

ОЦЕНКА УСТОЙЧИВОСТИ ПРОГРАММ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ АГОНИСТАМИ ОПИОИДОВ (ПТАО)

*РУКОВОДСТВО ПО ПРОВЕДЕНИЮ ОЦЕНКИ В КОНТЕКСТЕ ПЕРЕХОДА ОТ
ДОНОРСКОЙ ПОДДЕРЖКИ К НАЦИОНАЛЬНОМУ ФИНАНСИРОВАНИЮ*

Подготовка настоящего Руководства была инициирована Евразийской ассоциацией снижения вреда с целью предоставления странам подхода и инструментов для оценки прогресса в достижении устойчивости программ поддерживающей терапии агонистами опиоидов в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию. Документ разработан на основе предыдущих рамочных концепций, а также опыта проведения оценки устойчивости и готовности к переходу в сферах ВИЧ, туберкулеза, малярии и снижения вреда. В отличие от других инструментов, настоящее руководство сфокусировано на проведении углубленного анализа устойчивости одной конкретной интервенции – поддерживающей терапии агонистами опиоидов – и, в частности, ее программных компонентов, и в значительной степени опирается на международную политику и программные рекомендации, касающиеся поддерживающей терапии агонистами опиоидов. В начале 2020 года методология и инструменты были апробированы в трех странах региона Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА): Беларуси, Таджикистане и Украине. Данная публикация доступна на английском и русском языках.

Евразийская ассоциация снижения вреда хотела бы выразить благодарность группе экспертов, включая наших партнеров в странах, которые провели пилотирование методологии. Их критические замечания и рекомендации стали существенным вкладом в подготовку и доработку настоящего Руководства:

Алексей Кралько (независимый консультант, канд. мед. наук, Беларусь)

Алишер Латыпов (независимый консультант, Таджикистан)

Анна Довбах (Евразийская ассоциация снижения вреда)

Аннетт Верстер (Всемирная организация здравоохранения, Швейцария)

Валентин Семенов (Международная сеть людей, употребляющих наркотики, Великобритания)

Генчи Муколлари (Общественная организация «Aksion Plus», Албания)

Елена Кучерук (Международный фонд «Возрождение», Украина)

Кэтрин Кук, Ольга Шуберт, Эмили Роу и Сэм Ширли-Бивен (Harm Reduction International, Великобритания)

Палани Нараянан (Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Швейцария)

Сергей Дворяк и Александр Зезюлин (Украинский институт исследований политики общественного здоровья, Украина)

Шона Шоннинг (независимый консультант)

Настоящее Руководство подготовлено, написано и обновлено консультантом Раминтой Штуйките и Иваном Варенцовым, Евразийская ассоциация снижения вреда.

Финансовая поддержка для подготовки данного руководства была предоставлена Фондом ООН в области народонаселения (ЮНФПА), а также в рамках механизма технической поддержки Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС).

Рекомендуемый формат цитирования: Штуйките Р., Варенцов И. Оценка устойчивости программ поддерживающей терапии агонистами опиоидов (ПТАО). Руководство по проведению оценки в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию. Вильнюс, Литва; Евразийская ассоциация снижения вреда, 2020.

Публикация доступна на сайте <https://harmreductioneurasia.org/ru/oat-sustain-method/>

Контактное лицо:

Иван Варенцов

Советник ЕАСВ по вопросам устойчивости и перехода

Verkių g. 34B, офіс 701 LT-08221, Вильнюс, Литва

ivan@harmreductioneurasia.org

@EHRA2017

© Раминта Штуйките, Иван Варенцов, Евразийская ассоциация снижения вреда, 2020.

При использовании любых фрагментов данной публикации ссылка на источник обязательна.

Если вы хотели бы использовать публикацию полностью, запросите разрешение на ее использование у ЕАСВ.

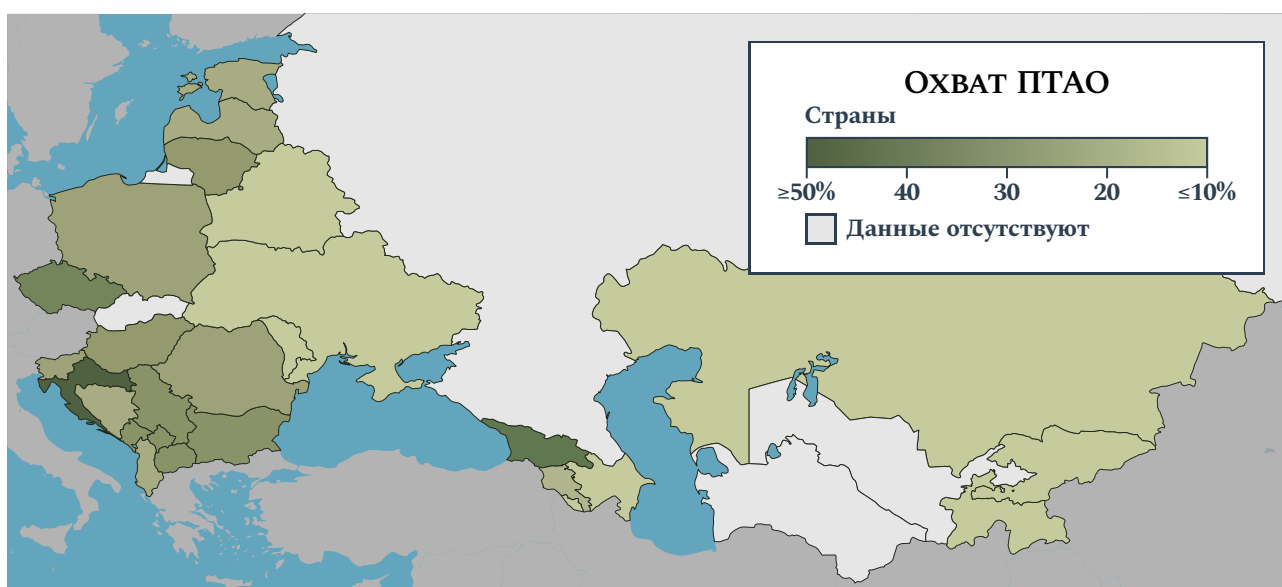
Спасибо.

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	4
РАЗДЕЛ 1: РАМОЧНАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ	8
1.1 Основные концепции	9
1.2 Зачем нужна новая рамочная концепция?	11
1.3 Концептуализация предлагаемого подхода к оценке устойчивости программ ПТАО	13
1.4 Рамочная концепция оценки устойчивости ПТАО	15
1.5 Оценка по тематическим областям, индикаторам и контрольным показателям	18
РАЗДЕЛ 2: РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ НАЦИОНАЛЬНЫХ ОЦЕНОК	20
2.1 Подготовка	21
2.2 Описание проведения оценки	24
2.2.1 Основные концепции	24
2.2.2 Проведение интервью с ключевыми информантами и фокус-групп ...	33
2.3 Подготовка отчета и рекомендаций	34
2.4 Распространение рекомендаций и планирование их выполнения	35
РАЗДЕЛ 3: ПРИЛОЖЕНИЯ И ИНСТРУМЕНТЫ	37
ПРИЛОЖЕНИЕ 1: Список сокращений	37
ПРИЛОЖЕНИЕ 2: Обзор рамочных концепций и инструментов, используемых для оценки перехода и устойчивости программ в сфере ВИЧ, ТБ и малярии	39

Контекст

В большинстве стран Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии (ЦВЕЦА) программы поддерживающей терапии агонистами опиоидов (ПТАО) — которые часто также называют опиоидной заместительной терапией (ОЗТ) — реализуются при поддержке международных доноров. В некоторых странах охват такими программами оценочного числа людей с опиоидной зависимостью все еще составляет менее 10%. Самые низкие показатели охвата зарегистрированы в Казахстане (0,4%) и Азербайджане (1,5%), за которыми следуют Таджикистан, Молдова, Украина, Беларусь, Кыргызстан и Армения. Самые высокие показатели охвата отмечаются в Хорватии (55%), Грузии (49%) и Чехии (38%). В странах Балтии, а также в других странах Центральной и Юго-Восточной Европы охват соответствующими программами составляет от 10% до 30%¹.



