізації проекту ГФСТМ може призвести до різних підходів в рамках Загальнодержавної програми та проекту. Відповідно, це викличе певний спротив на обласному рівні та на рівні закладів протитуберкульозної служби.

Через цю Заявку, завдяки залученню до співпраці партнерів як на національному так і на регіональному рівнях буде покращено та запропоновано можливість діалогу у погодженні підходів до планування та управління Програмою. На додаток, буде проведено серію тренінгів щодо сучасних загально прийнятих технологій управління та планування Програм.

Моніторинг та оцінка є формальними. Як правило, система оцінки не надає об'єктивну картину. Відомі випадки, коли оцінки, що їх проводили в областях державні структури, кардинально відрізнялися від оцінок міжнародних організацій чи українських НУО.

Уряд має політичну волю та прагне виправити ситуацію, що склалася. Наразі створюється Центр контролю за ТБ, який відповідатиме за розбудову адекватної структури і системи оцінки, і, як наслідок – за введення критеріїв оцінки за результатами діяльності на обласному та місцевому рівнях. До цієї діяльності сьогодні залучена Національна Рада, на якій заслуховуються звіти областей. Кадри, які відповідальні за регіональний моніторинг, пройдуть відповідне навчання й зможуть відіграти важливу роль у зборі та опрацюванні даних, отриманих методом рутинної діагностики, у моніторингу Програми в цілому та додаткових дослідженнях.

Фінансові ресурси

Фінансування на національному рівні: Існує небезпека того, що Міністерство фінансів може дійти до висновку про те, що на грант ГФСТМ припадає більша частка відповідальності за більшу

ROUND 9 – Tuberculosis

частину програми боротьби з ТБ, і МФ дистанціюється від такого ступеня спільного фінансування на засадах взаємної довіри. Таким чином, фінансування в обсягу, достатньому для того, щоб мати повністю функціонуючу програму на національному рівні, може бути недоступним; це негативно вплине на інфраструктуру й через неї, в свою чергу, справить негативний ефект на багато взаємопов'язаних функцій МОЗ.

Необхідно докласти зусиль щодо заохочення моніторингу коштів - як через Раду при Президенті, так і через Національну Раду з питань ТБ і ВІЛ/СНІД – позитивних змін у бюджеті задля полегшення ситуації.

Фінансування на нижчих рівнях врядування: Фінансові обмеження на обласному рівні заважатимуть реалізації заходів Національної програми боротьби з ТБ на обласному, районному та місцевому рівнях. Це призведе до ситуації, в якій заявка до ГФ буде одиночною ініціативою, й ця ситуація розвиватиметься.

Очевидно, що місцеві органи влади повинні намагатися виправдати очікування громадян і вдатися до нелегкого виділення ресурсів. Це робиться не в статичному середовищі, але залежить від рівня політичної волі та інших суспільних факторів. В цій Заявці передбачено повне залучення місцевого самоврядування до втілення Загальнодержавної програми та до створення відчуття власності й відповідальності.

Питання, що стосуються НУО: У НУО відчувається значний брак кваліфікованих кадрів. В той час, як кількість програм і, відповідно, попит на персонал зростають, кількість наявних молодих професіоналів зменшується. Всередині ВІЛ-сервісної громади мали місце дуже високі стандарти оплати праці, встановлені великими НУО, на відміну від більш дрібних НУО. Спроможності НУО до залучення працівників перешкоджає їхня нездатність підтримувати таку високу зарплатню, гарантії та компенсації, що їх виплачують великі НУО. Ця нерівність в оплаті за таку ж саму роботу не тільки негативно впливає на моральний стан працівників, але перешкоджає зусиллям, націленим на забезпечення більшого різноманіття в неурядовій громаді. Можна передбачити продовження цієї ситуації в неурядовому секторі боротьби з ТБ як наслідок надходження гранту на суму близько 100 мільйонів доларів США. Врешті-решт, НУО виконують функцію надання суспільних послуг.

В заявці було запропоновано шкалу оплати праці для встановлення конкурентноспроможних відносин між НУО та для усунення непорозуміння. Плинність людських ресурсів з урядового сектора в неурядовий буде досліджено та запропоновано певні підходи відповідним за таку діяльність підрозділом.

4.6. Зв'язки з іншими втручаннями та програмами

4.6.1. Інший(і) грант(и) Глобального фонду

Опишіть будь-які зв'язки між направленням цієї заявки та заходами в рамках будь-якого існуючого гранту Глобального фонду (наприклад, у цій заявці подається запит на підтримку розширення АРВ-терапії, а існуючий грант забезпечує підтримку ініціатив щодо надання цих послуг для забезпечення надання такого лікування).

Пропозиції повинні містити чітке пояснення, чи передбачається у ній підтримка таких самих втручань, що уже заплановані в рамках існуючого гранту або в рамках затвердженої заявки 7 або 8 раунду, а також відсутність дублювання. Також важливо прокоментувати причини затримок у впровадженні існуючих грантів Глобального фонду і що робиться для того, щоб ці причини не вплинули на реалізацію цієї заявки.

Починаючи з 2003 року в Україні впроваджуються два гранти ГФСТМ. Обидва гранти подавалися на компонент ВІЛ/СНІДу. Метою гранту раунду 1 стало надання ВІЛ-позитивним жителям України базових послуг з профілактики, лікування, догляду та підтримки. Розвиток послуг у зв'язку з ВІЛ також передбачав введення скрінінгу на ТБ серед ЛЖВС, однак ці заходи були обмежені, оскільки основна увага приділялася розширенню масштабів доступу до антиретровірусної терапії. Грант раунду 1 також передбачав розробку Національних нормативів з ведення ко-інфекції ВІЛ/ТБ, а також проведення низки тренінгів для спеціалістів з питань ВІЛ для демонстрації особливостей розвитку туберкульозу серед ЛЖВС. Грант раунду 1 офіційно завершився 31 березня 2009 року.

Заявка на грант 6 раунду спрямована на уразливі групи населення зі спеціальним фокусом на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ. Головна мета заходів в рамках 6 раунду полягає у підвищенні потенціалу існуючих лікувальних закладів з особливою увагою до ко-інфекції ВІЛ/ТБ на основі рекомендованої

ROUND 9 – Tuberculosis

на міжнародному рівні ДОТС-стратегії та найкращої практики ведення ко-інфекції ВІЛ/ТБ. Наразі заявка 6 раунду спрямована на ключові проблеми ранньої діагностики та ефективного ведення випадків ко-інфекції ВІЛ/ТБ в Україні, включаючи.

- Брак знань та навичок серед спеціалістів з ТБ та ВІЛ стосовно ведення ко-інфекції ВІЛ/ТБ;
- Обмежений доступ уразливих груп (насамперед, СІН) до послуг з лікування ТБ, через їх віддаленість та ізолюваність;
- Вертикалізація послуг з ТБ та послух з ВІЛ (з обмеженим доступом до окремих послуг, таких, як аналіз мокротиння, діагностика ТБ і забезпечення лікування ТБ);
- Відсутність в протитуберкульозних закладах доступу до інших типів лікування, таких як замісна терапія та АРТ, окрім лікування та діагностики туберкульозу;
- Високі рівні стигми та дискримінації ЛЖВС та інших представників уразливих груп з боку медичних закладів поза межами системи протидії СНІДу.

Описані вище проблеми можна розв'язати шляхом закупівлі та постачання таких витратних матеріалів, як контейнери для зберігання зразків мокротиння, тест-системи ELISA для бактеріологічної діагностики ТБ, що дозволить виявляти це захворювання серед ЛЖВС на ранніх стадіях. Особи, у яких була виявлена активна форма туберкульозу, направляються на лікування до протитуберкульозних закладів. На сьогодні їх послугами скористалося 4556 ЛЖВС. У 1360 з них був виявлений ТБ в активній формі, і вони розпочали лікування під наглядом, в рамках діяльності проектів з догляду та підтримки. Водночас результати виконання першої фази примусили Робочу групу переглянути стратегію роботи через низьку чутливість тестів ELISA та неефективність застосування найновіших тест-систем серед ЛЖВС. До середини 2012 року планується закупити контейнери для мокротиння для приблизно 20 тисяч ЛЖВС для діагностики ТБ на основі аналізу мазка. Крім того, було повторно заплановано придбання іншого обладнання для забезпечення доступу ЛЖВС до діагностики, а саме устаткування для флуорографії, біопсії наростів, зрізу КТ тощо.

Грант раунду 6 також передбачає інтеграцію послуг з ТБ та ВІЛ. Використовуючи «аутріч» - програми у якості «пунктів входу» для СІН з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, заявка 6 Раунду підтримує впровадження інтегрованого та всеохоплюючого догляду для ЛЖВС, включаючи лікування ТБ з використанням ДОТС, АРТ, замісної терапії та соціальної підтримки. В 5 регіонах України наразі випробовується нова модель догляду, яку планується поступово поширити на всю територію країни. Вартість лікування ТБ не буде покриватися за рахунок жодного з грантів Глобального фонду, оскільки протитуберкульозні препарати забезпечуються в рамках Загальнонаціональної програми з ТБ.

Грант 6 раунду також звертає увагу на політику та освітню діяльність, пов'язані зі зростанням спроможності системи національної післядипломної освіти шляхом розвитку Національного навчального центру, оновлення та сертифікації спеціальних навчальних модулів відповідно до національного законодавства, а також пов'язаних з цим питань (програма зниження шкоди, соціальна підтримка, мультидисциплінарний командний підхід). Подальші тренінги будуть підтримувати зменшення стигми та дискримінації з боку співробітників системи охорони здоров'я – як медичних спеціалістів, так і соціальних працівників, уповноважених надавати інтегровані та орієнтовані на клієнта послуги з лікування та догляду пацієнтів з ТБ/ВІЛ. Після завершення навчань за «випускниками» ведеться належне спостереження у формі системи балів за результативністю роботи та практичне навчання на місцях з боку досвідчених фахівців у сфері ВІЛ, ТБ, ЗТ та соціальної підтримки.

В рамках 6 раунду продовжується підтримка розробки/оновлення національного протоколу з ВІЛ, ЗТ та ТБ на основі міжнародних стандартів. На сьогоднішній день серед кінцевих споживачів було розповсюджено близько 4 000 копій цього документу, в наступне оновлення заплановане на 2010 рік. Протокол містить стандарти ведення хворого, системи направлень та контрольний список щодо симптомів ТБ у ЛЖВС. Іншим завданням в рамках гранту 6 раунду є запуск програмної комбінації ТБ-ДОТС, АРТ та ЗТ, що надаються в одному місці для клієнтів з потрійною проблемою. Ретельний моніторинг та надання ТД з боку ОР та національних експертів забезпечують якість, своєчасність та ефективність послуг у зв'язку з ТБ/ВІЛ що гарантуватиме постійне покращення виконання програми.

ROUND 9 – Tuberculosis

Заявка Раунду 9 має на меті охоплення випущених раніше елементів Проміжної політики спільних заходів у сфері ТБ/ВІЛ «Стоп ТБ» і не дублює діяльності в рамках 6 Раунду. Зокрема, планується така діяльність: запровадження інноваційних програм зі зниження шкоди на базі протитуберкульозних клінік; діагностика ЛЖВС, хворих на ТБ шляхом підрахунку клітин CD4, що уможливить своєчасне застосування АРТ; а також вдосконалення інфекційного контролю на ділянках надання послуг з ВІЛ. Підвищення обізнаності ЛЖВС стосовно симптомів туберкульозу стимулюватиме їх своєчасне звернення до медичних установ. В рамках Раунду 9 будуть підтримані ініціативи з підвищення рівня знань медичних працівників (навчальні курси) з метою активізації виявлення ТБ серед ЛЖВС. Ці заходи є скоординованими діяльністю раунду 6 і продовжуватимуться після його завершення.

4.6.2. Зв'язки з іншими джерелами надання допомоги, що не стосуються Глобального фонду

Опишіть будь-який зв'язок між цією заявкою та заходами, що підтримуються з інших джерел, не пов'язаних з Глобальним фондом (*коротко опишіть основні досягнення, заплановані в рамках такого фінансування протягом терміну дії цієї заявки*).

Чітко поясніть у заявці, чи буде використана відповідна підтримка для здійснення втручань, які є новими або доповнюють існуючі втручання, заплановані в рамках фінансування з інших джерел.

ROUND 9 – Tuberculosis

Головним джерелом підтримки заходів з протидії туберкульозу в Україні, окрім Глобального фонду, є Агентство США з міжнародного розвитку (АМР США), яке діє через свого основного партнера-виконавця, PATH. Останній активно працює в країні у сфері протидії туберкульозу ще з 2001 року. Демонструючи свою відданість справі подолання ТБ в Україні, АМР США уклав новий договір з PATH ще на чотири роки (починаючи з 2008). Забезпечення фінансування може досягнути 9.6 мільйонів доларів

Метою програми є продовження заходів щодо покращення виявлення та ведення випадків туберкульозу і зменшення збитків від туберкульозу в Україні. Загальний підхід передбачає:

- Визначення стратегії розгортання ДОТС для максимального покращення виявлення туберкульозу, рівня успішного лікування і забезпечення безперервної національної та місцевої підтримки;
- Охоплення «осередків» туберкульозу та ВІЛ, а також великих груп людей з метою здійснення впливу на епідемію;
- Тісну співпрацю з місцевими менеджерами та персоналом (щодо ув'язнених та людей, які перебувають на свободі) для забезпечення нарощування потенціалу на обласному та районному рівнях.

Зокрема, PATH надає підтримку Україні у поширенні міжнародних стандартів контролю за ТБ та покращення якості послуг у 10 адміністративно-територіальних одиницях України (7 областей – Херсонська, Запорізька, Дніпропетровська, Донецька, Одеська, Луганська, Харківська; Автономна республіка Крим та 2 міста – Київ і Севастополь). Для забезпечення сталості ефективних втручань у зв'язку з ТБ на національному та регіональному рівнях, проект намагається допомогти Урядові України (УУ) приймати критичні, технічно обґрунтовані політичні та програмні рішення, спрямовані на покращення заходів з протидії ТБ та ТБ/ВІЛ відповідно до міжнародних стандартів. Проект також активізує зусилля з тим, щоб допомогти УУ наростити адекватний потенціал системи протидії ТБ і пом'якшити дедалі зростаючий тягар захворювання на ММС/ШМС ТБ. Проект налагодив тісні партнерські зв'язки з групами громадянського суспільства, що активно працюють у галузі ТБ та ТБ/ВІЛ. Це дозволить посилити відданість уряду справі покращення контролю за ТБ та стане каталізатором створення партнерств між державою та громадянським суспільством для моніторингу та оцінки реалізації національного плану з ТБ на 2007- 2011 рр.