Охват поддерживающей терапией агонистами опиоидов в странах Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии. UNAIDS Key Population Atlas, 2019

В странах Центральной Европы, а также в большинстве стран Юго-Восточной Европы и странах Балтии ПТАО в настоящее время полностью финансируется за счет внутренних государственных, а в некоторых случаях и частных источников. Некоторые страны Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА), а именно Азербайджан, Беларусь, Грузия, Казахстан и Украина, также начали финансировать услуги ПТАО за счет национальных источников или внедрять механизмы совместного финансирования, в то время как другие страны все еще зависят от поддержки международных доноров, прежде всего Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобальный фонд).

¹ На основании последних доступных данных картирования ключевых групп ЮНЭЙДС по состоянию на ноябрь 2019 года. Отсутствуют доступные данные по Российской Федерации, Словакии, Узбекистану и Туркменистану. Согласно другим источникам, в указанных странах, кроме Словакии, такие программы отсутствуют.

<http://www.aidsinfoonline.org/gam/libraries/asp/home.aspx>

Поскольку Глобальный фонд сокращает объемы финансовой поддержки в регионе ВЕЦА, менеджеры программ ПТАО, представители научного сообщества, поставщики услуг и участники программ ПТАО выражают свою обеспокоенность будущим ПТАО после прекращения выделения донорской поддержки и предоставления технической помощи.

Цель

В настоящем Руководстве предлагаются подходы и инструменты, которые помогут странам провести оценку устойчивости ПТАО в контексте перехода от поддержки Глобального фонда и других доноров к национальному финансированию. Оценка включает в себя анализ текущей ситуации, достигнутого прогресса, рисков и возможностей с точки зрения обеспечения устойчивости ПТАО, с фокусом на программные аспекты. Результаты оценки могут быть полезны странам при планировании и осуществлении перехода на национальное финансирование и могут предоставить активистам, продвигающим ПТАО, инструменты для обеспечения их значимого участия в процессах, связанных с таким переходом.

Хотя настоящее Руководство было разработано для стран региона ВЕЦА, оно может быть адаптировано для использования в других регионах, сталкивающихся с похожими проблемами. Поскольку Руководство направлено на оценку устойчивости программных аспектов, оно представляет собой сочетание существующих инструментов для оценки готовности к переходу, в частности *Инструмента оценки готовности к переходу (ИОГП)* в контексте снижения вреда², и инструментов оценки услуг ПТАО.

Структура

Настоящее Руководство состоит из трех основных частей:

A. Рамочная концепция проведения оценки

В данном разделе описан концептуальный подход к проведению оценки в странах, включая определения, направления оценки, индикаторы для оценки устойчивости и последствий перехода, обоснование выбранного подхода, ссылки на другие возможные подходы и ключевые рекомендации в отношении ПТАО. Данный раздел может быть полезен экспертам, если/когда они решат адаптировать эти инструменты к условиям конкретных стран. Кроме того, информацию, представленную в данном разделе, можно использовать для предоставления заинтересованным сторонам в странах общих сведений по вопросу оценки устойчивости.

B. Рекомендации по проведению национальных оценок

Данный раздел разработан для команды специалистов по проведению оценки. В нем описаны задачи, методы, пошаговый процесс оценки, подготовка, проведение оценки и использование ее результатов. В начале раздела представлен контрольный список задач, которые необходимо выполнить на разных этапах проведения оценки.

² Инструмент оценки готовности к переходу (ИОГП) — Руководство для пользователя. Версия 1.0: Оценка устойчивости услуг снижения вреда в течение переходного периода от поддержки Глобального фонда к национальному финансированию и по его окончании. Вильнюс; Евразийская сеть снижения вреда, август 2016 года.

https://harmreductioneurasia.org/wp-content/uploads/2019/01/transition-readiness-assessment-tool_rus_final.pdf
и https://harmreductioneurasia.org/wp-content/uploads/2019/01/ehrn_trat_final_2016.xlsx

С. Приложения и инструменты

В приложениях к настоящему Руководству предлагается список сокращений, обзор существующих подходов, шаблон отчета, инструменты сбора информации, описывающие направления проведения оценки, контрольные показатели и индикаторы, а также инструкции по проведению интервью и фокус-групп. Все приложения, за исключением обзора существующих подходов к оценке устойчивости, представлены в отдельных файлах, доступных по ссылке: <https://harmreductioneurasia.org/ru/oat-sustain-method/>.

Что необходимо для проведения национальной оценки?

Настоящее Руководство предполагает национальную оценку ограниченного масштаба, проведение которой может занять около 12–15 рабочих дней на протяжении двух месяцев. Оценка предполагает проведение кабинетного исследования, интервью с ключевыми информантами (ИКИ) и фокус-групп (ФГ). В число информантов будут входить госслужащие, в том числе лица, ответственные за реализацию программы ПТАО и ее финансирование, поставщики услуг, представители международных доноров, которые финансируют или раньше финансировали ПТАО, а также правозащитники и активисты, представляющие сообщество людей, употребляющих наркотики, которые могут говорить об опыте клиентов программ ПТАО.

Рекомендуется привлечь к проведению оценки консультативную группу, которая бы предоставляла свои предложения по адаптации методологии, обеспечивала доступ к материалам для проведения кабинетного исследования и помогала определить список информантов для интервью, а также содействовала подготовке рекомендаций по результатам оценки. Такая группа также может помочь в планировании презентации результатов оценки и проведении последующей адвокации. В качестве альтернативного варианта может быть организована фокус-группа с представителями соответствующих заинтересованных сторон для обсуждения предварительных результатов оценки и подготовки практических рекомендаций.

Хотя, принимая во внимание ограниченный масштаб оценки, методология не предполагает проведение опроса среди клиентов программ ПТАО, в рамках кабинетного исследования могут быть проанализированы имеющиеся отчеты и свидетельства клиентов таких программ. Кроме того, активисты из числа клиентов программ ПТАО могут быть приглашены для проведения интервью, а также для участия в работе консультативной группы. Также настойчиво рекомендуется проведение отдельной фокус-группы с клиентами программ ПТАО.

В некоторых странах получение одобрения этического комитета может помочь в проведении адвокации благодаря повышению уровня доверия к результатам исследования со стороны представителей государства. Вместе с тем, получение такого одобрения требует времени и может также требовать дополнительных затрат. Аналогичным образом, привлечение независимого исследователя из научных кругов может способствовать принятию результатов исследования представителями государственных органов.

Оценка должна проводиться национальным экспертом, обладающим следующими качествами:

- хорошее знание государственного подхода к лечению опиоидной зависимости;

- желательно имеющим связи с национальными организациями/сетями, занимающимися вопросами адвокации;
- имеющим доступ к соответствующим ключевым информантам из разных секторов для проведения интервью, в том числе к представителям сообщества, клиентам программ ПТАО, экспертам и представителям государственных структур;
- имеющим опыт проведения аналогичных оценок и обширный опыт применения научно-обоснованных подходов в своей работе;
- отсутствие конфликта интересов (отсутствие доли собственности, занятости, доходов от производителей и дистрибьюторов препаратов, используемых для ПТАО, или от частных поставщиков услуг);
- свободное владение английским, русским и национальным языками;
- уверенное владение навыками проведения интервью, проведения кабинетного исследования и написания отчетов.

ЕАСВ готова консультировать организации, которые планируют проводить оценку устойчивости программ ПТАО на основании данного Руководства, а также национальных экспертов, проводящих такую оценку. Вместе с тем, ЕАСВ настоятельно рекомендует таким организациям и экспертам вначале самостоятельно

Раздел 1: Рамочная концепция проведения оценки

Данная рамочная концепция — это концептуальный подход к пониманию и оценке устойчивости программ ПТАО в контексте перехода от международной донорской поддержки на национальное финансирование. Целью такого подхода является оказание поддержки специалистам в сфере общественного здоровья и тем, кто занимается вопросами продвижения программ ПТАО, путем обеспечения их доступа к данным, которые могут использоваться в национальных процессах, связанных с переходом, а также для поддержки более широких усилий, направленных на усовершенствование наркополитики, всеобщего охвата услугами здравоохранения, мер по борьбе с ВИЧ, ТБ и малярией, а также улучшения показателей здоровья в тюрьмах. Он предполагает разбивку концепции устойчивости на ряд ключевых элементов, представляющих собой широкие тематические области, индикаторы по каждому направлению и контрольные показатели для измерения прогресса по каждому индикатору.