Заплановані заходи

Нижче представлені чотири окремих завдання, які охоплюють заходи з розширення ДОТС, зміцнення лабораторної системи, вдосконалення інформаційних систем, АКСМ, контролю за ММС/ШМС ТБ та ко-інфекцією ТБ/ВІЛ:

- Розгортання та підвищення якості ДОТС-послуг для 50% населення України;
- Запровадження та поступове розширення послуг ДОТС+ - виявлення та лікування випадків ММС ТБ і ШМС ТБ в регіонах проекту до 2011 року;
- Забезпечення доступу до послуг, пов'язаних з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ, для 30% населення України до 2011 року;
- Створення сприятливих умов для реалізації ДОТС шляхом усунення або зменшення перешкод, що існують в політиці та ставленнях.

Протягом терміну дії свого контракту, що залишається (і який, у випадку успіху цієї заявки, перетнеться з грантом раунду 9 Глобального) PATH продовжуватиме розширювати високоякісні ДОТС-послуги для охоплення усього населення вказаних вище адміністративно-територіальних одиниць. Це також включатиме в себе постійне навчання медичних спеціалістів-практиків. Протягом останнього року PATH організував оцінку протитуберкульозних закладів, включаючи лабораторії. Оцінка, що провадилася спеціалістами латвійського Державного агентства з туберкульозу та легеневих захворювань, мала на меті відбір Взірцевого центру з лікування хіміорезистентного ТБ в Україні з числа обласних протитуберкульозних диспансерів. Фахівці PATH планують створити такий центр наступного року та підтримувати його діяльність протягом усього терміну реалізації проекту. Крім того, PATH має намір і надалі співпрацювати з «Ф'ючерз Груп Інтернешнл» та іншими партнерами у напрямку розвитку потенціалу обласних координаційних рад з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу з метою покращення координації та якості послуг для хворих на ко-інфекцію. В рамках цих спільних зусиль PATH і надалі надаватиме регіональним координаційним радам обраних областей технічну підтримку в керуванні та моніторингу спільних заходів з ТБ і ВІЛ на місцевому та регіональному рівні. Крім того, PATH має намір провести операційне дослідження стосовно соціальної підтримки колишніх в'язнів та їх потреб у сфері здоров'я (насамперед, з точки зору ТБ та ТБ/ВІЛ). Висновки цього дослідження допоможуть регіональним координаційним радам у процесах стратегічного планування та ухвалення рішень. Завдяки технічній підтримці PATH Дорадча група МОЗ України з питань моніторингу та ефективного виконання Загальнонаціональної програми з ТБ затвердила зміни до тимчасових статистичних форм, запропоновані фахівцями з областей, де реалізуються проекти PATH. Відповідно, PATH сприятиме поширенню використання оновлених форм у цивільній, пенітенціарній та військовій системах охорони здоров'я, а також покращенню рутинного епіднагляду за ТБ у закладах ПМД на районному, обласному і національному рівнях. Крім того, PATH допоможе Україні з впровадженням першого протоколу клінічного ведення хворих з хіміорезистентним ТБ, який було підготовлено за технічної допомоги з боку PATH.

Важливо зазначити, що усі заходи за підтримки АМР США сконцентровані у 10 регіонах, описаних вище. Таким чином, підтримка з боку Глобального фонду посилить і доповнить цю діяльність шляхом поширення вже напрацьованих підходів, які вже фінансуються АМР США. Відповідно підтримка ГФСТМ буде значною мірою доповнювати вже існуючі зусилля щодо реформи у сфері контролю за ТБ в 17 регіонах, в той час як підтримка 10 регіонах буде зменшена до діяльностей, які ще не покриті фінансуванням АМР США.

ROUND 9 – Tuberculosis

4.6.3. Партнерства з приватним сектором

- (а) У випадку, якщо приватний сектор є спів-інвестором заходів в рамках цієї заявки або своєю участю робить внесок у кінцеві результати (навіть якщо це не є конкретним видом діяльності), коротко опишіть головні внески, які очікується отримати протягом терміну виконання заявки, а також важливість цих внесків для досягнення запланованих результатів і наслідків.

(Див. визначення «Приватного сектору» та інші приклади типів фінансових та нематеріальних внесків від приватного сектору в рамках партнерства спільних інвестицій в Принципах підготовки заявок на фінансування – 9 раунд.)

Одним із ключових гравців у боротьбі з епідемією туберкульозу є приватний Благодійний Фонд Ріната Ахметова «Розвиток України». Загальні інвестиції у 2007-2011 роках склали 11 мільйонів доларів США (100 мільйонів гривень). Важливо зазначити, що приватні інвестиції у даному випадку є інтегрованими у розвиток загальної системи протитуберкульозної служби, дії координуються і узгоджуються на відповідному рівні (регіональному чи національному), і можуть розглядатися як вклад у державну систему боротьби з епідемією туберкульозу і є комплементарними стосовно до Національної стратегії і гранту Глобального Фонду.

Фінансовий вклад направлено у програмі по Донецькій області: на посилення лабораторної служби, навчання спеціалістів (лікарів), посилення лікувальних закладів (ремонт, оснащення, інфекційний контроль і т.д.), розвиток системи мотивації персоналу, інформування громадян. На національному рівні – лобювання і адвокація, система загального контролю за якістю препаратів і їхнє забезпечення, підтримка наукових досліджень. Близько 80% дій по проекту «Зупинимо туберкульоз» доповнює дії у рамках даної Заявки до ГФ, і таким чином розглядається як вклад у дану Заявку.

Важливий також нематеріальний вклад. Фондом «Розвиток Україна» профінансовано такі діяльності: розробка законодавчої бази, розробка учбових модулів для спеціалістів, оцінка лабораторної служби й інфекційного контролю Донецької області, складання протоколів по лікуванню туберкульозу з мультирезистентною медикаментозною стійкістю, створення моніторингового центру в Донецькій області, посібники для журналістів.

Також Фонд володіє унікальним досвідом в управлінні комплексними соціальними проектами, до яких залучено урядові й неурядові організації, враховуючи досвід партнерства приватного-громадянського сектору (Private-Public Partnership) з ключовими державними інститутами України (Міністерство охорони здоров'я, профільний комітет Верховної Ради) з метою подолання епідемії туберкульозу в Донецькій області, в рамках якого вибудована єдина система управління, координації всіх діяльностей, а також суб-фінансування. Дане партнерство має договірну основу і затверджено підзаконними актами на обласному рівні.

- (b) В таблиці нижче вкажіть річну величину очікуваних внесків від партнерств з приватним сектором. *(Спробуйте оцінити нематеріальні внески у грошовому еквіваленті (якщо це можливо), і, як мінімум, дайте описання цих внесків)*

Населення, що має відношення до спів-інвестицій з приватним сектором
(все чи частина (яка саме?) цільових груп, включена до заявки) →

Оцінка внеску (в доларах США чи Євро)

Див. Принципи підготовки заявок на фінансування – 9 раунд для прикладів

Назва організації	Опис внеску (словами)	Рік 1	Рік 2	Рік 3	Рік 4	Рік 5	Всього
Благодійний Фонд Ріната Ахметова «Розвиток України»	Посилення лабораторних послуг, тренінги для фахівців, зміцнення інституцій сфери охорони	1300000	2100000	1000000	N/A	N/A	N/A

ROUND 9 – Tuberculosis

	здоров'я, громадська свідомість, лобювання та адвокація						
[якщо потрібно додати рядки, використовуй те кнопку "Tab"]							

4.7. Життєздатність програми

4.7.1. Зміцнення потенціалу та шляхи досягнення кращих наслідків у сфері протидії туберкульозу

Глобальний фонд визнає, що відносний потенціал організацій урядового та неурядового сектору (включаючи організації на основі громад) може стати серйозною перешкодою для спроможності охоплення і надання послуг населенню (наприклад, догляд на дому, контакти «аутріч» тощо).

Опишіть, яким чином ця заявка робить внесок в загальне зміцнення та/або подальший розвиток інституцій і систем урядового, неурядового та громадського сектору для покращення надання послуг та результатів у сфері туберкульозу. → [Дайте посилання на оціночні звіти країни, якщо це можливо](#)

В останнє десятиріччя в Україні спостерігається безпрецедентна мобілізація громадянського суспільства для покращення надання громадських послуг. У сфері охорони здоров'я даний розвиток відбувався завдяки зусиллям широкої мережі ВІЛ-сервісних НУО та активістів. Громадянське суспільство не тільки взяло на себе ключову роль у подоланні недоліків в наданні громадських послуг, але також виступило рушійною силою для реформування державних підходів до надання послуг. Як наслідок, державна політика та інституції прискорили перехід від вертикальної спеціалізованої до інтегрованої та децентралізованої системи охорони здоров'я.

Заходи, запропоновані в даному документі спрямовані на подальше прискорення цього розвитку шляхом посилення системи охорони здоров'я для покращення боротьби з ТБ. Вони були визначені на основі звіту спільної оцінки Програми контролю за туберкульозом в Україні (2006, є у додатках), звітах щодо лабораторного контролю в Україні (2007 та 2009, є у додатках), а також висновки національного семінару зі зміцнення систем охорони здоров'я для контролю ТБ (2008, є у додатках). Вони включають:

- Нарощування потужності управління та керівництва. Хоча створення Національного Комітету з протидії ВІЛ/СНІД та іншим соціально небезпечним хворобам, а також ратифікація Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011 роках створюють передумови для розгортання ДОТС, спостерігається нестача у потужностях для їхнього впровадження. Заходи з нарощування потенціалу плануються і для центрального, і для регіонального рівнів; вони спрямовуються на ключові дійові фігури, що перебувають на державних посадах та залишатимуться на них після закінчення впровадження проекту.
- Консолідація лабораторної інфраструктури. Ґрунтуючись на рекомендаціях оціночних місій ВООЗ до лабораторій 2007 та 2009 року, Україна розпочала процес консолідації структури протитуберкульозних лабораторій під керівництвом Національної референс-лабораторії з метою ліквідації надлишкових установ та підвищення якості роботи лабораторій. Кошти, отримані в рамках цієї заявки, будуть використані на підтримку цих процесів шляхом модернізації обладнання та навчання персоналу на основі плану переходу. В результаті країна отримає сталу та більш економічно ефективну лабораторну мережу. Інвестиції в інфраструктуру та обладнання в рамках цього гранту доповнять отриману раніше донорську допомогу, зокрема – отриману в рамках позики Світового банку.
- Зміцнення системи первинної медичної допомоги. Зниження показників надмірної госпіталізації хворих на ТБ в Україні значною мірою залежить від існування функціональних структур для підтримки високоякісного амбулаторного лікування під час підтримуючої фази. Кошти, отримані завдяки цій заявці, допоможуть активніше впроваджувати державну політику щодо децентралізації протитуберкульозних послуг шляхом введення у лікування ТБ методології

ROUND 9 – Tuberculosis

ведення хворих та підготовки лікарів ПМД до повної участі у заходах з діагностики та догляду у зв'язку з ТБ (розгортання ППЗЛ). Очікується, що обидва компоненти призведуть до більш раціонального використання наявних ресурсів шляхом передачі базових послуг з ТБ від спеціалізованих, «лікарняних» структур до децентралізованих служб амбулаторного типу.

- Потенціал послуг громад: Маючи інформацію про досвід НУО щодо підтримки прихильності до лікування хворих на ВІЛ, дана Заявка включає важливий елемент, спрямований на покращення відповідності послуг з ТБ на рівні громади. В цьому процесі заходи, що базуються на ресурсах НУО та урядових організацій, також залучають розгалужену мережу патронажних сестер та волонтерів Товариства Червоного Хреста України для забезпечення соціальної мобілізації та підтримки, і загальну мережу лікарів широкої практики у поліклініках. Обидві структури являють собою надійні стовпи системи охорони громадського здоров'я; очікується, що спрямоване на ТБ нарощування потужності призведе до довготривалого ефекту, що можливо матиме вплив ширший, ніж лише на послуги з ТБ.
- Стратегічна інформація: Обмежену наявність достовірної стратегічної інформації та/або її неповне використання часто називали перешкодою для планування програм та моніторингу їх реалізації. Уряд відреагував на це шляхом організації спеціалізованих груп МіО з ТБ на центральному та регіональному рівнях. В цій Заявці планується зробити внесок у нарощування потенціалу цих груп задля ефективного виконання покладених на них завдань. Знову ж таки, ідея полягає в тому, щоб надавати підтримку державній структурі на самому початку роботи задля досягнення стійкого впливу.

4.7.2. Відповідність більш широким програмам розвитку

Опишіть, як стратегія цієї заявки вписується у більш широкі програми розвитку, наприклад, стратегії зниження масштабів бідності, Ініціативи найбідніших країн з великою заборгованістю (НІРС), Цілі розвитку, сформульовані в Декларації тисячоліття, існуючий національний план розвитку галузі охорони здоров'я та інші важливі ініціативи, зокрема, Глобальний план «Зупинимо туберкульоз» на 2006-2015 для спільних заходів з протидії ТБ і ВІЛ.

Україна підписала *Декларацію Тисячоліття ООН* та взяла на себе відповідальність щодо досягнення Цілей Розвитку Тисячоліття (ЦРТ), чим зобов'язалася розбудовувати економічні та соціальні умови, що покращать добробут українського народу. Українські Цілі Розвитку Тисячоліття (надалі – УЦРТ) є вимірюваними нормативами для довгострокового розвитку країни, які були адаптовані до специфіки розвитку України. Вони включають 6 цілей, 13 завдань та 23 показника.