Данный раздел начинается с определения основных терминов и обзора существующих принципов и инструментов для оценки устойчивости в процессе перехода на национальное финансирование. Объясняется, для чего нужны те или иные подходы и приводятся примеры того, на решение каких проблем они направлены.

В разделе *Рамочная концепция проведения оценки* приводится матрица оценки, включающая тематические области, индикаторы и контрольные показатели. Для каждой из трех тематических областей — политика и управление, финансы и ресурсы, услуги — предлагается набор индикаторов, приведенных в таблице ниже, а также несколько контрольных показателей, демонстрирующих, как измерять прогресс, достигнутый по каждому индикатору для соответствующих программных компонентов, которые соотносятся с руководствами ВОЗ, ООН и международными рекомендациями по ПТАО.

ТАБЛИЦА: Тематические области и индикаторы

ТЕМАТИЧЕСКИЕ ОБЛАСТИ	ИНДИКАТОРЫ			
А. Политика и управление	Политические обязательства		Управление переходом от донорского к национальному финансированию	
В. Финансы и ресурсы	Препараты	Финансовые ресурсы	Человеческие ресурсы	Доказательная база и информационные системы
С. Услуги	Наличие и охват	Доступность		Качество и интеграция

Для представителей национальных заинтересованных сторон в данной Главе представлен обзор подходов к проведению оценки. Консультанты могут использовать его, наряду с другими инструментами, для адаптации концепции и методологии с учетом национального контекста.

1.1. Основные концепции

Поддерживающая терапия агонистами опиоидов (ПТАО), также известная как **опиоидная поддерживающая терапия (ОПТ)** или **опиоидная заместительная терапия (ОЗТ)**, представляет собой научно-обоснованный, эффективный метод лечения героиновой и других форм опиоидной зависимости. Она предполагает назначение опиоидных препаратов, таких как метадон и бупренорфин (бупренорфин или комбинация бупренорфина и налоксона) в поддерживающей дозировке. Оба указанных препарата входят в Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств для лечения опиоидной зависимости. В некоторых странах используются другие препараты, в частности пероральный морфин и диаморфин (героин) пролонгированного действия. Применение дополнительных психосоциальных интервенций может повысить эффективность лечения. Согласно клиническим руководствам ВОЗ, данный подход рекомендован для лечения опиоидной зависимости и для, основанной на принципах общественного здравоохранения, комплексной борьбы с ВИЧ, туберкулезом (ТБ) и вирусным гепатитом С (ВГС) среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН)^{3 4 5 6}.

Терминология: ПТАО, ОЗТ или ОПТ? В данной публикации используются термины «ПТАО» и «участники программ ПТАО». Однако данная терминология не является общепринятой на международном уровне или в странах ВЕЦА. Поэтому при подготовке к проведению оценки рекомендуется адаптировать терминологию к условиям конкретной страны и консультироваться по поводу наиболее подходящей терминологии с основными заинтересованными сторонами, в том числе с людьми, употребляющими наркотики. В настоящее время страны используют различные термины, такие как заместительная поддерживающая терапия, метадоновая заместительная терапия, опиоидная поддерживающая терапия, медикаментозное лечение опиоидной зависимости, медикаментозное поддерживающее лечение и т.д.

- Департамент ВОЗ по ВИЧ и гепатитам, Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании (EMCDDA) и Глобальный фонд используют термин «опиоидная заместительная терапия» (ОЗТ).
- Департамент ВОЗ по вопросам психического здоровья и зависимости от психоактивных веществ, а также организация «Кокрановское сотрудничество» отказались от использования термина «ОЗТ», что связано со стигматизацией и неправильным пониманием данного метода лечения⁷, и в настоящее время

³ WHO. *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*. Geneva; WHO, 2009.

⁴ Техническое руководство ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков – обновление 2012 года. Женева; Всемирная организация здравоохранения, 2012.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/90791/9789244597767_rus.pdf

⁵ WHO. *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations* — 2016 update. Geneva; WHO, 2016.

⁶ WHO. *Access to Hepatitis C Testing and Treatment For People Who Inject Drugs and People in Prisons — A Global Perspective*. Policy Brief; Geneva, WHO, April 2019.

⁷ Samet JH, Fielling DA. *Opioid substitution therapy—time to replace the term*. *Lancet*: Vol. 385, Issue 9977, P1508–1509, April 18, 2015.

используют термин «ПТАО».

- **Медикаментозное лечение** — это термин, предложенный Национальным институтом США по вопросам злоупотребления наркотиками (NIDA), однако его рассматривают как термин, чрезмерно упрощающий данный метод терапии и сводящий его к нейробиологической стороне зависимости, употребления наркотиков и лечения, без признания того, что психосоциальная поддержка, оказываемая клиентам ПТАО, может существенно улучшить результаты лечения. Кроме того, в странах бывшего СССР традиционно используется медикаментозное лечение абстинентного синдрома (детоксикация) с применением высоких доз медицинских препаратов с недоказанной эффективностью^{8 9}. Поэтому этот термин недостаточно специфичен для того, чтобы использовать его в этом регионе.

Международная сеть людей, употребляющих наркотики (INPUD), не определила окончательно свою позицию по поводу использования терминологии применительно к лечению, однако при этом рекомендовала использовать понятия «клиенты» и «получатели услуг» вместо термина «пациенты» при обозначении людей, получающих лечение¹⁰.

Устойчивость программ ПТАО в контексте перехода от международного к национальному финансированию ответа на ВИЧ — это способность программ поддерживать и расширять доступ к услугам ПТАО, а также охват такими услугами на уровне, который, исходя из эпидемиологической ситуации, обеспечивал бы контроль над эпидемиями ВИЧ и гепатита С среди людей с опиоидной зависимостью и доступ к услугам ПТАО для всех нуждающихся, даже после прекращения выделения внешнего донорского финансирования¹¹. Согласно определению ВОЗ, высоким охватом программами ПТАО считается охват ПТАО в 40% или более процентов от оценочного числа людей с опиоидной зависимостью¹². В настоящем Руководстве оценка устойчивости проводится в следующих тематических областях: политика и управление, финансы и ресурсы (т.е. вклад систем здравоохранения, включая финансирование), а также услуги.

Переход программ ПТАО от донорской поддержки к национальным источникам финансирования представляет собой процесс, в ходе которого страна переходит на полностью самостоятельное финансирование реализации программ ПТАО без донорской поддержки, при этом сохраняя достигнутые результаты и при необходимости расширяя услуги¹³.

⁸ Torban MN, Heimer R, Ilyuk RD, Krupitsky EM (2011) Practices and Attitudes of Addiction Treatment Providers in the Russian Federation. *J Addict Res Ther* 2:104.

⁹ Elovich R, Drucker E. On drug treatment and social control: Russian narcology's great leap backwards. *Harm Reduct J*. 2008;5:23.

¹⁰ INPUD. *Statement and Position Paper on Language, Identity, Inclusivity and Discrimination*. London; INPUD, November 2011.

¹¹ Адаптировано на основании Политики Глобального фонда в отношении устойчивости, перехода и совместного финансирования.

¹² ВОЗ, УНП ООН, ЮНЭЙДС, там же.

¹³ Адаптировано на основании Политики Глобального фонда в отношении устойчивости, перехода и совместного финансирования.

Рамочная концепция оценки устойчивости ПТАО — это концептуальный подход к измерению степени устойчивости национальной программы ПТАО в той или иной стране. Такой подход предусматривает разбивку концепции устойчивости на следующие компоненты: основные тематические области, индикаторы в каждой области и контрольные показатели для оценки прогресса по каждому индикатору. Рамочная концепция используется для проведения национальных оценок с применением методологии, подробно описанной в *Разделе 2* настоящего Руководства. В рамках подготовки к проведению оценки рамочная концепция может быть адаптирована с учетом национальных проблем и дополнительных компонентов из международных руководств, которые приводятся в *Подразделе 1.3*, а также же с учетом содержания других рамочных концепций, описанных в *Приложении 2*.