УЦРТ 1: Зменшення рівня бідності

УЦРТ 2: Якісна освіта протягом всього життя

УЦРТ 3: Сталий розвиток довкілля

УЦРТ 4: Покращення здоров'я матері та зниження дитячої смертності

УЦРТ 5: Зменшення та уповільнення поширення ВІЛ/СНІДу та ТБ

УЦРТ 6: Гендерна рівність

Згідно з УЦРТ 5, Україна встановила амбіційну Ціль 1 – «Знизити поширення ВІЛ/СНІДу на 13%» та Ціль 2 – «Зменшити кількість нових випадків ТБ на 42%» до 2015 року

Україна також визнала цілі Партнерства «Стоп ТБ» щодо зниження до 2015 року поширеності та смертності від ТБ до половини рівня 1990 року, а також ратифікувала Європейський план «Зупинимо ТБ у 18 найбільш пріоритетних країнах регіону» на 2007-2015 рр., що повторює глобальні цілі та адаптує їх до специфічних європейських умов (наприклад: забезпечення 100-відсоткового охоплення населення лікуванням ДОТС в усіх країнах Східної Європи; збільшення рівнів виявлення нових випадків ТБ (за методом позитивного мазка мокротиння) до щонайменше 73%; досягнення успішного лікування у щонайменше 85% виявлених нових випадків ТБ; надання лікування відповідно до міжнародних керівництв для 100% хворих з ММС ТБ (нових та повторних)).

Відповідно до цих зобов'язань, уряд України розробив Загальнодержавну програму протидії захворюванню на туберкульоз на 2007-2011 рр., що повністю відповідає Стратегії «Стоп ТБ», рекомендованій ВООЗ, та Глобальному Плану «Стоп ТБ» на 2006-2015 рр. Крім того, уряд України ухвалив низку інших програм в рамках напрямків національного розвитку, що мають пряме відношення до ТБ. Вони включають, серед інших, Програму дій Кабінету Міністрів України «Український прорив: для людей, а не для політиків»; Національний план розвитку системи охорони здоров'я до 2010 року та План дій «Україна - ЄС».

ROUND 9 – Tuberculosis

Досягнення амбітних глобальних та національних цілей досить важким завданням для України, оскільки і ТБ, і ВІЛ продовжують поширюватися. В той час, як в Україні останніми роками спостерігається стабілізація рівнів захворюваності та смертності через ТБ, показники, як і раніше, значно перевищують дані 1990 року (захворюваність на ТБ зросла з 41 до 102; поширеність усіх форм ТБ виросла з 67 до 102; а смертність виросла з 6 до 15 на 100 000 населення – це показники, відповідно 1990 та 2007 року). Офіційні показники виявлення у 2007 році були такими: 74% (нові) та 55% (нові ss+), а показники виліковування становили 54% (рівень успіху - 59%).

Відповідні розділи цієї та інших національних програм ретельно переглядалися під час підготовки цієї Заявки для того, щоб забезпечити їхню відповідність цілям, завданням та СНП, виписаними в даній Заявці. Однак, більшість вказаних програм містять лише обмежені ресурси для досягнення загальних цілей, визначених у національній відповіді із прямо визначеними положеннями для заохочення участі зовнішніх та інших неурядових партнерів. Ця Заявка прямо використовує ці положення для покращення діагностики ТБ, лікування, догляду та підтримки, а також звертає особливу увагу на підтримку переходу до сучасної системи протидії ТБ, що дозволить підвищити рівні охоплення більшості представників уразливих груп населення.

4.8. Вимірювання впливу

4.8.1. Системи вимірювання впливу (СВВ)

Опишіть сильні та слабкі сторони систем всередині країни, що використовуються для відстеження чи моніторингу досягнень і вимірювання впливу у сфері туберкульозу.

У своєму описанні зробіть посилання на національну чи зовнішню оцінку СВВ

В 2008 році відбувся перегляд національної системи МіО по ТБ контролю за допомогою *програми Посилення Моніторингу та Оцінки*. Ця діяльність була підтримана організацією PATH, яка залучила представників як центрального так й регіонального рівня для обговорення системи МіО, оцінки поточної діяльності (за допомогою запропонованої системи оцінки) та розробки рекомендації для покращення системи МіО у сфері контролю за ТБ. Ці рекомендації були використані при розробці цієї Заявки. Були виокремлені наступні сильні й слабкі сторони (див. також суб-завдання 3.2)

Сильні сторони:

- Статистичні дані регулярно оновлюються на районному, обласному та національному рівнях. На регулярній основі подаються звіти, публікуються статистичні бюлетені, а механізм збору даних наближається до міжнародних стандартів.
- У 2006 році за рекомендацією ВООЗ було адаптовано статистичні та звітні форми для збору даних. У 2009 році Україна отримала власні статистичні форми для проведення рутинної діагностики туберкульозу та звітування до вищих інстанцій. Перший когортний аналіз (2006 рік) був проведений та поданий у ВООЗ. Зменшена кількість попередньо існуючих форм була адаптована для проведення реєстрації нових випадків туберкульозу, для моніторингу виконання Загальнодержавної Програми з протидії туберкульозу, для отримання нової інформації у сфері охорони здоров'я, яку не покривають форми ВООЗ, включаючи кількість фтизіатрів, протитуберкульозних закладів та інше.
- Статистичні підрозділи по ТБ були створені як на національному, так і на регіональному рівнях із набраним сумлінним персоналом (розташовані в обласних протитуберкульозних установах).
- Щодо компоненту по моніторингових візитах на районний рівень, то індикатори, медичні записи та звіти перевіряються на рівні установи й генеруються у достовірні дані.

Слабкі сторони:

- Брак зворотнього зв'язку щодо збору даних між національним, обласним та районним рівнем. Зокрема, недостатнє використання даних при аналізі та плануванні подальших втручань у Програму.
- Через відсутність електронної системи збору даних контроль якості все ще недостатній, оскільки існує ризик подвійного врахування того самого випадку, при переході пацієнта з одного закладу в інший.
- Центр контролю за туберкульозом неукomплектований кадрами, моніторингові підрозділи

ROUND 9 – Tuberculosis

національного та регіонального рівня мають наростити потужність, а моніторингові підрозділи обласного рівня відчують брак основного устаткування та доступу до інтернету.

- Недостатня фінансова підтримка для здійснення регулярних моніторингових візитів (частково покрито за рахунок зовнішніх донорів) впливає на контроль якості та на виконання вказівок на районному рівні. Зокрема, недостатнє використання даних при аналізі та плануванні подальших втручань у програму.

4.8.2. Уникнення паралельної звітності

Якою мірою заходи з моніторингу та оцінки (MiO) у цій заявці (на рівні ОР, суб-реципієнта та громад) використовують існуючі звітні системи та структури (включаючи канали та періоди звітності та/або вибір показників)?

Більшість заходів, які фінансуватимуться за рахунок цієї Заявки є доповненням до вже існуючих програм, державної системи виявлення нових випадків туберкульозу, лікування та підтримки. Заплановані в проекті Заявки заходи MiO, мають на мені підтримати вже існуючу систему MiO для діагностики випадків туберкульозу та підсилення контролю якості за втіленням Програми на всіх рівнях. Як наслідок, індикатори результату та впливу стосуються видів діяльності, фінансування яких заплановано у Заявці на 9 Раунд теж будуть включені в «єдину систему MiO», більш того, немає ризику дублювання або паралельної звітності. Водночас з існуючою системою MiO для отримання достовірних даних (в більшості програмний моніторинг, дані щодо лікування та супутніх програмних втручань), буде діяти мінімальний механізм MiO, який забезпечить спроможність проекту звітувати перед Національною радою з ВІЛ/СНІД, ГФСТМ та іншими зацікавленими партнерами у систематичний та прозорий спосіб. Створення цієї додаткової програми моніторингу базується на успішному досвіді моніторингу 1 та 6 Раунду ГФСТМ в Україні.

4.8.3. Зміцнення систем моніторингу та оцінки

Які вдосконалення у системи MiO країни (включаючи системи Основного реципієнта та суб-реципієнтів) включені до цієї заявки з метою ліквідації прогалин та/або покращення звітності в рамках національних систем вимірювання впливу?

- Глобальний фонд рекомендує виділяти на заходи з MiO від 5 до 10% від загального бюджету заявки з метою зміцнення існуючих систем MiO.

На сьогодні не існує формального національного плану з MiO у системі охорони здоров'я України. Згідно правил аналізу, які пропонуються «Інструкцією зі зміцнення систем моніторингу та оцінки», для кожного з трьох рівнів оцінки були виявлені наступні дефекти/перешкоди у спроможності системи MiO. Наведені нижче заходи будуть впроваджені у рамках проекту:

1. Розробити та впровадити національний план з MiO у галузі ТБ

- 1.1 МОЗ України розробить Національний план з MiO у галузі ТБ (та у подальшому забезпечить його координацію з планом MiO у сфері ВІЛ/СНІДу). З цією метою план з MiO, розроблений для даної заявки, потребуватиме перегляду, розширення та адаптації до загальних потреб Національного плану з MiO у галузі ТБ.
- 1.2 Національний план з MiO визначить рамки для реалізації орієнтованого на пацієнта підходу до лікування і догляду за хворими на ТБ, залученні громади та орієнтації медичних послуг на клієнта. Відтак необхідно розробити відповідні національні показники на основі міжнародного досвіду, а також інтегрувати їх до існуючої системи діагностики ТБ, лікування та догляду, яка на сьогодні перебуває у стадії переходу до ДОТС.
- 1.3 Окрім ресурсів з MiO, що забезпечуються Глобальним фондом та іншими міжнародними донорами, проект буде підтримувати МОЗ у визначенні додаткових внутрішніх ресурсів для забезпечення сталості національної системи MiO у галузі ТБ у майбутньому.

2. Підвищити спроможність управління даними

- 2.1 Хоча більшість необхідних процесів уже наразі здійснюється, проект допоможе МОЗ у подальшій їх формалізації та розробці конкретних письмових процедур для усіх аспектів MiO, у тому числі забезпечення зворотного зв'язку із закладами, що звітують.
- 2.2 Проект сприятиме залученню більшої кількості кадрів до системи MiO, зважаючи на зростаючу складність Загальнодержавної програми (в т.ч. через розширення меж ДОТС, впровадження рутинного епідагляду, вирішення проблем медикаментозної резистентності). Для цього завдання будуть виділені суттєва частина фінансування ГФСТМ, а також додаткові національні ресурси.

ROUND 9 – Tuberculosis

- 2.3 Запропоновано ряд заходів щодо розбудови спроможності для забезпечення відповідної компетентності державних співробітників департаменту МіО у всіх підрозділах МіО у сфері туберкульозу.
- 2.4 Проект також підтримуватиме візити контрольної команди для моніторингу і аналізу даних на місцях на рівні центр-район, район-область, область-місцевий рівень.

3. Підвищити якість і потенціал систем надання даних

- 3.1 *Медичні заклади.* Проект значно прискорить розпочатий процес перегляду національної системи обліку та звітності у галузі ТБ, яка має бути запроваджена з метою запобігання існуванню паралельних систем звітності (ДОТС - система з одного боку, та елементи застарілої радянської системи - з іншого), таким чином покращуючи якість даних та зменшуючи зайве навантаження на заклади.
- 3.2 *Обласний та національний рівень.* Проект сприятиме зміцненню середньої (обласної) ланки Загальнодержавної програми, яка стане відповідальною за моніторинг та оцінки результативності програми у відповідних районах. Більш того, в Заявці передбачено підтримка та дієздатність електронного реєстру випадків туберкульозу.
- 3.3 *Місцеві громади.* На сьогодні системи МіО на рівні громад не існує. Відповідальний за цю діяльність суб-реципієнт розробить пакет програмних (процес та результат) показників, за якими здійснюватиметься моніторинг на цьому рівні, а також механізми збору, передачі та аналізу даних, оскільки це необхідно для соціальних/спрямованих на пацієнта компонентів, що увійшли до даної Заявки.

4.9. Потенціал реалізації

4.9.1 Основний(і) реципієнт(и)

Опишіть відповідний технічний, управлінський та фінансовий потенціал кожного Основного реципієнта з точки зору управління та нагляду за впровадженням програми (або її частин).

У цьому описанні вкажіть будь-які очікувані перешкоди для ефективної роботи, посилаючись на будь-які попередні оцінки Основного(их) реципієнта(ів) окрім «Звітів про виконання грантів Глобального фонду». Плани щодо забезпечення потреб потенціалу необхідно описати у розділі 4.9.6 нижче і включити (якщо це доцільно) в план роботи та бюджет

ОР 1	Благодійний фонд Ріната Ахметова "Розвиток України"
Адреса	м. Донецьк, 83481, вул. Постишева, 117 м. Київ, 01034, вул. Ярославів Вал, 29 Г

Благодійний фонд "Розвиток України" (далі – Фонд) є неприбутковою організацією, заснованою у 2005 році компанією "Систем Кепітал Менеджмент" в м. Донецьку. В 2008 році Фонд став персональним благодійним фондом народного депутата України, президента компанії "Систем Кепітал Менеджмент", українського мецената Ріната Леонідовича Ахметова.

Місія Фонду полягає у створенні фундаменту для успішного та стійкого розвитку українського суспільства, інвестуючи в освіту майбутніх поколінь, здоров'я нації, збереження та розвиток української культури.

Окрім Президента Фонду, іншими органами управління Фонду є:

- Загальні Збори - вищий орган Фонду, який визначає місію, стратегію, основні напрями діяльності Фонду
- Наглядова Рада - контролюючий орган, що дає рекомендації іншим органам управління
- Правління - виконавчий орган, призначений для розділення відповідальності з Директором
- Виконавча дирекція (Директор) - адміністративно-виконавчий орган Фонду, який реалізує рішення Загальних Зборів

Що стосується основних принципів системи управління організацією, то Фонд реалізує як власні проекти, так і бере участь у фінансуванні програм інших операторів благодійної допомоги, надає підтримку громадським ініціативам. Стратегічні рішення Фонду, зокрема рішення щодо запровадження нових напрямків чи проектів проходять експертну оцінку Правління і Наглядової Ради Фонду, із залученням, в разі потреби, зовнішніх незалежних експертів. Реалізацією рішень Правління займається Виконавча дирекція і менеджмент із напрямів діяльності.