1.2. Зачем нужна новая рамочная концепция?

За последние годы было разработано несколько рамочных концепций проведения оценки в контексте устойчивости и перехода к национальному финансированию в сферах борьбы с ВИЧ, ТБ и малярией. Одна из таких рамочных концепций была разработана PEPFAR для оценки устойчивости реализуемых в рамках данной инициативы программ. В то же время, Глобальный фонд поручил ряду организаций разработку инструментов оценки готовности к переходу и, в сотрудничестве с ЮНЭЙДС и другими техническими партнерами, организует проведение таких оценок и поддерживает страны в подготовке планов перехода на национальное финансирование. Почти все страны ВЕЦА, получающие финансирование Глобального фонда, провели такие оценки и разработали национальные планы перехода. Евразийская сеть снижения вреда разработала инструмент с фокусом на программы снижения вреда под названием *Инструмент оценки готовности к переходу (ИОГП)*, который уже применялся в ряде стран Юго-Восточной Европы. В *Приложении 2* представлен обзор некоторых из имеющихся инструментов.

Настоящее Руководство, с акцентом на *программной* устойчивости ПТАО, было разработано Евразийской ассоциацией снижения вреда (ЕАСВ) в ответ на многочисленные запросы и просьбы об оказании поддержки со стороны ее членов в отношении оценки перспектив ПТАО после завершения международной политической, технической и финансовой поддержки в их странах.

Как поставщики услуг, так и клиенты программ ПТАО из разных стран сообщали о том, что уже сталкиваются с определенными сложностями, при этом среди клиентов ходят слухи о неопределенном будущем программ ПТАО в связи с сокращением объемов донорской и другой международной поддержки в их странах. Выражалась обеспокоенность по ряду аспектов, способных повлиять на масштаб, качество и доступность программ ПТАО, в том числе:

- Будет ли обеспечена дальнейшая работа программ ПТАО и их интеграция в систему здравоохранения, включение в перечень услуг, гарантированных государством, а также их включение в национальные программы здравоохранения в рамках обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ)?
- Будет ли закупка контролируемых лекарственных средств, таких как метадон и бупренорфин, осуществляться надежно, бесперебойно и с использованием механизмов обеспечения качества?

- Приведет ли отсутствие поддержки со стороны правоохранительных органов или ограничительное регулирование лечения и прав клиентов ПТАО к сокращению или сужению масштабов и доступности программ ПТАО?
- Будут ли услуги соответствовать высоким стандартам качества, отвечать потребностям клиентов и будут ли они комплексными?
- Будут ли сообщества и гражданское общество вовлечены в процессы планирования, расширения охвата и мониторинга услуг?
- Будет ли ПТАО полностью финансироваться за счет государства без доплат со стороны клиентов, согласно принципам ВОУЗ, и будет ли обеспечен доступ к услугам для всех нуждающихся без сопутствующей финансовой нагрузки?

Такие вопросы характерны не только для перехода от поддержки Глобального фонда и возникали на разных этапах развития ПТАО в странах региона, например, в Украине¹⁴. Хотя ПТАО настойчиво рекомендуют ВОЗ, а также структуры ООН и Европейского союза (ЕС)¹⁵, и хотя метадон и бупренорфин включены в Примерный перечень основных лекарственных средств ВОЗ, многие страны ВЕЦА продолжают рассматривать программы ПТАО как пилотные проекты. Как показали пилотные оценки в Беларуси, Таджикистане и Украине, политическая поддержка и реализация ПТАО в значительной мере определяются не национальной наркополитикой, а ответом на ВИЧ. Например, ресурсное обеспечение ПТАО во многом обеспечивается донорами, выделяющими средства на борьбу с ВИЧ, или национальными программами в сфере ВИЧ. В системах наркологической помощи ПТАО часто остается малоиспользуемым методом лечения наркотической зависимости, хотя, по мнению ВОЗ, это самый эффективный подход к лечению опиоидной зависимости¹⁶. Условием включения в программу ПТАО может быть наличие подтвержденного предыдущего неудачного опыта лечения наркозависимости другими методами. То отсутствие энтузиазма, с которым встречают ПТАО работники здравоохранения, лица, принимающие решения, и правоохранительные органы, не наблюдается при оценке целесообразности, эффективности и обоснованности других методов лечения наркотической зависимости, которые поддерживаются государством¹⁷. Российская Федерация рассматривает «недопущение применения в РФ заместительных методов лечения наркомании» как «основное мероприятие по повышению эффективности и развитию наркологической медицинской помощи»¹⁸. Такая позиция влияет на политику,

¹⁴ С. Дворяк, О. Карагодина, В. Штенгелов, І. Пикало. Десятирічний досвід застосування лікування агоністами опіоїдів в Україні. Що далі? Частина 1: Вісник АПСВТ, 2018, № 2, Частина 2: Вісник АПСВТ, 2019, № 1.

¹⁵ Ссылки на документы ВОЗ и ООН приводятся в следующем разделе. Документы ЕС включают в себя Рекомендацию Совета от 18 июня 2003 года по профилактике и снижению вреда для здоровья, связанного с наркотической зависимостью; Европейский центр профилактики и контроля заболеваний и EMCDDA. Профилактика и контроль инфекционных заболеваний среди людей, употребляющих инъекционные наркотики. Стокгольм; ЕЦПКЗ. 2011; Другие источники доступны по ссылке: <http://www.emcdda.europa.eu/topics/treatment>.

¹⁶ World Health Organization. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, 2019.

¹⁷ Torban MN, Heimer R, Ilyuk RD, Krupitsky EM (2011) Practices and Attitudes of Addiction Treatment Providers in the Russian Federation. J Addict Res Ther 2:104.

¹⁸ Позиция Минздрава России в отношении заместительной опиоидной поддерживающей терапии, 14 марта 2016 г. Доступна по ссылке: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/03/11/2832-pozitsiya-minzdrava-rossii-v-otnoshenii-zamestitelnoy-opioidnoy-podderzhivayushchey-terapii>

практику и подходы, применяемые в других странах ВЕЦА^{19 20}. Безусловно, долгосрочная эффективность ПТАО делает этот метод крайне непопулярным среди лиц, задействованных в незаконном обороте и торговле наркотиками. Среди людей, употребляющих наркотики, существует множество мифов о ПТАО.

Настоящее Руководство не поможет решить все сложности в контексте развития и институционализации ПТАО в регионе. Однако оно может помочь активистам и экспертам в сфере общественного здравоохранения получить подробные данные о текущей ситуации и рисках с точки зрения обеспечения устойчивости программ ПТАО по таким областям как политика, управление, ресурсное обеспечение и предоставление услуг. Такие данные могут использоваться в национальных процессах, связанных с переходом на национальное финансирование, для продвижения политических и практических решений, которые позволили бы сделать ПТАО ключевой составляющей государственной наркополитики, а также соответствующих мер по борьбе с ВИЧ, ТБ, гепатитом и обеспечению здоровья в тюрьмах. По меньшей мере, такие данные могут способствовать тому, чтобы ПТАО не забыли включить в национальные планы и бюджеты перехода программ борьбы с ВИЧ и ТБ от поддержки Глобального фонда и PEPFAR на национальное финансирование.

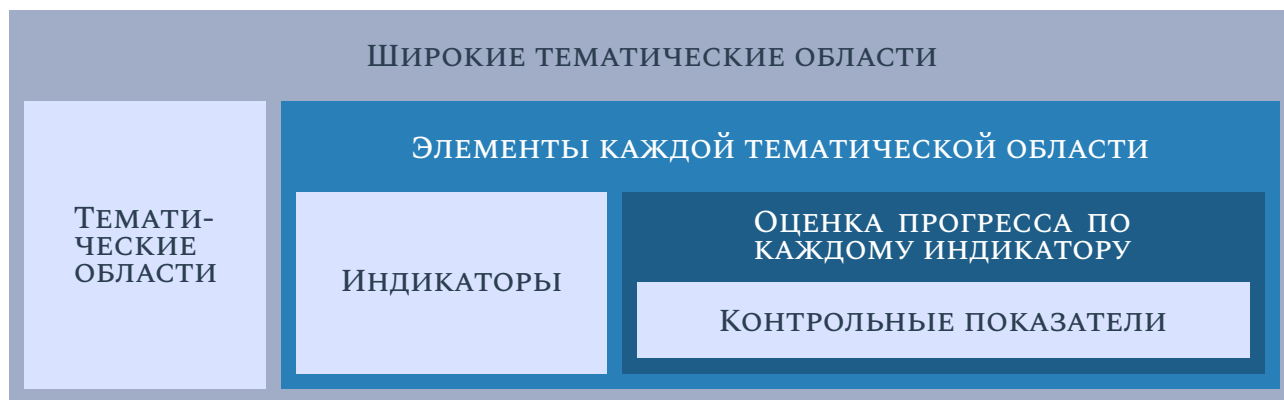
В отличие от других рамочных концепций, в настоящем Руководстве сочетаются вопросы перехода и глубинный анализ программных аспектов, включая обеспечение качества услуг, с акцентом лишь на одной категории услуг — ПТАО — что делает данный инструмент не таким комплексным, однако более практичным и подходящим для адвокационных целей. Помимо ответных мер на ВИЧ и ТБ, в нем также рассматриваются вопросы наркополитики, лечения наркозависимости, гепатита С, а также всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) в соответствии с рекомендациями ВОЗ и обязательствами по достижению Целей устойчивого развития (ЦУР) для обеспечения значимых изменений во всех указанных областях к 2030 году.

1.3. Концептуализация предлагаемого подхода к оценке устойчивости программ ПТАО

Рамочная концепция оценки устойчивости программ ПТАО представляет собой подход к пониманию и измерению устойчивости с акцентом на программных аспектах. Такой подход предполагает разбивку концепции устойчивости на ряд ключевых элементов, представляющих собой широкие тематические области, индикаторы по каждой тематической области и контрольные показатели для измерения прогресса по каждому индикатору. Данный подход сочетает в себе компоненты ряда предыдущих рамочных концепций, включая инструмент ИОГП, разработанный ЕАСВ, и инструмент оценки готовности к переходу, разработанный Curatio International Foundation, а также основные составляющие правозащитного компонента, предложенные Оберт и Вайтсад.

¹⁹ Harm Reduction International. Global State of Harm Reduction 2018.

²⁰ Utyasheva, Leah, et al. Effects of UN and Russian influence on drug policy in Central Asia. *At What Cost? HIV and Human Rights Consequences of the Global "War on Drugs"* (2009).



Тематические области (направления) охватывают различные вопросы:

А. Политика и управление

- Были ли взяты определенные политические обязательства по обеспечению продолжения предоставления и необходимого расширения услуг ПТАО в стране?
- Предусматривают ли планы перехода на национальное финансирование четкие шаги в отношении того, каким образом управление и финансирование ПТАО должно перейти и будет осуществляться за счет местных ресурсов и систем?
- Существуют ли операционные структуры, ответственные за надзор, координацию и менеджмент ПТАО?

В. Финансы и ресурсы

Данная тематическая область призвана оценить, имеются ли у национальной системы здравоохранения устойчивые возможности для обеспечения надлежащего и бесперебойного предоставления услуг ПТАО, в т.ч. с точки зрения регистрации, закупки и поставки препаратов, работы информационных систем, мониторинга и сбора доказательной базы, человеческих и финансовых ресурсов.

С. Услуги

Данная тематическая область призвана оценить уровень доступа к услугам ПТАО путем адаптации концепции важнейших составляющих права на здоровье согласно определению Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам^{21 22}, в том числе: 1) наличия услуг; 2) их доступности (отсутствия дискриминации, физической доступности, экономической доступности, а также информационной доступности); 3) качества и интеграции. Вопрос приемлемости услуг не рассматривается в настоящем Руководстве, поскольку оценка этого более специфического параметра требует работы с репрезентативной выборкой клиентов ПТАО, что не предусмотрено методологией настоящего Руководства. Приоритетные индикаторы, контрольные показатели и подход к их измерению взяты из существующих технических руководств и рекомендаций, а также приведенных в них индикаторов обеспечения качества, в том числе приведенных ниже публикаций ВОЗ и консенсусного исследования:

²¹ Все государства-члены ООН в Центральной и Восточной Европе и Центральной Азии ратифицировали Пакт об экономических, социальных и культурных правах. Статус ратификации данного пакта Косово на момент публикации настоящего руководства не был установлен.

²² Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам. Замечание общего порядка № 14: право на наивысший достижимый уровень здоровья (статья 12). *Принято на двадцать второй сессии Комитета по экономическим, социальным и культурным правам 11 августа 2000 года (Документ E/C.12/2000/4).*

- Техническое руководство ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков (обновление 2012 года);
- Руководство ВОЗ по фармакологическому лечению опиоидной зависимости, сопровождаемое психосоциальной поддержкой (2009) [*резюме минимальных критериев и практических рекомендаций на с. XIV-XVII*];
- Сводное руководство ВОЗ по профилактике, диагностике, лечению и уходу при ВИЧ-инфекции для ключевых групп населения (обновление 2016 года);
- Инструмент ВОЗ для постановки и мониторинга целей по профилактике, диагностике, лечению и уходу при ВИЧ-инфекции для ключевых групп населения (2015 год, *Приложение к Сводному руководству по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход 2014 года*);
- Реализация комплексных программ по ВИЧ и ВГС для людей, употребляющих инъекционные наркотики: практическое руководство для совместных мероприятий («IDUIT»);
- Мониторинг качества и охвата услуг снижения вреда для людей, употребляющих наркотики: консенсусное исследование²³ (2017), основанное на обзоре других руководств.

1.4. Рамочная концепция оценки устойчивости ПТАО —

Оценка по всем тематическим областям должна основываться на начальной ситуации, и описательная часть должна отражать влияние перехода. Индикаторы (и контрольные показатели), которые не актуальны для страны, можно пропускать, например, индикатор A2 релевантен исключительно для стран, в которых происходит переход на национальное финансирование, а *Контрольный показатель A1.4* не применим, если правоохранительная и судебная система не оказывают значительного влияния на политику лечения наркозависимости в стране.

²³Wiessing L, Ferri M, et al. Monitoring quality and coverage of harm reduction services for people who use drugs: a consensus study. *Harm Reduction Journal* 2017 14:19.