Програмна діяльність Фонду здійснюється в 4-х основних напрямках:

ROUND 9 – Tuberculosis

1. **Сучасна освіта і виховання** (Проект «Журналістика цифрового майбутнього», Проект «Докторська програма», Проект «Розвиток сімейних форм виховання», Проект «Допомога багатодітним родинам»).
2. **Здоров'я нації** (Проект «Рак виліковний. Своєчасна діагностика та лікування онкологічних захворювань», Проект «Зупинимо туберкульоз», Проект «УНІАН - Здоров'я», Партнерський проект «Дитяча лікарня майбутнього»)
3. **Культурне надбання** (Проект «Відновлення музею в Пирогові», Проект «Реконструкція Будинку Митрополита Софії Київської»).
4. **Адресна допомога/Допомога в надзвичайних ситуаціях.**

На сьогоднішній день Фонд реалізує різні проекти за типом, масштабністю, способами реалізації, за цілями і завданнями. Це дозволяє накопичувати великий досвід для вирішення важких системних проблем, таких як недостатність досвіду у грантоотримувачів, непрозорі та корумповані системи державних структур, робота в умовах високого ступеню невизначеності, коли не існує достатньої кількості досліджень соціальної проблеми або апробованих методів їх вирішення. Фонд працює із партнерами у таких форматах:

- За типом проекту: гранти, операційні проекти, змішані проекти.
- За виконавцями: міжнародні організації, державні інституції, громадські організації на місцях, мережеві національні організації, заклади культури, науково-дослідні інституції.
- За впливом: системні зміни, надання допомоги, як реакція на гострі або надзвичайні ситуації.

У зв'язку із інтенсивним розширенням масштабів програмної діяльності Фонду, у 2007 році було створено Київський підрозділ. Для реалізації програмних завдань Фонду в Донецькому та Київському підрозділах на даний час працює 33 співробітника.

Завданням своєї діяльності в сфері охорони Фонд вбачає у впровадженні й підтримці сучасних методів й технологій, закріпленні інституціональних змін, а також формуванні відповідального ставлення жителів України до власного здоров'я. Основними проектами в рамках даного напрямку є «Рак виліковний. Своєчасна діагностика та лікування онкологічних захворювань» та «Зупинимо туберкульоз».

Останній було запроваджено в 2007 році. Робота проводиться на національному рівні – національні спеціальні проекти, а також містить регіональний компонент – Програму подолання епідемії туберкульозу в Донецькій області.

Загальний бюджет проекту «Зупинимо туберкульоз» складає 100 млн. гривень. На національному рівні Фонд співпрацює з відповідними національними інституціями, вирішуючи найбільш болючі питання, пов'язані з туберкульозом, які держава не в змозі вирішити самостійно. Директор Фонду є членом «Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, за квотою від представників бізнес-сектору. На національному рівні Фонд працює у таких напрямках: покращення законодавства з питань туберкульозу; моніторинг якості протитуберкульозних препаратів; підтримка наукових досліджень з питань туберкульозу; лікування та реабілітація дітей, хворих на туберкульоз; професійне навчання фтизіатрів; інформаційно-просвітницька робота серед населенням.

У 2007 р. Фондом, спільно зі спеціалістами Донецької області, була розроблена «Донецька обласна програма подолання епідемії туберкульозу на 2007-2011рр.» (Програма). Це комплексна Програма, що була затверджена рішення органів місцевої влади і фінансується Фондом (50 млн. грн.) спільно з Донецькою обласною радою (50 млн. грн.). Мета програми – зниження захворюваності (на 5% кожного року) та смертності (на 5% за 5 років) на туберкульоз. В показники соціально-економічного розвитку регіонів (ПСЕР) запроваджені показники ефективності лікування туберкульозу, виявлення та відривів від лікування туберкульозу, що спонукає місцеві органи управління відповідально ставитись до контролю за туберкульозом в області. На базі даної Програми фонд відпрацьовує модель подолання епідемії туберкульозу на рівні регіону для подальшої її реплікації в інших регіонах України, які є найбільш ураженими епідемією туберкульозу.

→ Якщо Основних реципієнтів більше, ніж три, скопіюйте і вставте таблиці, вказані вище

4.9.2 Суб-реципієнти

(a) Чи будуть в реалізації програми задіяні	X Так
---	-------

ROUND 9 – Tuberculosis

субреципієнти?	☐ Ні
(b) Якщо ні , то чому?	
(c) Якщо так , то скільки субреципієнтів буде залучено до реалізації?	☒ 1 – 6
	☐ 7 – 20
	☐ 21 – 50
	☐ понад 50
(d) Чи визначені уже субреципієнти? (Якщо так, додайте перелік субреципієнтів, включаючи детальну інформацію про сектор, який вони представляють, а також дані про основні напрямки їхньої роботи в рамках дії заявки)	☒ Так <i>[Вкажіть номер Додатку з переліком]</i>
	☐ Ні Дайте пояснення у розділі 4.9.4
(e) Якщо так , надайте коментарі про відносну частку роботи, що її виконуватимуть різні субреципієнти. У випадку, якщо приватний сектор та/або громадянське суспільство не залучені або практично не залучені до реалізації програми на рівні субреципієнтів, то поясніть, чому.	
З метою створення сильної команди з імплементації гранту ГФ, що буде здатна досягти програмних цілей за будь-яких обставин, Основний реципієнт запропонував на розгляд Національної ради структуру управління грантом, яку складають 6 суб-реципієнтів, серед яких Центр по боротьбі із туберкульозом МОЗ України, Державний департамент з питань виконання покарань України, Товариство Червоного Хреста в Україні, Міжнародний благодійний фонд «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», РАТН («Програма оптимальних технологій в галузі охорони здоров'я»), ВБФ «Коаліція ВІЛ-сервісних організацій». Разом із Основним реципієнтом дана команда представляє значний та унікальний досвід в сфері боротьби із туберкульозом в Україні, а також в інших пов'язаних сферах, що може розглядатися як значна перевага з точки зору імплементації гранту ГФ. Варто також зазначити, що Група технічної оцінки надала рекомендацію переглянути кандидатури суб-реципієнта за компонентом «Адвокація, комунікація, соціальна мобілізація» (Див. Аналітичну записку ГТО в Додатку 19). На своєму останньому засіданні 28 травня 2009 року Національна Рада затвердила план впровадження гранту ГФ (див. схему в Додатку 13), яка включає 5 суб-реципієнтів. Суб-реципієнт по компоненту АКСМ буде визначений на основі відкритого конкурсу після позитивної відповіді Глобального Фонду стосовно Заявки від України (див. Протокол НР в Додатку 11). До наперед визначених суб-реципієнтів (СР) входять: • 2 державні установи – Національний Центр контролю за туберкульозом та Державний Департамент з питань виконання покарань; • 1 Українська не державна організація – Товариство Червоного Хреста України; • 2 міжнародні організації – МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та РАТН (Програма оптимальних технологій в сфері охорони здоров'я). Національний Центр контролю за туберкульозом: Основна роль – імплементація програмних заходів в рамках наступних сфер надання послуг (Додаток 41): • Покращення лабораторної діагностики ТБ	

ROUND 9 – Tuberculosis

- Поширення високоякісних послуг з ДОТС
- ПСОЗ система Моніторингу та оцінки
- ММС-ТБ
- Лікування ВІЛ/ТБ
- Посилення системи охорони здоров'я у сфері надання послуг ураженим ТБ

Імплементацію програмних заходів в рамках гранту ГФ буде підтримано на стратегічному рівні з боку Комітету, про що буде зазначено в трьохсторонньому договорі про надання суб-гранту, що укладатиметься Фондом, Центром та Комітетом.

Міністерство охорони здоров'я гарантуватиме політичну та загальну стратегічну підтримку суб-реципієнтам на національному рівні у виконанні заходів з реалізації гранту ГФ. Це відбуватиметься на основі підписаного Меморандуму про розуміння між Міністерством та Фондом. Підтримка буде включати підготовку та підписання документів нормативного характеру (накази, протоколи, стандарти лікування), необхідних для успішного впровадження гранту ГФ.

Державний Департамент з питань виконання покарань України. Основна роль – імплементація програмних заходів 1-3 Завдання згідно суб-грантового договору з ОР. Сфера відповідальності включає: покращення діагностики; покращення лікування в пенітенціарній системі напряму, що також передбачає тісну співпрацю з іншими СР, такими як РАТН та Альянс, які займатимуться управлінням проектами для ДДПВП. Слід зауважити, що більшість програмних заходів в середині пенітенціарної системи буде здійснюватися іншими суб-реципієнтами, наприклад: тренінги для медичного персоналу та фахівців з психосоціальної адаптації, створення ізоляційних кімнат з дотриманням вимог інфекційного контролю, закупівля медичних препаратів та обладнання, та інше. Така схема впровадження задля необхідності посилення спроможності інституції ефективно впроваджувати програми з ТБ. Паралельно заплановано підтримку групи в середині Департаменту, яка буде залучена до координації, моніторингу та управління заходів, скерованих на пацієнтів та співробітників пенітенціарної системи. Допомога Департаменту у розбудові спроможності для втілення гранту ГФ, проведення моніторингових візитів в регіони, включаючи пенітенціарну систему та інше.

РАТН:

Основна роль – імплементація програмних заходів 1-3 Завдання згідно суб-грантового договору з ОР та в тісній співпраці з Національним Центром по контролю за туберкульозом, Комітетом з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально-небезпечним хворобам та іншими державними установами. Програмні компоненти включають:

- Покращення діагностики туберкульозу
- Поширення високоякісних послуг з ДОТС
- Система моніторингу та оцінки
- ММС-ТБ
- Здійснювати програмну технічну підтримку Центру по контролю за туберкульозом МОЗ України.

Товариство Червоного Хреста в Україні. Основна роль – імплементація програмних заходів в рамках Завдання 2 згідно суб-грантової угоди з ОР, зокрема:

- Надання соціальних послуг пацієнтам
- Формування прихильності до лікування у пацієнтів, хворих на ТБ для закінчення лікування.

Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Основна роль – імплементація програмних заходів в рамках Завдання 2 згідно суб-грантової угоди з ОР, зокрема:

- Розширення зусиль, спрямованих на боротьбу з конфекцією ВІЛ/ТБ
- Проведення закупівель всіх виробів медичного та фармацевтичного призначення, в рамках Програми.

4.9.3. Попередньо визначені субреципієнти

Опишіть попередній **досвід впровадження** ключових субреципієнтів. Також вкажіть будь-які

ROUND 9 – Tuberculosis

проблеми субреципієнтів, які можуть вплинути на ефективність роботи, а також те, що планується здійснити для ліквідації цих проблем.

Схема управління грантом ГФ, запропонована Благодійним фондом «Розвиток України», передбачає наявність єдиного Основного реципієнта, власне Фонду. Це пояснюється необхідністю створення єдиного центру з управління, контролю, а також звітності за ходом виконання проекту. Разом з тим, розуміючи, що успішність виконання проекту ГФ великою мірою залежить від залучення партнерів, які володіють найпотужнішою здатністю (досвід, потенціал, повноваження) реалізовувати конкретні складові проекту, Фонд провів діяльність, спрямовану на формування команди суб-реципієнтів.

В результаті, Фонд запропонував схему управління грантом, що складалася із 6 субреципієнтів. ГТО, що розглядала Заявку Фонду на отримання статусу ОР, надала рекомендацію щодо перегляду кандидатури суб-реципієнта за компонентом «Адвокація, комунікація, соціальна мобілізація». Оскільки щодо інших суб-реципієнтів зауважень з боку ГТО не було, то, до моменту проведення засідання Національної ради, 28 травня 2009 р. та винесення остаточного рішення щодо вищезгаданої рекомендації ГТО, вважається, що в структурі управління грантом є 5 унікальних суб-реципієнтів. До них належать:

- 2 державні організації – Центр по контролю за туберкульозом МОЗ України, Державний департамент з питань виконання покарань України,
- 1 українська недержавна організація – Товариство Червоного Хреста в Україні,
- 2 міжнародні організації - Міжнародний благодійний фонд «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» і PATH («Програма оптимальних технологій в галузі охорони здоров'я»).

Попередній відбір суб-реципієнтів було проведено, базуючись на наступних критеріях:

Загальні критерії відбору суб-реципієнтів, орієнтовані на оцінку їх спроможності у наступних сферах:

- Фінансовий менеджмент: легальний статус, здатність прозоро та ефективно використовувати фінансові ресурси, здатність готувати та своєчасно надавати фінансові звіти.
- Менеджмент персоналу та організаційна спроможність: впровадження ефективного організаційного лідерства, прозорого процесу прийняття рішення та системи відповідальності.
- Менеджмент проектів: збір та реєстрація програмної інформації з відповідними якісними контрольними показниками; підтримка та підготовка регулярних відповідних програмних звітів; надання відповідних даних з метою проведення оцінки та інших досліджень.

Говорячи про особливості, якими володіють організації, визначені в якості суб-реципієнтів, слід зазначити, що державні організації є унікальними партнерами, без залучення яких життєздатність важливих програмних заходів виглядає сумнівною. Першочергова відповідальність за виявлення та лікування туберкульозу, беручи до уваги специфіку цього інфекційного захворювання, лежить на Центрі по контролю за туберкульозом МОЗ України. Саме тому основним суб-реципієнтом за компонентом «лікування» та «діагностика» було обрано саме Центр як центральний та контролюючий орган державної виконавчої влади. Однією із найбільш вразливих груп населення щодо туберкульозу є люди, які утримуються в закладах пенітенціарної системи, тому суб-реципієнтом серед державних органів за компонентом «лікування» та «діагностика» у пенітенціарній системі було визначено Державний департамент з питань виконання покарань України. Залучення до виконання гранту в якості суб-реципієнтів державних організацій зумовлено необхідністю прийняття важливих владних рішень на національному та регіональному рівнях задля успішної реалізації завдань проекту.

Іншими критеріями відбору суб-реципієнтів серед недержавних організацій були:

- Наявність попереднього успішного досвіду діяльності в сфері, за яку потенційно буде відповідати суб-реципієнт.
- Прозорість та відкритість діяльності.
- Наявність попереднього досвіду успішного управління та/або виконання грантів (програм) ГФ.
- Потужне представництво на рівні регіонів України.

Саме тому іншими суб-реципієнтами серед недержавних організацій було обрано Альянс-Україна, організація що на сьогодні має успішний досвід із реалізації 2-х проектів ГФ в сфері боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу, зокрема, що стосується проведення закупівельної діяльності та управління поставками. **Сфера діяльності Альянсу-Україна:** сфера надання послуг «ВІЛ/ТБ», а також проведення закупівель виробів медичного призначення в рамках проекту ГФ протягом перших 2-х

ROUND 9 – Tuberculosis

років реалізації проекту з наступної передачею даних обов'язків ОР. Також Альянс-Україна визначений організацією, яка допоможе розвинути потенціал ОР в сфері МіО та закупівель що стосується проекту ГФ.

Іншим субреципієнтом є організація PATH, що має значний досвід в сфері боротьби із епідемією туберкульозу, зокрема, що стосується питань інфекційного контролю, посилення національної програми з питань туберкульозу, впровадження новітніх стандартів МіО щодо питань туберкульозу, підвищення кваліфікації медичних кадрів та інших. **Сфера діяльності PATH:** інфекційний контроль, мультирезистентний ТБ, МіО (клінічний компонент), поширення ДОТС.

Товариство Червоного Хреста в Україні є організацією, що має добре розгалужену мережу представництв на рівні кожного району в Україні, що становить особливу важливість з точки зору можливості доступу до представників вразливих груп. Крім того, при червоному Хресті працюють спеціально підготовлені медсестри, які можуть здійснювати соціальний супровід та немедичний догляд за хворими пацієнтами, а також проводити інші заходи з формування прихильності до лікування туберкульозу. **Сфера діяльності Червоного Хреста:** догляд і підтримка, немедичний супровід хворих на ТБ.

Детальна схема управління проектом, із зазначенням сфер відповідальності ОР та всіх субреципієнтів, представлена в Додатку 43 та Додатку 13.

4.9.4. Субреципієнти, що мають бути визначені

Поясніть, чому деякі чи усі субреципієнти ще не були визначені. Також надайте описання прозорого, обмеженого у часі процесу, що його використовуватиме Основний(і) реципієнт(и) для вибору субреципієнтів таким чином, щоб не затримувати ефективного виконання програми.

Оскільки, метою Основного реципієнта було створення міцної команди, яка б незважаючи на що втілювала проект, ОР запропонував членам Національної ради структуру із 6 суб-реципієнтів: МОЗ, Державний департамент з питань виконання покарань, ТЧХУ, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», PATH та ВБО «Коаліція ВІЛ-сервісних організацій». В результаті, разом з ОР така команда має великий та унікальний досвід у сфері протидії захворюванню на туберкульоз в Україні, що є сильною стороною у процесі реалізації гранду ГФ.

Слід зазначити, що ГТО, що розглядала Заявку Фонду на отримання статусу ОР, надала рекомендацію щодо перегляду кандидатури суб-реципієнта за компонентом «Адвокація, комунікація, соціальна мобілізація» (див. Аналітичну записку ГТО у Додатку 19). На своєму засіданні 28 травня 2009 року Національна Рада затвердила структуру управління грантом (див. схему управління грантом ГФ у Додатку 13), яка складається з 5 суб-реципієнтів. Суб-реципієнт по компоненту АКММ буде визначений на основі відкритого та прозорого конкурсу після отримання Україною гранту Глобального фонду (Протокол НР від 28 травня 2009 р. – Додаток 11).

Процес відбору суб-реципієнтів здійснювався на основах прозорості та максимальної залученості партнерів, про що свідчать наступні кроки:

- Проведені відкриті численні консультації Фонду із представниками НДО та міжнародних організацій в Україні щодо можливої структури управління грантом та зацікавленості партнерів до участі у проекті ГФ.
- Визначено коло потенційно зацікавлених партнерів для участі у проекті ГФ з питань туберкульозу. Проведені зустрічі з 9 організаціями для визначення: формату можливої участі партнера, досвіду роботи по туберкульозу, визначення зацікавленості партнера працювати в тому чи іншому напрямку (за основу бралася стратегія та напрямки роботи, визначені в заявці по ТБ 8го раунду), та бачення Фонду щодо структури управління грантом. Ці організації: МОЗ, Комітет з питань протидії ВІЛ та іншим соціально-небезпечним хворобам, Департамент виконання покарань, Червоний Хрест в Україні, Міжнародна Федерація Червоного Хреста, PATH, ПРООН, Коаліція ВІЛ-сервісних організацій, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, проект HOPE в Україні.
- Проведена також консультація з представниками USAID як із стратегічним партнером Фонду по ТБ, з яким підписаний Меморандум про співпрацю для подолання ТБ в Україні. Проведена також консультація з ВООЗ, як одним із ключових стратегічних партнерів Фонду по ТБ, з яким є також досвід реалізації програми у Донецькій області.
- Розроблені критерії для вибору потенційних суб-реципієнтів (див. в заявці Фонду на отримання статусу ОР та додатковому листі роз'яснень).

ROUND 9 – Tuberculosis

- Проведено 2й раунд переговорів з 6 потенційними суб-реципієнтами (згідно схеми управління грантом). Були визначені: сфери інтересів потенційних суб-реципієнтів щодо програмних напрямів, досвід роботи у відповідному програмному напрямі, та бачення і потреби Фонду щодо того, хто міг би забезпечити реалізацію того чи іншого напрямку.
- Проведені консультації із регіональними фтизіатрами та регіональними НДО щодо їх досвіду співпраці із 6 потенційними суб-реципієнтами в регіонах.
- Проведений 3й раунд переговорів з 6 потенційними суб-реципієнтами та досягнуті домовленості щодо співпраці в рамках проекту ГФ.
- Домовленості оформлено Меморандумами про співпрацю по проекту ГФ (Додаток 42).

Як було зазначено вище НР погодила структуру управління грантом, яка включає 1 ОР та 5 організацій суб-реципієнтів, а також рекомендацію організувати відкритий конкурс після отримання позитивної відповіді від ГФ щодо Заявки від України (Протокол засідання НР від 28 травні у Додатку 11). ОР зобов'язується дотримуватися цього рішення. Наразі є ряд організацій, які потенційно зацікавлені в реалізації компоненту АКМ, тому ОР організує відкритий і прозорий конкурс із залученням незалежних національних та міжнародних експертів. Щодо критеріїв оцінки та формату конкурсу, то критерії та умови конкурсу будуть ґрунтуватися на кращих міжнародних практиках, а також будуть узгоджені з НР. Щодо часових рамок, то планується розпочати процес обрання ОР по компоненту АКМ починаючи з другого кварталу 2010 року (Листопад 2009р. – остаточне рішення ГФ, запланований початок Програми ГФ по 9 Раунду – липень 2010 року).

Незважаючи на те, що вже існувала структура, яка включала наперед визначених суб-реципієнтів Основним реципієнтом буде проведено конкурс за участі всіх суб-реципієнтів задля широкої залученості НУО як на регіональному так і на національному рівні. Для всього процесу конкурсу буде обрано організації, які зможуть гідно провести й оцінити претендентів, використовуючи високі стандарти та вимоги ГФ.

4.9.5. Координація діяльності партнерів з впровадження

Опишіть, як буде здійснюватися координація між кількома Основними реципієнтами, а потім між Основним(ми) Реципієнтом(ами) з ключовими субреципієнтами для забезпечення своєчасного та ефективного виконання програми.

Надайте коментарі щодо наступних чинників:

- **Як будуть взаємодіяти Основні реципієнти, якщо їхня робота взаємопов'язана** (наприклад, Основний реципієнт від державного сектору відповідає за закупівлі препаратів та/або товарів медичного призначення, а Основний реципієнт від неурядового сектору відповідає, наприклад, за надання послуг важкодоступним групам населення через недержавні системи); та
- **В якій мірі партнери підтримуватимуть впровадження програми** (наприклад, надаючи управлінську чи технічну допомогу на додаток до будь-якої запитуваної підтримки, що фінансуватиметься за рахунок цієї заявки).

Принципи, механізми та процедури співпраці призначеного Основного реципієнта та НР (що діє, як ККМ) визначаються у відповідних Процедурах щодо забезпечення нагляду за впровадженням програми, що її фінансує Глобальний фонд, і які були затверджені НР. Ці «Процедури» були розроблені відповідно до вимог Глобального фонду (Оновлені керівні принципи щодо цілі, структури та складу ККМ та Відповідність кваліфікаційним критеріям гранту). «Процедури» передбачають наступні ролі та обов'язки НР:

- Ініціювати та координувати подання заявки до Глобального фонду від країни.
- Забезпечувати загальний контроль за реалізацією заходів програми ГФ.

а) Механізм координації роботи суб-реципієнтів – Координаційна група ОР

На етапі підготовки Заявки призначений ОР запропонував комплексну схему управління та впровадження гранту, яка передбачає попереднє визначення (попередній відбір) **5 основних** партнерів-виконавців, тобто суб-реципієнтів (2 урядових та 3 неурядових організацій), що

ROUND 9 – Tuberculosis

відповідатимуть за виконання різних компонентів програми. З метою належної організації та управління діяльністю СР було прийняте рішення створити відповідний координаційний механізм – Координаційну групу СР. Спеціалісти призначеного ОР розробили «Положення», що визначають основні принципи та функції цієї групи. Функції полягають у наступному:

- Забезпечувати належну координацію між основними Суб-реципієнтами на операційному рівні.
- Координувати річні плани роботи, плани моніторингу та бюджети.
- Погоджувати рішення щодо впровадження програми.

Крім того, можливе створення цілої низки інших робочих груп як елементів механізму координації для різних цілей програми відповідно до Програмних завдань. Однією з таких груп може бути, наприклад:

- *Спільна робоча група з ВІЛ/ТБ* (СНП 3), покликана координувати та погоджувати впровадження відповідних програмних заходів щодо ВІЛ та ТБ;

б) Координація державних інституцій охорони громадського здоров'я, залучених до реалізації гранту

Питання залучення відповідних державних органів є одним з найважливіших викликів та визначальним фактором успішного виконання програми «Подолання епідемії туберкульозу в Україні». Відтак, до заходів з контролю та впровадження гранту на різних рівнях будуть залучені наступні організації:

- Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) забезпечуватиме загальну політичну підтримку ОР та СР для забезпечення впровадження тих компонентів програми, що можуть бути реалізовані тільки через державну систему охорони здоров'я. Відповідно, між МОЗ та ФРУ як ОР гранту Глобального фонду буде підписано *Меморандум про взаєморозуміння* з викладенням головних принципів, обов'язків та природи співпраці (включаючи перелік основних цілей та показників, а також список товарів медичного призначення, що їх планується закупити).
- Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам (Комітет) є однією з структур МОЗ, що відповідає за заходи стосовно ВІЛ та ТБ. Комітет буде залучатися на рівні реалізації як наглядовий/керівний орган для одного з головних суб-реципієнтів – Національного центру боротьби з туберкульозом (Центр ТБ). Комітет відіграватиме ключову роль з планування та координації відповідних програмних заходів (СНП 1-7), а Національний центр боротьби з туберкульозом, як один з суб-реципієнтів коштів, впроваджуватиме більшість програмних компонентів на операційному рівні. Ці рівні співпраці, принципи та обов'язки будуть зафіксовані *Тристоронній грантовій угоді* між ФРУ (ОР), Комітетом та Центром ТБ.
- Державний департамент з питань виконання покарань (Департамент) є одним з попередньо визначених суб-реципієнтів, що буде відповідати, в основному, за реалізацію усіх компонентів програми, що стосуються пенітенціарної системи держави. Таким чином, було прийнято рішення створити координаційний механізм у вигляді Міжвідомчої цільової групи у складі представників Департаменту та Комітету (Центру ТБ). Цю групу буде створено на підставі відповідного наказу МОЗ; головною метою її роботи стане забезпечення регулярної та ефективної координації та узгодження усіх питань, що стосуються реалізації суб-реципієнтами своїх компонентів.

б) Управлінський підхід на операційному рівні

Що стосується управлінських підходів до виконання гранту, то на операційному рівні ОР та основні суб-реципієнти керуватимуться своїми власними статутними документами, затвердженою організаційною політикою та процедурами, вимогами та умовами донора (ГФСТМ), а також чинним законодавством України.

Див. Додаток 13 для ознайомлення з більш детальною структурою усіх координаційних механізмів.

4.9.6. Зміцнення потенціалу реалізації

Глобальний фонд заохочує зусилля всередині країни, спрямовані на зміцнення потенціалу

ROUND 9 – Tuberculosis

реалізації на урядовому та неурядовому рівні, а також на рівні громад.

Якщо у цій заявці кандидат робить запит на фінансування надання управлінської та/або технічної допомоги для забезпечення високої ефективності програми, коротко опишіть:

- (a) Допомогу, що планується;**
- (b) Процес для визначення потреб всередині різних секторів;
- (c) Як ця допомога буде отримуватися на засадах конкуренції та прозорості; та
- (d) Процес, що буде використаний для оцінки ефективності такої допомоги, а також коригування з метою підтримки високого стандарту підтримки, що надається.

*** (наприклад, якщо кандидат номінує другого Основного реципієнта, який потребує підсилення потенціалу для виконання своєї ролі; або якщо посилення систем громад визнається як «відставання» в процесі досягнення національних цілей, а організаційна/управлінська допомога необхідна для підтримки покращення надання послуг)*

Щодо організації ОР, то заплановано значне зміцнення потенціалу (Додаток 44 із новою структурою офісу) впродовж реалізації гранту. Розбудова потенціалу розпочнеться після отримання позитивної відповіді від Глобального фонду та за рахунок коштів ФРУ. Наразі Фонд вже провів оцінку власної спроможності, використовуючи інструменти ГФ й визначив сфери в який необхідно наростити потужність та посилити спроможність. Більш того, план розвитку та розбудови ФРУ вже розроблений та буде переглянутий після оцінки місцевим агентом ГФ. Вже заплановано найняти новий персонал, провести ряд тренінгів для нового та вже існуючого персоналу, який буде залучений до реалізації програми ГФ, всі політики та процедури ФРУ буде переглянуто щодо відповідності стандартам ГФ. Постійна технічна підтримка ОР та всім СР для повної інтеграції всіх аспектів програми буде забезпечена з боку ВООЗ.

Міністерство охорони здоров'я України несе головну відповідальність за контроль над реалізацією Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз, а також відповідає за реалізацію заходів з подолання епідемії туберкульозу в країні. Загальна політична підтримка міністерства на національному рівні є дуже важливою для ефективного впровадження проекту Глобального фонду. Така політична підтримка була забезпечена шляхом підписання загального Меморандуму про взаєморозуміння між призначеним Основним реципієнтом (ОР) та МОЗ. У разі позитивного рішення Глобального фонду щодо української заявки між двома сторонами буде підписано новий, більш детальний Меморандум про взаєморозуміння.