ТЕМАТИЧЕСКИЕ ОБЛАСТИ	ИНДИКАТОРЫ И КОНТРОЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ			
А. ПОЛИТИКА И УПРАВЛЕНИЕ	<p><i>Индикатор А1</i></p> <p>Политические обязательства</p> <ul style="list-style-type: none"> • ПТАО включена в национальные стратегии и планы действий по наркотикам, ВИЧ и/или гепатиту, с обязательствами по достижению целей, рекомендованных ВОЗ. • Действующее законодательство однозначно поддерживает предоставление услуг ПТАО. • ПТАО представляет собой неотъемлемую часть национальной политики по лечению опиоидной зависимости. • Правоохранительные и судебные системы поддерживают реализацию и, при необходимости, расширение программ ПТАО. • В стране обеспечивается эффективное руководство и необходимая координация развития программ ПТАО. • С представителями гражданского общества, включая клиентов ПТАО, проводятся консультации по вопросам руководства и координации программ ПТАО на национальном уровне. 		<p><i>Индикатор А2</i></p> <p>Управление переходом от донорского к национальному финансированию</p> <ul style="list-style-type: none"> • В стране есть утвержденный план, который определяет процесс перехода ПТАО от донорской поддержки к национальному финансированию с указанием временных рамок. • Имеется долгосрочный финансовый план перехода ПТАО на национальное финансирование, который включает определение удельных затрат, уровня совместного финансирования, (будущие) источники национального финансирования для обеспечения ПТАО, и который согласован с представителями соответствующих государственных структур. • В рамках надзора за процессом перехода в стране обеспечивается эффективная поддержка интеграции ПТАО в национальные системы. • Наблюдается существенный прогресс в реализации компонента по обеспечению устойчивости ПТАО, предусмотренного планом перехода. 	
	В. ФИНАНСЫ И РЕСУРСЫ	<p><i>Индикатор В1</i></p> <p>Препараты</p> <ul style="list-style-type: none"> • Закупка препаратов ПТАО интегрирована в государственную систему закупок и поставок, обладающую высоким потенциалом, и осуществляется без перебоев. • Метадон и бупренорфин зарегистрированы в стране, действует система контроля их качества. • Метадон и бупренорфин закупаются по приемлемым ценам. 	<p><i>Индикатор В2</i></p> <p>Финансовые ресурсы</p> <ul style="list-style-type: none"> • Метадон и бупренорфин включены в перечни препаратов, стоимость которых возмещается, и покрываются из государственного бюджета. • Услуги ПТАО включены в программу всеобщего охвата услугами здравоохранения или в гарантированный государством пакет услуг здравоохранения, доступный людям без полиса медицинского страхования. • Услуги ПТАО покрываются из устойчивых источников государственного финансирования с достаточным объемом средств для обеспечения комплексного пакета услуг. • В странах с действующими грантами на борьбу с ВИЧ обеспечено совместное финансирование услуг ПТАО со стороны государства в соответствии с Политикой Глобального фонда в отношении устойчивости, перехода и совместного финансирования. 	<p><i>Индикатор В3</i></p> <p>Человеческие ресурсы</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставление услуг ПТАО входит в ключевые функции государственной наркологической службы, а также в служебные обязанности основных медицинских работников этих служб с возможностью назначения и выдачи ПТАО в необходимом объеме. • Система подготовки персонала позволяет обеспечить устойчивую реализацию программ ПТАО.

С. УСЛУГИ

*Индикатор С1***Наличие и охват**

- ПТАО можно получать в больницах и учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Выдача препаратов на дом разрешена.
- Высокий охват оценочной численности людей с опиоидной зависимостью услугами ПТАО (согласно рекомендациям ВОЗ: 40% или выше).
- Предоставление услуг ПТАО в местах лишения свободы (включая назначение ПТАО), в т.ч. в следственных изоляторах и для женщин.
- Помимо государственных учреждений, услуги ПТАО доступны на базе организаций частного сектора и/или НПО.

*Индикатор С2***Доступность**

- В стране нет списков ожидания на включение в программу ПТАО.
- Часы и дни работы пунктов ПТАО отвечают основным потребностям клиентов.
- Обеспечивается необходимый географический охват.
- Отсутствие платы за получение услуг или финансовых барьеров для людей с низким уровнем дохода или не имеющих полиса медицинского страхования.
- ПТАО предлагается и доступна для групп населения с особыми потребностями (беременных и других женщин, секс-работников, молодых потребителей, представителей этнических групп и т.д.).
- Допускается употребление нелегальных наркотиков (после подбора дозы).
- Индивидуальные планы участия в программе составляются и предлагаются получателям услуг при их непосредственном участии.
- Критерии включения в программу ПТАО обеспечивают поддержку групп с особыми потребностями и не носят ограничительный характер, т.е. для участия в программе ПТАО не требуется подтверждение наличия предыдущих неудачных попыток прохождения лечения.

*Индикатор С3***Качество и интегрированность**

- Дозировки метадона/бупренорфина, определенные национальными стандартами/руководствами, а также назначаемые на практике, исходят из и соответствуют рекомендациям ВОЗ.
- Программы ПТАО основываются на поддерживающем подходе и характеризуются высоким уровнем удержания получателей услуг в программе.
- Значительная часть пунктов предоставления услуг ПТАО интегрирована и/или взаимодействует с другими медицинскими службами, обеспечивая непрерывность лечения ВИЧ-инфекции, туберкулеза и наркозависимости (согласно рекомендациям ВОЗ: 80% или более пунктов предоставления услуг).
- Значительная часть клиентов ПТАО получает психологическую и социальную поддержку (согласно рекомендациям ВОЗ: 80% или более пунктов предоставления услуг).

1.5. Оценка по тематическим областям, индикаторам и контрольным показателям

Для всех индикаторов в рамках каждой из тематических областей предлагается для оценки ряд контрольных показателей. Оценка каждого индикатора производится на основании как количественной, так и качественной информации, как описано далее:

1. Предоставление качественной информации по следующим вопросам:

- Краткое описание степени устойчивости по каждому индикатору;
- Прогресс: *наработки, лучшие практики и благоприятные факторы, обеспечивающие прогресс в достижении устойчивости, в частности за последние 2 года;*
- Барьеры и вызовы: *ключевые пробелы с точки зрения устойчивости, их основные причины и предпосылки;*
- Влияние перехода (влияние перехода от донорской поддержки на национальное финансирование): *насколько устойчивость ПТАО зависит от донорской и другой международной поддержки? Каковы риски — или наоборот — благоприятные факторы сокращения международной поддержки? Насколько национальные системы готовы к сокращению международной поддержки в краткосрочной и долгосрочной перспективе? Каким образом за последние два года планирование и осуществление перехода содействовали долгосрочным решениям в сфере обеспечения устойчивости? Что ожидается в течение ближайших 2–5 лет?*
- Возможности и дальнейшие шаги: *Возможности, планы и предлагаемые рекомендации для закрепления успешных результатов, решения проблем и минимизации негативных последствий перехода.*

2. Оценивается степень устойчивости, начиная с каждого контрольного показателя. Устойчивость по индикатору оценивается как совокупное среднее значение уровней устойчивости контрольных показателей. Уровень устойчивости по каждой тематической области рассчитывается как совокупное среднее значение устойчивости по индикаторам.

- Шкала, используемая для компонентов, составляющих контрольные показатели, измеряется по балльной системе (2 – максимальный балл, означающий полное или практически полное соответствие, 0 – минимальный балл)
- Степень устойчивости по каждому контрольному показателю рассчитывается, исходя из баллов, полученных по компонентам контрольного показателя, исходя из максимально возможных баллов, выраженных при помощи приведенной ниже шкалы.

КОНТРОЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ: ШКАЛА СТЕПЕНИ УСТОЙЧИВОСТИ	ОПИСАНИЕ	ПРИБЛИЗИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕНТНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ШКАЛЫ	ЦВЕТОВОЙ КОД
Высокая устойчивость	Высокий или хороший уровень устойчивости, существенные риски отсутствуют	≥70–100%	Светло-зеленый
Средняя устойчивость	Средний уровень устойчивости, средние риски	36–69%	Желтый
С высоким риском	Высокий риск для устойчивости	≤35%	Светло-красный

- Шкала, используемая для каждой тематической области и каждого индикатора²⁴, более подробная и состоит из 6 уровней, поскольку представляет совокупную оценку, основанную на уровнях устойчивости контрольных показателей:

ИНДИКАТОРЫ И ТЕМАТИЧЕСКИЕ ОБЛАСТИ: ШКАЛА СТЕПЕНИ УСТОЙЧИВОСТИ	ОПИСАНИЕ	ПРИБЛИЗИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕНТНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ШКАЛЫ	ЦВЕТОВОЙ КОД
Высокая устойчивость	Высокая степень устойчивости с низким риском или без рисков	85–100%	Зеленый
Существенная устойчивость	Существенная степень устойчивости с низким или умеренным риском	70–84%	Светло-зеленый
Средняя устойчивость	Средняя степень устойчивости с умеренным риском	50–69%	Желтый
Умеренный уровень риска	Устойчивость с умеренным риском	36–49%	Оранжевый
Умеренно высокий уровень риска	Устойчивость ниже среднего с умеренно высоким уровнем риска	25–35%	Светло-красный
Высокий уровень риска	Низкая степень устойчивости с высоким риском	<25%	Красный

Подробное описание индикаторов, контрольных показателей и шаблонов для оценки индикаторов приводится в файле Excel с инструментами в *Приложении 4*. Обратите внимание, что лица, проводящие оценку, должны вносить данные оценки в приведенные формы с указанием источников таких данных, следуя инструкциям, представленным в *Приложении 4*.