Як передбачено відповідними сферами надання послуг у цій Заявці, Всеукраїнський центр контролю за ТБ та Державний департамент з питань виконання покарань отримають допомогу для реалізації заходів у якості відповідних суб-реципієнтів та/або важливих партнерів впровадження. Така підтримка надасть обом вищезазначеним структурам можливість вдосконалити існуючий потенціал для належного виконання своїх функцій.

Центр з ТБ отримає підтримку з боку Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам на стратегічному управлінському рівні, що буде зафіксовано у тристоронній суб-грантовій угоді між ФРУ, Центром ТБ та Комітетом. Дуже важливо створити потужну команду Центру ТБ, очолювану Комітетом. Протягом року 1 планується додати до складу Центру відповідну структуру – див. Додаток 45. Ця потужна група державних службовців продовжуватиме працювати і після завершення гранту Глобального фонду, що забезпечить сталість результатів проекту у сфері підвищення спроможності держави здійснювати заходи з протидії епідемії ТБ.

Для підвищення рівня компетентності співробітників Центру ТБ та Державного департаменту з питань виконання покарань, задіяних у протитуберкульозній роботі у в'язницях, будуть організовані спільні тренінги. Ці навчання охоплять питання програмного та фінансового менеджменту, збору даних та звітності, моніторингу та оцінки, нагляду та практичного навчання, методів оцінки потреб тощо.

ROUND 9 – Tuberculosis

Крім того, група керівників найвищого рівня з уряду, Комітету і Департаменту пройдуть підготовку з питань управління національними програмами з протидії ТБ з особливою увагою до стратегічного планування, впровадження, контролю та моніторингу. Крім того, їм буде надана можливість брати участь у важливих міжнародних конференціях.

У заявці також передбачено, що впродовж усіх п'яти років реалізації програми Глобального фонду ОР та такі суб-реципієнти, як РАТН та Альянс надаватимуть Центру ТБ технічну допомогу через запрошення найкращих національних та міжнародних експертів та шляхом обміну досвідом.

ROUND 9 – Tuberculosis

4.10 Управління у сфері лікарських препаратів та товарів медичного призначення

4.10.1. Область дії заявки 9 раунду

Чи містить ця заявка запит на фінансування закупівель будь-яких фармацевтичних та/або інших товарів медичного призначення?	☐ Ні → <i>перейдіть до р. 4В (якщо це необхідно), або до р. 5.</i>
	☒ Так → <i>Продовжуйте відповідати на питання в розділі 4.10.2.</i>

4.10.2. Таблиця ролей та обов'язків

Надайте якомога більш детальну інформацію (наприклад, Міністерство охорони здоров'я може бути організацією, відповідальною за «Координацію», а його роль – «Основний реципієнт»). Якщо певна функція передається зовнішньому виконавцю, вкажіть це у другій колонці і дайте назву запланованого зовнішнього виконавця

Діяльність	Які організації та/або департаменти відповідають за цю функцію? (вказіть, чи це Міністерство охорони здоров'я, чи Департамент контролю за захворюваннями, чи Міністерство фінансів, чи неурядовий партнер, чи технічний партнер)	У цій заявці: якою є роль організації, що відповідає за цю функцію? (вказіть, чи це Основний реципієнт, субреципієнт, агент із закупівель, агент із зберігання, агент з управління поставками тощо)	Чи передбачає ця заявка фінансування для додаткового персоналу чи технічної допомоги
Політика і системи закупівель	Альянс IDA	Суб-реципієнт Агент із закупівель	☒ Так ☐ Ні
Права інтелектуальної власності	Альянс	Суб-реципієнт	☒ Так ☐ Ні
Забезпечення та контроль якості	Альянс IDA	Суб-реципієнт Агент із закупівель	☒ Так ☐ Ні
Управління та координація <i>Більш детально – у розділі 4.10.3.</i>	Альянс Центр ТБ БФ «Розвиток України»	Суб-реципієнт Суб-реципієнт <u>Основний реципієнт</u>	☒ Так ☐ Ні
Вибір товарів	Центр ТБ	Суб-реципієнт	☒ Так ☐ Ні
Інформаційні системи управління (ISU)	«Укрвакцина»	Суб-підрядник (зберігання та розподіл ліків)	☒ Так ☐ Ні
Прогнозування	Центр ТБ	Суб-реципієнт	☒ Так ☐ Ні

ROUND 9 – Tuberculosis

Закупівлі та планування	Альянс IDA	Суб-реципієнт Агент із закупівель	☒ Так ☐ Ні
Управління складами та інвентаризація <i>Більш детально – у розділі 4.10.4</i>	Альянс, Центр ТБ, ДП «Укрвакцина»	Суб-реципієнти, Субпідрядник зі зберігання та розподілу ліків	☒ Так ☐ Ні
Розподіл між іншими складами та кінцевими споживачами <i>More details required in s.4.10.4</i>	Альянс, Центр ТБ, ДП «Укрвакцина»	Субреципієнти, Субпідрядник зі зберігання та розподілу ліків	☒ Так ☐ Ні
Забезпечення раціонального використання та безпека пацієнта (фармнагляд)	Центр ТБ	Суб-реципієнт	☒ Так ☐ Ні

4.10.3. Попередній досвід управління

Яким досвідом управління у минулому володіє кожна організація, що буде керувати процесом закупівель, зберігання та контролю за розповсюдженням лікарських препаратів та товарів медичного призначення?

Назва організації	ОР, суб-реципієнт чи агент?	Загальна вартість закупівель протягом минулого звітного року (та ж валюта, що й на титульному листі заявки)
Альянс-Україна	Суб-реципієнт	8 565 000 доларів США
Національний центр ТБ	Суб-реципієнт	----
Фонд «IDA»	Субпідрядник для загальної закупівлі та забезпечення якості препаратів другого ряду	
Державне підприємство «Укрвакцина»	Субпідрядник зі зберігання та розподілу ліків	103 000 000 доларів США
<i>Використовуйте клавішу «Tab», щоб додати рядки в таблиці, якщо в управлінні цією діяльністю буде залучено більше чотирьох організацій</i>		

4.10.4. Узгодження з існуючими системами

Опишіть, якою мірою ця заявка використовує існуючі системи країни для управління додатковими запланованими заходами у сфері лікарських препаратів та товарів медичного призначення, включаючи фармацевтичний нагляд. Якщо чинні системи не використовуються, поясніть, чому.

Проект буде спрямований на посилення діагностики ТБ та запобігання і лікування ММС ТБ шляхом надання існуючій національній лабораторній мережі з ТБ діагностичного обладнання та витратних матеріалів, а також шляхом забезпечення протитуберкульозних диспансерів препаратами другого ряду. Крім того, протитуберкульозні клініки отримають системи інфекційного контролю та витратні матеріали.

ROUND 9 – Tuberculosis

Дана Заявка передбачає взаємодоповнююче функціонування існуючої в країні системи та впровадження цього проекту. Це означає, що стандартні національні процедури та ресурси будуть використані для відбору товарів, зберігання, розповсюдження, контролю якості та раціонального використання продукції. Зберігання та розподіл обладнання і витратних матеріалів планується організувати за допомогою державних систем (наприклад, потужностями ДП «Укрвакцина»).

Закупки медичних товарів будуть організовані згідно з правилами та нормативами проведення закупок Альянсу в Україні для забезпечення найефективнішого використання коштів, цілісності, прозорості; та ефективної міжнародної конкуренції.

Для того, щоб забезпечити звільнення від податків і зборів усі товари, закуплені коштом гранту ГФСТМ, Альянс планує застосувати ті ж правові схеми звільнення від податків, що були розроблені і використані ним в рамках рантів Глобального фонду 1 та 6 раундів.

«Комітет зеленого світла» (КЗС) є визнаним та рекомендованим механізмом забезпечення закупівлі якісних протитуберкульозних препаратів другого ряду за найкращою ціною. У звіті КЗС за 2007 рік зазначено, що Комітет затвердив проекти для 30 206 когорт хворих з ММС ТБ та 95 проектних заявок в усьому світі.

Фонд «IDA» - це агент із закупівель, якого було відібрано на конкурентній основі для постачання протитуберкульозних ліків другого ряду для проектів, затверджених КЗС. «IDA» має всі можливості для загальної (гуртової) закупівлі медичних препаратів, оперуючи власними системами забезпечення якості. Крім того, Альянс уже 4 роки успішно співпрацює з «IDA», який наразі виконує цілу низку контрактів з постачання.

4.10.5. Системи складування та розповсюдження

(а) Яка організація чи організації несуть першочергову відповідальність за зберігання та розповсюдження в рамках цієї заявки?	☒ Національні медичні склади чи їх еквівалент Державне підприємство « Укрвакцина» Адреса: 01021, м. Київ, вул. М. Грушевського, 7 E-mail: vaccine@iptelecom.net.ua E-mail: vaccine@i.kiev.ua Тел./ факс: +38 044 530-05-24, 501-39-95 База медичних препаратів – Київська обл., м. Обухів, вул. Каштанова, 61 А, Тел.: +38 04472 5-18-80
	☐ Субпідрядна національна організація(ї) <i>(вказіть)</i>
	☐ Субпідрядна міжнародна організація(ї) <i>(вказіть)</i>
	☐ Інше: <i>(вказіть)</i>
(b) Що стосується партнерів з питань зберігання, якою є потужність складських приміщень кожного підприємства для зберігання лікарських препаратів та товарів медичного призначення? Якщо ця заявка передбачає значні зміни в обсягах товарів для зберігання, вкажіть ці зміни у відсотках і поясніть, що планується зробити для збільшення потужності.	
Державне підприємство «Укрвакцина» має базу медичних препаратів, з двома складськими приміщеннями загальною площею 2 500 кв. м., які оснащені 13 холодильними камерами, загальною площею 500 кв.м. для зберігання медичних препаратів в умовах холодного режиму, який	

ROUND 9 – Tuberculosis

забезпечується стаціонарними холодильними установками, яків монтовані в спеціальні машинні відділення. База медичних препаратів оснащена автономним енергозабезпеченням. Матеріально-технічна база ДП «Укрвакцина» відповідає рівню стандартів акредитації..

- (с) Що стосується партнерів з питань розповсюдження, якою є їхня **чинна спроможність розповсюдження** лікарських препаратів та товарів медичного призначення? Якщо ця заявка передбачає значні зміни в обсягах товарів для розповсюдження чи територій розповсюдження, вкажіть ці зміни у відсотках і поясніть, що планується зробити для збільшення спроможності.

ДП «Укрвакцина» володіє спеціалізованим автотранспортом: 11 автомобілів, а саме авторефрижератори «Сканія» (вантажопідйомністю 10 тонн), машини з ізотермічними кузовами (вантажопідйомністю до 5 тонн).Всі автомобілі сертифіковані Укрметртрестстандартом.

4.10.6. Лікарські препарати та товари медичного призначення на перші два роки

Заповніть **«Додаток В – Туберкульоз»** до цієї **Форми заявки** і вкажіть усі лікарські препарати та товари медичного призначення, фінансування на закупку яких передбачається у даній Заявці.

Також включіть дані щодо очікуваної вартості одиниці продукції та інформацію про існуючі «Стандартні принципи лікування» (СПЛ). **Однак**, якщо препарати, включені в «Додаток В – Туберкульоз» не включені в дійсні списки національних СПЛ, СПЛ, що використовуються в інституціях, та СПЛ Всесвітньої організації охорони здоров'я, або Переліки основних лікарських засобів (Essential Medicines Lists – «EML»,

Див. «Додаток В – Туберкульоз»

4.10.7. Multi-drug-resistant tuberculosis

Чи передбачає ця Заявка з туберкульозу забезпечення лікування ТБ з множинною медикаментозною стійкістю?

☒ Так

Включіть в бюджет суму в 50 000 доларів США на рік на весь термін заявки для оплати послуг Секретаріату Комітету зеленого світла.

Коштом гранту планується закупити 10 найменувань протитуберкульозних препаратів другого ряду через механізм КЗС. Наразі з 10 найменувань ліків з пропонуваннях КЗС/GDF лише два зареєстровані в Україні. Процес реєстрації буде ініційовано у разі позитивного рішення ГФСТМ стосовно української заявки 9 раунду. Основний реципієнт за підтримки двох головних суб-реципієнтів (Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні та Національний центр боротьби з ТБ) нестимуть відповідальність за реєстрацію решти 8 найменувань препаратів. Цей процес планується завершити до кінця року 1 першого етапу програми. В найкращому випадку лікування ММС ТБ може розпочатися лише всередині року 2 першого етапу програми. Кошти для оплати послуг КЗС включено до бюджету заявки.



Ні

Не включайте такі витрати

ROUND 9 – Tuberculosis

4B. PROGRAM DESCRIPTION – HSS CROSS-CUTTING INTERVENTIONS

Optional section for applicants

SECTION 4B CAN ONLY BE INCLUDED IN ONE DISEASE IN ROUND 9 *and only if*:

- *The applicant has identified gaps and constraints in the health system that have an impact on HIV, tuberculosis and malaria outcomes;*
- *The interventions required to respond to these gaps and constraints are 'cross-cutting' and benefit more than one of the three diseases (and perhaps also benefit other health outcomes); and*
- *Section 4B is not also included in the HIV or malaria proposal*

Read the [Round 9 Guidelines](#) to consider including HSS cross-cutting interventions.

'Section 4B' can be downloaded from the Global Fund's website [here](#) if the applicant intends to apply for 'Health systems strengthening cross-cutting interventions' ('HSS cross-cutting interventions').

ROUND 9 – Tuberculosis

5. ЗАЯВКА НА ФІНАНСУВАННЯ

5.1. Аналіз фінансових прогалин – туберкульоз

→ Резюме даних, наданих у таблиці нижче, повинна бути пояснена у розділах 5.1.1 – 5.1.3 нижче.

Аналіз фінансових прогалин (у валюті, вказаній на титульному листі заявки)								
Примітка → За необхідності змініть в шапках таблиць календарні роки на фінансові (наприклад, ФР, що закінчується в 2008) для забезпечення відповідності з національними періодами планування та фінансової звітності								
	Реальні		Заплановані		Прогнозовані			
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Фінансування програми з туберкульозу повинно забезпечити комплексні послуги з діагностики, лікування, догляду та підтримки для цільових груп населення								
Рядок А → Річні суми	132 116 701	113 965 681	113 965 681	113 965 681	113 965 681	113 965 681	113 965 681	113 965 681
Рядок А.1 → Загальні потреби на весь період заявки на фінансування 9 раунду						(сукупна загальна потреба протягом усього терміну дії заявки 9 раунду) 569 828 405		
Існуючі та майбутні ресурси для забезпечення фінансових потреб								
Внутрішнє джерело В1: позики та списання боргу (вказіть назву джерела)	4 579 966	465 687						
Внутрішнє джерело В2 Національні фінансові ресурси	118 442 469	40 434 234	20 670 532	31 080 509	31 080 509	31 080 509	31 080 509	31 080 509
Внутрішнє джерело В3 Внески приватного сектора (національного)	1 063 535	4 091 235	1 173 975	1 300 000	2 100 000	1 000 000		
Всього за Рядками В → Всього існуючих та запланованих ВНУТРІШНІХ ресурсів (включаючи списання боргу):	124 085 970	44 991 156	21 844 507	32 380 509	33 180 509	32 080 509	31 080 509	31 080 509
Зовнішнє джерело С 1 (вказіть назву джерела)	1 000 000	2 138 000	3 397 169	3 343 299				

ROUND 9 – Tuberculosis

Аналіз фінансових прогалин (у валюті, вказаній на титульному листі заявки)								
Примітка → За необхідності змініть в шапках таблиць календарні роки на фінансові (наприклад, ФР, що закінчується в 2008) для забезпечення відповідності з національними періодами планування та фінансової звітності								
	Реальні		Заплановані		Прогнозовані			
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Зовнішнє джерело С2 (вказіть назву джерела)								
Зовнішнє джерело С3 Внески приватного сектору (міжнародного)								
Всього за рядками С → Всього існуючих та запланованих ЗОВНІШНІХ ресурсів (за виключенням грантів Глобального фонду):	1 000 000	2 138 000	3 397 169	3 343 299				
В рядку D вставте додаткові рядки для кожного окремого гранту Глобального фонду. Це дозволить вам показати інформацію про різні гранти Глобального фонду.								
Рядок D: Річна вартість усіх дійсних грантів Глобального фонду за тим же захворюванням: Включіть суми непідписаного Етапу 2 у якості «запланованих» у відповідні роки								
Рядок E → Всього існуючих та запланованих ресурсів (наприклад, Рядок E = Всього Рядок B + Всього Рядок C + Всього Рядок D)	125 085 970	47 129 156	25 241 676	35 723 808	33 180 509	32 080 509	31 080 509	31 080 509
Розрахунок прогалин у фінансових ресурсах та коротких опис усього запитуваного фінансування в рамках 9 раунду (надати обґрунтування у «Детальному бюджеті»)								
Рядок F → Загальна величина фінансових прогалин (наприклад, Рядок F = Рядок A – Рядок E)	7 030 731	66 836 525	88 724 005	78 241 873	80 785 172	81 885 172	82 885 172	82 885 172

ROUND 9 – Tuberculosis

Аналіз фінансових прогалин (у валюті, вказаній на титульному листі заявки)								
Примітка → За необхідності змініть в шапках таблиць календарні роки на фінансові (наприклад, ФР, що закінчується в 2008) для забезпечення відповідності з національними періодами планування та фінансової звітності								
	Реальні		Заплановані		Прогнозовані			
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Рядок G = Запит на фінансування на протидію ТБ в рамках 9 раунду (та ж сума, що вказана в таблиці 5.3 стосовно цього захворювання)				11 548 774	23 035 431	19 676 733	24 335 615	24 863 065

Частина Н – Розрахунки «розподілу витрат» для кандидатів з країн з доходами нижче середнього та вище середнього	
В 9 раунді загальна максимальна сума запиту на фінансування щодо туберкульозу в Рядку G становить:	
(a) Для країн з рівнем доходів нижче середнього, це сума загального внеску Глобального фонду (усі гранти) в національну програму, що не перевищує 65% від фінансових потреб країни щодо цього захворювання на весь термін дії заявки; (b) Для країн з рівнем доходів вище середнього, це сума загального внеску Глобального фонду (усі гранти) в національну програму, що не перевищує 35% від фінансових потреб країни щодо цього захворювання на весь термін дії заявки.	
Рядок Н → Розрахунок «Розподілу витрат» у процентному співвідношенні (%) від загального фінансування з боку Глобального фонду	
Розподіл витрат = $\frac{\text{Всього Рядок D за період 2010-2014 рр.} + \text{Всього Рядок G}}{\text{Рядок A.1}} \times 100$	$(0 + 103\,459\,619) \times 100 / 569\,828\,405 = 18 \%$

ROUND 9 – Tuberculosis

5.1.1. Пояснення фінансових потреб – РЯДОК А у таблиці 5.1

Поясніть, як ці щорічні суми були:

- розраховані (наприклад, національні стратегії витрат, середньострокові схеми витрат (CCB), інше); та
- передбачені в бюджеті, щоб забезпечити включення урядових, неурядових та громадських потреб з метою повної реалізації програми і стратегії країни з туберкульозу.

Спочатку кошторис Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011 роках розробленої в 2006 році складав 587 мільйонів доларів США (по курсу долара США на 2007 рік) на 5 років.

В бюджет закладено кошти, які за попередньою оцінкою складають вартість відповіді України на туберкульоз, проте в бюджет програми не включено вклад неурядового сектору та зовнішніх донорів. Відповідно загальна вартість прорахована неповністю.

Наразі загальна сума Національної відповіді по ТБ включаючи всі потреби, затрати та вклад всіх залучених партнерів не доступна та не оновлена. Проте для обрахунку індикатора вкладу кожної сторони було погоджено використати закладені та вже прораховані фінансові затрати Національної ТБ Програми на 2007-2011 роки та екстраполювати ці прорахунки до 2014 року.

У зв'язку із збільшенням дефіциту бюджетних ресурсів і загострення кризових проявів у економіці, фінансування програми з протидії на захворювання туберкульоз в Україні з державного бюджету у 2009 і 2010 роках буде значно скорочено порівняно з 2008 роком.

Найбільші вклади у контроль за туберкульозом від НУО надає Благодійний фонд Ріната Ахметова «Розвиток України» та міжнародна організація USAID. Фактичні та заплановані витрати цих організацій на заходи у сфері протидії туберкульозу показані в рядку В та С.

Таким чином, у результатів відношення потреб і планових/фактичних сум фінансування, можна зробити висновок, що виділене фінансування на подолання такої масштабної проблеми як захворюваність туберкульозом в Україні дійсно недостатньо на даний момент. І ресурсів на вирішення цієї проблеми в Україні немає. Індикатор розподілення витрат ще раз підтверджує серйозну недостачу ресурсів необхідних для вирішення проблеми на державному рівні.

5.1.2. Внутрішнє фінансування – РЯДКИ В в таблиці 5.1

Поясніть процеси, що використовувалися в країні, щоб:

- встановити пріоритетність внутрішніх фінансових внесків до національної програми з туберкульозу (включаючи НІРС [Ініціатива найбільш бідних країн з найбільшою заборгованістю] та інші механізми списання боргу, кошти грантів та позик, що поступають через національний бюджет); та
- гарантувати ефективне, прозоре та неупереджене використання внутрішніх ресурсів з метою сприяння реалізації стратегії з лікування, діагностики, догляду та підтримки на національному та субнаціональному рівнях та на рівні громад.

Закон про Загальнодержавну Програму протидії захворюванню на туберкульоз був ухвалений 7 лютого 2007 р Верховною Радою України після дотримання відповідних процедур щодо розгляду. Він доповнюється суттєвим фінансуванням, виділенням для боротьби з туберкульозом на регіональному рівні та покриває зарплатню медичних працівників, розхідні матеріали, утримання інфраструктури, а також деякі медичні препарати.

Витрати національного бюджету в галузі охорони здоров'я контролюються Казначейством та Тендерним Комітетом МОЗ. Більш того, МОЗ підлягає регулярному аудиту з боку Рахункової Палати Верховної Ради України та Контрольно-ревізійного Підрозділу Міністерства Фінансів. Звіти Рахункової Палати публікуються. Технічні директиви, що впливають на ефективність та об'єктивність використання фінансування, надаються МОЗ, а якщо в цьому є необхідність – у формі наказу, затвердженого Кабінетом Міністрів України.

ROUND 9 – Tuberculosis

5.1.3. Зовнішнє фінансування за виключенням Глобального фонду – РЯДКИ С в таблиці 5.1

Дайте пояснення будь-яких змін у внесках, що очікуються впродовж терміну дії заявки (і причини будь-яких уже відомих скорочень зовнішніх ресурсів у часі). Поясніть будь-які існуючі затримки у доступі до зовнішнього фінансування, визначені у таблиці 5.1 (включаючи причини таких затримок та плани вирішення відповідних проблем).

Проект Світового Банку закінчився в 2008 році й не продовжився.

5.2 Детальний бюджет

Рекомендовані кроки заповнення розділу щодо бюджету:

1. Подайте детальний бюджет заявки у якості пронумерованого Додатку в форматі *Microsoft Excel*. Якщо це можливо, використовуйте ту ж нумерацію для статей бюджету як і в описанні програми.
 - **ДЛЯ ОТРИМАННЯ ІНСТРУКЦІЙ ЩОДО БАЖАНОГО РІВНЯ ДЕТАЛІЗАЦІЇ** (або використання шаблону, якщо в країні немає існуючої детальної схеми складання бюджету) **див. інформацію щодо бюджету за наступним посиланням:** <http://www.theglobalfund.org/en/rounds/9/single/#budget>
2. Переконайтеся, що детальний бюджет відповідає детальному плану роботи програми.
3. На основі детального бюджету, підготуйте «Зведену інформацію щодо Завдань та сфер надання послуг» (р.5.3.)
4. На основі цього ж детального бюджету, підготуйте «Зведену інформацію за категоріями витрат» (р.5.4.)
5. Не включайте інформацію про будь-які поточні витрати ККМ або суб-ККМ в 9 раунді. Тепер можна отримати таку фінансову допомогу, підготувавши окрему заявку на фінансування безпосередньо до Глобального фонду (кошти на це не надаються через гранти). Форму заявки можна отримати за адресою: <http://www.theglobalfund.org/en/ccm/>

ROUND 9 – Tuberculosis

5.2.

Номер завдання	Сфера надання послуг (Використовуйте ту ж нумерацію, що в опису програми в п. 4.5.1.)	Рік 1	Рік 2	Рік 3	Рік 4	Рік 5	Всього
1	СНП: Покращення діагностики	544 756	10 183 116	887 614	514 588	569 758	12 699 831
2	СНП: Розширення доступу до високоякісних послуг з ДОТС для уразливих груп	3 238 138	5 301 439	5 234 773	5 748 836	3 698 818	23 222 004
2	СНП: Спрямувати зусилля на виклики, пов'язані з ММС-ТБ	670 957	1 130 407	6 841 735	11 547 735	14 795 062	34 985 897
2	СНП: ТБ/ВІЛ ко-інфекція	1 656 932	647 093	1 208 676	1 202 929	1 206 594	5 922 224
3	СНП: Лідерство та управління у галузі протидії туберкульозу	693 354	971 969	945 827	957 067	986 954	4 555 171
3	СНП: ПСОЗ щодо системи моніторингу і оцінки	1 292 829	573 857	494 634	473 010	426 470	3 260 799
3	СНП: ПСОЗ у галузі розвитку робочої сили	228 752	369 157	121 923	65 328	44 784	829 945
4	СНП: Адвокація, Комунікація і Соціальна мобілізація (АКСМ)	1 345 653	2 126 509	2 225 741	2 084 261	1 385 786	9 167 950
	СНП: Програмний менеджмент та адміністративні витрати	1 877 402	1 731 885	1 715 811	1 741 862	1 748 838	8 815 798
Заявка на фінансування (9 раунд, ТБ):		11 548 774	23 035 431	19 676 733	24 335 615	24 863 065	103 459 619

ROUND 9 – Tuberculosis

5.3. Зведена інформація детального бюджету за категоріями витрат *(Зведену інформацію у цій таблиці необхідно пояснити в розділах 5.4.1 – 5.4.3 нижче)*

Використовуйте категорію «Інше» тільки якщо це необхідно – див. [Принципи підготовки заявок на фінансування – 9 раунд](#)

	<i>(у валюті, вказаній на титульному листі Форми заявки)</i>					
	Рік 1	Рік 2	Рік 3	Рік 4	Рік 5	Всього
Кадрові ресурси	1 965 909	2 200 062	2 251 901	2 264 493	2 147 493	10 829 858
Технічна та адміністративна допомога	1 111 042	1 879 220	2 400 517	2 917 598	1 816 621	10 124 998
Навчання	1 024 882	2 555 371	1 926 908	1 406 901	1 184 786	8 098 847
Товари та обладнання медичного призначення	199 454	7 649 721	406 482	488 109	509 904	9 253 670
Фармацевтична продукція (медикаменти)	26 743	496 378	3 753 900	7 675 349	9 651 905	21 604 274
Витрати на управління закупівлями та поставками	56 030	475 654	392 321	735 122	907 714	2 566 841
Інфраструктура та інше обладнання	1 082 466	436 165	1 299 877	1 306 955	1 319 302	5 444 764
Інформаційні матеріали	573 958	720 414	611 037	617 003	326 430	2 848 842
Моніторинг та оцінка	323 080	274 123	287 470	319 932	262 282	1 466 888
Підтримка життя клієнтів/цільових груп населення	1 083 944	1 831 721	1 897 988	2 038 690	2 206 952	9 059 296
Планування та адміністрування	3 714 374	4 074 387	4 022 768	4 117 213	4 077 986	20 006 728
Накладні витрати	386 892	442 216	425 566	448 249	451 689	2 154 612
Інше: <i>(За необхідності використовуйте відповідно до національних категорій бюджетного планування)</i>						
Заявка на фінансування – 9 раунд, туберкульоз <i>(Річні підсумкові цифри повинні співпадати з величинами у таблиці 5.2)</i>	11 548 774	23 035 431	19 676 733	24 335 615	24 863 065	103 459 619

ROUND 9 – Tuberculosis

5.4.1. Загальний бюджетний контекст

Коротко поясніть будь-які значні відмінності у категоріях витрат за роками, або значні підсумкові суми за п'ять років за цими категоріями.