В случае проведения повторной оценки через 2–3 года можно сравнить полученный уровень устойчивости и проанализировать изменения, произошедшие со времени проведения предыдущей оценки. В этом случае, шаблоны, приведенные в настоящем Руководстве, необходимо будет соответствующим образом адаптировать, добавив столбец для внесения данных предыдущей оценки.

²⁴ Шкала подготовлена на основании публикации Amaya AB, Gotsadze G, Chikovani I. The Road to Sustainability: Transition Preparedness Assessment Framework, Version 3.0. Tbilisi, Georgia; Curatio International Foundation, July 2017.

Раздел 2: Рекомендации по проведению национальных оценок

Национальные оценки проводятся в три этапа: подготовка, оценка и подведение итогов.

В данном разделе Руководства представлен обзор аспектов, которые необходимо учесть на подготовительном и итоговом этапах проведения оценки, при этом предполагается, что у лиц, проводящих оценку, уже есть опыт проведения подобных оценок. Однако, основное внимание в настоящем Руководстве уделяется второму этапу, т.е. непосредственно проведению оценки. Основные задачи на каждом этапе представлены ниже.

Контрольный перечень задач в рамках организации процесса

Подготовка

- знакомство с Руководством;
- информирование заинтересованных сторон о проведении оценки;
- создание Консультативной группы;
- первая встреча Консультативной группы поможет:
 - адаптировать методологический подход, внести изменения в концепцию проведения оценки, определить необходимость/возможность получения разрешения этического комитета, согласовать терминологию;
 - согласовать роль группы;
 - разработать план сбора материалов, определиться со списком ключевых информантов и участников фокус групп(ы), вознаграждением и основными датами;
- при необходимости – обращение за разрешением этического комитета.

Оценка

A. Кабинетное исследование

- подготовка документов (таблиц и структуры отчета) в формате Word или Excel, при необходимости — их перевод;
- кабинетное исследование:
 - адаптация списка необходимых материалов, предлагаемого в Руководстве;
 - сбор материалов, в т.ч. направление запросов;
 - заполнение документов на основании полученных данных;
 - отслеживание полученных и ожидаемых материалов;
- определение имеющихся пробелов для сбора дополнительных ресурсов и/или проведения интервью и фокус-групп.

В. Интервью и фокус-группы

- ▣ адаптация инструкций по проведению интервью и фокус-групп (исходя из компетенции информантов и потребностей в информации);
- ▣ интервью и фокус-группы:
 - график;
 - проведение;
 - занесение результатов в документы (в т.ч. подготовка цитат для отчета).

Подведение итогов

А. Анализ и подготовка

- ▣ предварительный анализ табличных инструментов:
 - расчет степени устойчивости по контрольным показателям, индикаторам и тематическим областям;
 - подготовка таблиц для подачи на рассмотрение Консультативной группы;
 - подготовка предварительных выводов и рекомендаций по каждой тематической области;
- ▣ проведение предварительного анализа табличных инструментов и выбор основных выводов и рекомендаций вместе с консультативной группой;
- ▣ написание отчета;
- ▣ по возможности внешнее рецензирование отчета.

В. Распространение и использование

- ▣ планирование презентаций, других методов распространения и использования полученных данных для адвокации на следующий год вместе с консультативной группой и другими партнерами;
- ▣ перевод, подготовка презентаций и других информационных материалов.

2.1. Подготовка

Для оказания поддержки с проведением оценки рекомендуется сформировать **Консультативную группу** и привлечь в ее состав 3–7 представителей различных секторов, которые бы привнесли свой разнообразный опыт в соответствующих тематических областях. Такая группа может помочь в выполнении следующих задач перед, во время и после проведения оценки:

- контекстуализация рамочной концепции и методологии проведения оценки;
- формирование списка ключевых информантов и определение временных рамок проведения интервью;
- помощь в подборе соответствующей литературы для проведения кабинетного исследования;

- оказание консультативной поддержки в ходе проведения оценки (в случае необходимости);
- проверка предварительной информации в инструментах (таблицах) перед итоговой оценкой устойчивости по контрольным показателям, индикаторам и тематическим областям;
- предоставление комментариев к черновой версии аналитического отчета и помощь в формулировании выводов;
- оказание поддержки в планировании распространения результатов оценки.

Желательно, чтобы планирование и адаптация рамочной концепции и методологии к реалиям и потребностям страны происходили при участии Консультативной группы (в случае ее наличия). Рекомендуется придерживаться основной методологии и отмечать внесенные в нее изменения, обосновывая необходимость таких изменений. Документирование внесенных изменений служит двум целям: описать фактически примененную методологию в отчете, а также донести предложения по улучшению предложенной методологии и инструментов до ЕАСВ. Такая информация будет также полезна лицам, которые будут проводить аналогичные оценки в стране в будущем, а также может быть использована представителями других стран. На данном этапе необходимо ответить на следующие вопросы:

- *Исходя из текущих обсуждений в контексте перехода на национальное финансирование и обеспечения устойчивости, на какие самые важные вопросы должна ответить оценка? Как могут данные оценки быть использованы для адвокации на национальном уровне? Насколько программа ПТАО в стране интегрирована в национальную наркополитику? Или она реализуется скорее в рамках ответа на ВИЧ? Какие обсуждения по поводу будущего программ ПТАО ведутся в настоящее время в стране? Имеется ли среди заинтересованных сторон согласованное видение того, как должна выглядеть, финансироваться и управляться программа ПТАО и как обеспечить доступ к услугам ПТАО в долгосрочной перспективе, например, до 2025 года? Каким еще текущим и более широким процессам, происходящим в системе здравоохранения и в сфере наркополитики, следует уделить внимание в ходе проведения оценки?*

Например, в Украине в оценку можно было бы добавить вопросы относительно моделей лечения и текущей реформы системы здравоохранения – какая из предлагаемых моделей более устойчива? Или должны сосуществовать различные модели? Что означает реформа системы здравоохранения с точки зрения управления программами ПТАО, их финансирования и охвата услугами? Какие вопросы остаются без ответа в контексте универсального охвата услугами здравоохранения и новой программы борьбы с гепатитами?

- *Все ли тематические области, индикаторы и контрольные показатели, предусмотренные в рамочной концепции, актуальны? Нужно ли их каким-то образом адаптировать? Если да, то почему, и какие поправки необходимо внести, или же одну или несколько тематических областей стоит убрать и/или добавить новые тематические области, которые имеют важное значение? Какие из необязательных контрольных показателей, предлагаемых в рамках методологии, стоит рассматривать при проведении оценки, например, в отношении внешней политической и экономической стабильности, которая может повлиять на политические обязательства и процесс перехода в долгосрочной перспективе? (Такие изменения необходимо задокументировать и включить в описание*

измененной методологии. Вместе с тем, помните о том, что, чем больше будет внесено изменений, тем меньше данных будет доступно для сравнения между странами). Какие тематические области являются приоритетными, а какие менее важными, принимая во внимание имеющиеся ресурсы и временные рамки? Какие контрольные показатели наиболее актуальны, а какие — неактуальны?