Немає суттєвих змін крім тих, які передбачаються на початку будь-якого проекту, розрахованого кілька років.

5.4.2. Кадрові ресурси

У випадках, якщо витрати на «кадрові ресурси» становлять значну частину бюджету, коротко поясніть: (i) підґрунтя для розрахунку бюджету на перші два роки; (ii) метод розрахунку очікуваних витрат з третього по п'ятий рік; та (iii) якою мірою затрати на кадрові ресурси покращать процес надання послуг.

(Корисна інформація, що підтверджує припущення, викладені в детальному бюджеті, може включати в себе: перелік запропонованих посад, що відповідає прогнозованими цифрами робочих годин та зарплат і таке інше, включений в детальний бюджет; та частка (у процентному відношенні) часу, яка витрачатиметься для роботи за цією заявкою.

→ *Надайте додаткову інформацію у якості додатку з відповідною назвою та номером*

На людські ресурси передбачена важлива частина бюджету.

(i) Бюджет програми на перші два роки передбачає затрати на заробітну платню співробітників основного реципієнта (програмних та фінансово-адміністративних), які будуть задіяні в реалізації програми ГФ. На етапі планування був розроблений проект організаційної структури основного реципієнта (Додаток 44 – органограма розширення структури ОР), який передбачає необхідне розширення штату за рахунок створення нових робочих місць та набору персоналу на перших етапах реалізації програми в Україні. Такі витрати по штатним співробітникам основного реципієнта включають зарплатню, соціальний пакет, витрати на навчання, розвиток персоналу та розраховуються на підставі наступних принципів:

- діючого штатного розкладу для існуючих співробітників, які будуть включені в реалізацію програми ГФ на постійній або ж частковій основі;
- попередньо затвердженої сітки заробітної платні для нових штатних одиниць.

Дані документи не додаються до Заявки з огляду на конфіденційність їх змісту, але можуть бути надані основним реципієнтом по запиті. При цьому, як існуючий рівень оплати праці персоналу основного реципієнта, так і попередньо розроблена сітка заробітної платні для нових співробітників формувались відповідно до діючих тенденцій попиту та пропозицій на ринку праці в неприбутковому секторі.

Витрати на персонал, що не відносяться прямо до виконання визначених видів програмних активностей та діяльності (фінансово-адміністративний і загально-управлінський персонал) в бюджеті, визначали виходячи із запланованого процента участі кожного співробітника в реалізації програми. Даний процент знаходиться в діапазоні 17%-53% від штатного окладу. Детальна інформація по трудовим ресурсам може бути надана по запиті.

(ii) Метод розрахунку зарплатні персоналу основного реципієнта на наступні три роки імплементації програми аналогічний розрахункам на першу фазу (перших два роки) – виходячи з діючих ставок та запланованої сітки по заробітній платні для всіх співробітників організації. Згідно з прийнятою практикою та запланованими політиками по персоналу, одним з принципів бюджетування довгочасної програми являється розрахунок заробітної платні з урахуванням загального зростання зарплатного фонду організації на 5% в рік, що відображено в розрахунках по заробітній платні на 5 років імплементації програми.

В цьому періоді також планується провести дослідження ринку праці неприбуткового сектора для

ROUND 9 – Tuberculosis

оптимізації наявних тарифних моделей оплати праці персоналу. Дані, отримані в ході дослідження будуть відображені в комплексному перегляді умов оплати праці з метою гармонізації та оптимізації, і повинні покриватись плановим збільшенням фонду оплати праці, що вище описаний.

(iii) Ефективність роботи персоналу знаходиться в тісному зв'язку з витратами на персонал. Адекватні затрати трудових витрат на персонал дозволяють покращити якість надання послуг всім цільовим групам, на які орієнтована програма. Залучення кваліфікованих, досвідчених та всебічно підготовлених кадрів підвищить ефективність реалізації програми та відкриє перспективи подальшого впровадження подібного добродійного досвіду. Для управління випадками з уразливими пацієнтами, хворими, що відкріпились від постійного місця лікування, а також іншими випадками, пов'язаними з безпосереднім лікуванням туберкульозу, планується створення різноманітних за складом спеціалізованих команд із залученням трудових ресурсів суб-рецепієнтів, кваліфікація і мотивація яких також відіграє значну роль в подоланні епідемії туберкульозу на Україні.

5.4.3. Інші суттєві статті витрат

Якщо інші «категорії витрат» становлять значну частину у підсумковому розділі таблиці 5.4, (i), підґрунтя для розрахунку цих цифр. Також вкажіть, яким чином цей внесок є важливим для впровадження національної програми з ТБ.

→ *Надайте додаткову інформацію у якості додатку з відповідною назвою та номером*

Окрім графі «Людські ресурси», інші три важливі категорії витрат «Товари та обладнання медичного призначення», «Тренінги» та «Інфраструктура та інше обладнання».

«Товари та обладнання медичного призначення» фінансує закупку лабораторного обладнання і медичних товарів для бактеріологічної діагностики, а також EQA для лабораторної мережі; витратні матеріали для лабораторної мережі; контейнери для перевезення зразків; ультрафіолетові лампи для медичних закладів і лабораторій з ТБ; засоби індивідуального захисту в закладах і лабораторіях з ТБ. Для додаткової інформації, будь ласка, дивіться таблиці бюджету.

«Інфраструктура та інше обладнання» фінансує закупку офісного обладнання та встановлення. Закупки медичного обладнання, розхідних матеріалів та офісного обладнання для лабораторій та закладів лікування ТБ вважаються надзвичайно важливими для надання ефективних послуг з діагностики та інфекційного контролю. Відповідно обладнані кімнати для освіти пацієнтів забезпечать високу якість освітніх матеріалів для пацієнтів та їхніх родичів з питань, пов'язаних із ТБ та ВІЛ для підвищення їхньої прихильності до діагностики та лікування. Забезпечення Національного Реєстру ТБ ПК та копіювальною технікою дозволить поводити регулярну звітність, моніторинг та оцінку інтервенцій, пов'язаних з ТБ, по всій країні.

Категорія витрат «Тренінги» покриє комплексну освіту для лабораторних спеціалістів з EQA, культури та тестування чутливості до ліків (ТЧЛ); для команд управління випадком для інтегрованого підходу до надання послуг; для медичних працівників, що працюють з ТБ в рамках стратегії Стоп ТБ, освіти пацієнтів, тестування та консультування з ВІЛ, та ММС-ТБ; для соціальної мобілізації та підтримки медичних сестер і волонтерів щодо стратегії Стоп ТБ; для лікарів загальної практики щодо стратегії Стоп ТБ; для управлінців сфери охорони здоров'я з планування, менеджменту, моніторингу та оцінки програм з ТБ; для команд нагляду (підрозділи моніторингу та оцінки) з моніторингу та оцінки; для закладів стратегії Стоп ТБ; для громадських лідерів; для журналістів. Передбачається, що такий широкий підхід забезпечить потужний розвиток потенціалу всіх зацікавлених сторін, залучених до подолання епідемії з ТБ. Деталі підрахунку цієї категорії витрат представлені у бюджеті.

5.5. Заявки на фінансування у контексті системи спільного фінансування

У цьому розділі **система спільного фінансування** означає ситуації, при яких усе фінансування здійснюється через спільний фонд для подальшого розподілу коштів між партнерами-виконавцями.

Не заповнюйте цей розділ, якщо в країні об'єднуються, наприклад, зусилля у галузі закупівель, а решта фінансування адмініструється окремо.

ROUND 9 – Tuberculosis

5.5.1. Робочий стан системи спільного фінансування

Коротко опишіть основні характеристики системи спільного фінансування, включаючи назву фонду, завдання, структуру управління та ключових партнерів.

→ У якості додатку до заявки з назвою та номером, надайте Меморандум про взаєморозуміння, процедури спільного Моніторингу та оцінки, останній річний огляд, процедури звітності, список ключових партнерів і таке інше

Н/З

5.5.2. Вимірювання результативності

З якою періодичністю система спільного фінансування вимірює результати роботи програми? Поясніть, чи впливає результативність програми на фінансові внески у спільний фонд.

Н/З

5.5.3 Доповненість заявки Глобального фонду

Поясніть, як фінансування, запит на яке міститься у цій Заявці (якщо буде затверджене) сприятиме досягненню проміжних та кінцевих результатів, які у протилежному випадку досягти б не вдалося, шляхом використання ресурсів, доступних на сьогодні, або що будуть доступні для системи спільного фінансування.

Якщо спільний фонд зосереджується не тільки на протидії туберкульозу, кандидати повинні пояснити процес, що забезпечить спрямованість фінансових ресурсів на вплив на кінцеві результати у сфері туберкульозу протягом усього терміну дії заявки.

Н/З

5B. ЗАПИТ НА ФІНАНСУВАННЯ – НАСКРІЗНІ ВТРУЧАННЯ ЗСОЗ

Подача заявки на фінансування наскрізних втручань для ЗСОЗ в 9 раунді є опцією

РОЗДІЛ 5B МОЖНА ВКЛЮЧИТИ ТІЛЬКИ в ОДНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ В РАМКАХ РАУНДУ 9, і тільки якщо це захворювання включає програмний опис кандидатом наскрізних втручань для ЗСОЗ в розділі 4B.

Прочитайте [Принципи підготовки заявок на фінансування – 9 раунд](#) для розгляду питання щодо необхідності включення наскрізних втручань для ЗСОЗ

Завантажте «Розділ 5B» з сайту Глобального фонду [ТУТ](#), якщо кандидат має намір подати заявку щодо «наскрізних втручань для зміцнення систем охорони здоров'я» («Наскрізні втручання для ЗСОЗ») в рамках 9 раунду, і заповнює Розділ 4B та включив його в розділи Заявки щодо туберкульозу.

Контрольний список – Розділ 1 та 2

Розділ 3 та 4: Опис програми		Вкажіть назву та номер Додатку
4.1	Додаткова інформація щодо Національної стратегії	Додаток 23, Раунд 8
4.2.1	Карта, якщо заявка спрямована на конкретний регіон/групу населення	Див. 4.2.1
4.3.2	Останні звіти щодо слабких сторін та прогалин, які негативно впливають на результати стосовно трьох хвороб (та виходять за їх межі).	Додаток 1 Додаток 4 Додаток 29
4.4	Документ(и), що пояснюють цілі охоплення	Див. 4.2.1 та інформацію у цьому пункті
4.5.1	Заповнений Додаток А «Система ефективної роботи» за кожною хворобою Див. Методичні рекомендації з МіО для заповнення цієї таблиці	Додаток А
4.5.1	Детальний план роботи за кожним компонентом (поквартально для перших двох років та річний для років 3, 4 і 5).	План роботи
4.5.2	Копія Форми оцінки Групи технічного огляду (ГТО) незатверджених заявок в рамках 7 або 8 раунду (якщо застосовується).	Додаток 46
4.8.1	Останній звіт за оцінкою «Системи вимірювання впливу» стосовно заявки (якщо така існує)	Н/З
4.9.1	Остання оцінка потенціалу Основного реципієнта (окрім «Звіту про виконання грантів Глобального фонду»).	Додаток 19 Додаток 20 Додаток 21
4.9.1 <i>(for non-CCM applicants)</i>	Document describing the organization such as: official registration papers, summary of recent history of organization, management team information	Н/З
4.9.2	Список уже визначених субреципієнтів (назва, сектор, який вони представляють, та СНП, якій відповідає їхня діяльність у період дії заявки)	Додаток 43
4.10.6	Заповнений «Список медичних препаратів та товарів медичного призначення» щодо кожного захворювання (якщо застосовується).	Додаток В
Розділ 4В: Наскрізні втручання для ЗСОЗ (одна для пропозиції країни)		Вкажіть назву та номер Додатку
4В.2	Окремо заповнений додаток «Система ефективної роботи» щодо наскрізних втручань для ЗСОЗ (або додайте окремий робочий лист до «Системи ефективної роботи» стосовно захворювання, до	Н/З

Контрольний список – Розділ 1 та 2

	якого включений розділ 4В) Див. Методичні рекомендації з МіО для заповнення цієї таблиці.	
4В.2	Детальний окремий План роботи щодо наскрізних втручань для ЗСОЗ (або додайте окремий робочий лист до Плану роботи стосовно захворювання, до якого включений розділ 4В) (поквартально для перших двох років та річний для років 3, 4 і 5).	Н/З
Розділ 5: Фінансова інформація		Вкажіть назву та номер Додатку
5.2	«Детальний бюджет» (поквартально для перших двох років та річний для років 3, 4 і 5)	Детальний бюджет
5.4.2	Інформація про засади розрахунку бюджету та діаграма, та/або перелік кадрових ресурсів, які планується залучити і фінансувати коштом заявки (якщо застосовується)	Додаток 44
5.4.3	Інформація про основи вартості значних категорій витрат	Н/З
5.5.1 (якщо застосовується система спільного фінансування)	Документація, що описує функціонування системи спільного фінансування	Н/З
5.5.2 (якщо застосовується система спільного фінансування)	Найостанніша оцінка діяльності системи спільного фінансування	Н/З
Розділ 5В: Фінансові дані щодо наскрізних втручань для ЗСОЗ		Вкажіть назву та номер Додатку
5В.1	Окремо заповнений «Детальний бюджет» щодо наскрізних втручань для ЗСОЗ (або додайте окремий робочий лист до «Детального бюджету» стосовно захворювання, до якого включений розділ 4В). Поквартально для перших двох років та річний для років 3, 4 і 5).	Н/З
5В.4.2	Інформація про засади розрахунку бюджету та діаграма, та/або перелік кадрових ресурсів, які планується залучити і фінансувати коштом заявки (якщо застосовується)	Н/З
5В.4.3	Інформація про основи вартості значних категорій витрат	Н/З
Інші документи, що додаються кандидатом і стосуються розділів 3, 4 та 5 цієї заявки:		Вкажіть назву та номер Додатку
Attachment B	Procurement and treatment list	Додаток 47