- **На каком этапе перехода находится страна, и каким образом это влияет на то, как и что нужно оценивать?** Какие доноры и планы перехода от их поддержки к национальному финансированию наиболее актуальны для ПТАО? Если страна все еще находится на раннем этапе перехода, следует ли оценивать прогресс на пути перехода, как предложено, особенно при условии наличия детального плана перехода для программ ПТАО? Если такой план перехода для программ ПТАО отсутствует, можно ли в рамках оценки проанализировать наличие потребности в таком планировании и как следует обеспечить мониторинг? Если доноры уже не финансируют ПТАО, для каких областей, индикаторов и контрольных показателей проверка будет целесообразной, а какие из них можно пропустить? Есть ли возможность измерить индикаторы и контрольные показатели на раннем этапе перехода в сравнении с текущей ситуацией и нужно ли включить такую оценку или, по крайней мере, качественные данные для анализа влияния перехода от донорской поддержки к национальному финансированию?
- **Как обеспечить доверие к результатам оценки со стороны государственного сектора и лиц, принимающих решения?** Например, поможет ли получение одобрения этического комитета до начала проведения оценки в дальнейших адвокационных усилиях, и насколько реалистично получить такое одобрение, принимая во внимание имеющиеся ресурсы и временные рамки? Если разработка и планирование услуг ПТАО в стране децентрализованы, и за это отвечают региональные органы власти — важно ли добавить в оценку географическую составляющую (например, можно добавить анализ ситуации с различием уровня устойчивости ПТАО в выбранных двух регионах, по согласованию с Консультативной группой, а также добавить в список участников интервью 1–2 представителей провайдеров услуг и клиентов программы не из столицы)?
- **Какие будут возможности для обсуждения результатов оценки?** Каковы временные рамки? Планируется ли в ближайшее время проведение каких-либо периодических оценок реализации планов перехода или оценок обеспечения устойчивости в целом, которые могут быть актуальны и которые могли бы использовать результаты данной оценки? Как лучше всего обеспечить координацию проведения данной оценки и ее результатов с соответствующими национальными текущими и планируемыми процессами в контексте устойчивости и перехода?
- **Кто может войти в число ключевых информантов** со стороны государственных органов, специалистов в сфере здравоохранения, гражданского общества и сообществ, международных партнеров и поставщиков технической помощи? Этот перечень может быть при необходимости откорректирован по итогам проведения кабинетного исследования в случае выявления пробелов в информации, которые можно заполнить в ходе дополнительных интервью с информантами. Как можно компенсировать затраченное время экспертов из числа сообществ (в т.ч. клиентов ПТАО, участвующих в фокус-группах)?

После того, как будут получены ответы на приведенные вопросы, рекомендовано адаптировать инструменты, приведенные в [Разделе 3](#) данного Руководства, в том числе:

1. Структуру итогового отчета (см. [Приложение 3 в отдельном файле](#));
2. Инструменты структурирования информации, полученной в результате кабинетного исследования и проведения интервью (и фокус-групп в случае их проведения) (см. [Приложение 4 в отдельном файле](#) с инструкциями и инструментами по каждому индикатору);
3. Руководство по проведению интервью и фокус-групп (см. [Приложение 5](#) и [Приложение 6](#), соответственно, в отдельных файлах).

Вначале рекомендуется адаптировать первые два инструмента — структуру итогового отчета и инструменты структурирования информации. После проведения основного кабинетного исследования и выявления недостающей информации пересматриваются шаблоны для проведения интервью и фокус-групп и исключаются вопросы, на которые уже были получены ответы в ходе кабинетного исследования, чтобы сосредоточить внимание на недостающей информации.

2.2. Обзор этапа проведения оценки

Для проведения тщательной и комплексной оценки необходимо предпринять следующие шаги:

- В ходе сбора данных используйте инструменты, приведенные в приложениях к данному Руководству, для оценки **каждого индикатора по каждой тематической области** в контексте устойчивости (см. [Приложение 4](#) в отдельном файле Excel с инструментами), а также учитывайте структуру итогового отчета (см. [Приложение 3](#) в отдельном файле Word/PDF);
- Проведите сбор количественных и качественных данных в ходе **кабинетного исследования** (см. [Подраздел 2.2.1](#) ниже);
- Проведите сбор количественной и качественной информации путем организации **интервью с выбранными информантами и проведения фокус-групп(ы)** (см. [Подраздел 2.2.2.](#));
- Подготовьте **количественную информацию** для отчета.

Ниже приводим пошаговые рекомендации по выполнению указанных выше задач. В соответствии с рамочной концепцией оценки устойчивости ПТАО все эти шаги должны быть сфокусированы на трех тематических областях в контексте устойчивости, которые указаны выше. Ниже более подробно описано, на какую информацию необходимо обратить внимание. Использование таблиц, приведенных в приложениях к данному Руководству, позволит провести количественную оценку каждого контрольного показателя и индикатора. В следующем подразделе описаны категории информации, которую необходимо собрать для проведения кабинетного исследования по каждой из тематических областей.

2.2.1. Кабинетное исследование

В качестве первого шага экспертам, проводящим оценку, рекомендуется провести кабинетное исследование, а также сделать комплексную проверку полученной информации перед проведением интервью с ключевыми информантами. Данные, полученные в ходе кабинетного исследования, должны использоваться для подготовки

соответствующих разделов отчета в соответствии с его детальной структурой (все разделы, за исключением результатов), а также для заполнения адаптированных форм для сбора информации по каждому индикатору для каждой тематической области (см. *Приложение 4* в отдельном файле в приложении к настоящему Руководству). Эксперты, проводящие оценку, могут подавать официальные запросы на получение необходимой информации, в частности основных программных данных, в случае если такие данные не могут быть получены из доступных официальных публикаций, «серой» литературы и онлайн-источников.

А. Политика и управление

Эксперты, проводящие оценку, должны обращать особое внимание на наличие в полном или частичном объеме следующего:

- **Национальной программы и рекомендаций по лечению наркотической зависимости** и, в частности, применению ПТАО;
- Упоминаний ПТАО в **национальной антинаркотической стратегии** и в соответствующих планах действий, а также в национальных планах по борьбе с ВИЧ, ТБ, гепатитами и по обеспечению всеобщего доступа к услугам здравоохранения;
- Правовых и политических **барьеров и способствующих факторов** для реализации программ ПТАО, в том числе рекомендаций правоохранительных органов по вопросам снижения вреда и работы с уязвимыми группами в контексте общественного здоровья, ВИЧ и гепатитов;
- Существования и работы **многостороннего национального органа управления**, включающего, по меньшей мере, представителей государственного сектора, гражданского общества и технических партнеров, в функции которого входило бы наблюдение за процессом перехода и продолжением планирования и надзора за реализацией программ ПТАО после прекращения донорского финансирования, либо выполняющего эти функции в рамках надзора за реализацией национальных стратегий по контролю над наркотиками, лечению наркозависимости, ВИЧ, ТБ и/или гепатитам;
- **Государственной структуры**, в обязанности которой входит управление реализацией программы ПТАО в стране, в том числе организация мониторинга и оценки такой программы;
- Полностью обеспеченного **«Плана перехода» для программ по борьбе с ВИЧ или ТБ, включающего компонент ПТАО**, который предусматривает постепенный переход программ от донорской поддержки на обеспечение за счет национальных структур, который действует в настоящее время и в реализации которого наблюдается существенный прогресс.

Ниже приведен неисчерпывающий перечень документов, которые могут помочь лицам, проводящим оценку, найти ответы на указанные выше вопросы:

- ✓ **Дополнительные стратегические документы**, регулирующие или влияющие на программы ПТАО, такие как антинаркотическая стратегия и план по ее реализации; стратегии и программы в сфере ВИЧ/ТБ/гепатита; программы лечения наркотической зависимости; национальные рекомендации по применению ПТАО; программа обеспечения всеобщего доступа к услугам здравоохранения; стратегия реформы системы здравоохранения и т.д.;

- ✓ Исторический обзор внедрения ПТАО в стране с указанием ключевых этапов;
- ✓ Предыдущие оценки реализации программы ПТАО в стране;
- ✓ Страновые заявки на текущие/новые гранты Глобального фонда;
- ✓ Действующие законодательные акты, регулирующие вопросы наркополитики, а также документы, имеющие отношение к регулированию предоставления услуг лечения наркозависимости;
- ✓ Любые важные документы технических партнеров и/или общественных организаций по вопросам ПТАО, снижения вреда, ВИЧ, гепатитов, ТБ или всеобщего охвата услугами здравоохранения за последние три года — отчеты, оценки, аналитические записки и т.д. — в особенности документы, которые дают оценку ситуации с правовыми барьерами на пути доступа к лечению, с которыми сталкиваются люди, употребляющие наркотики;
- ✓ План(ы) перехода и/или обеспечения устойчивости при переходе от поддержки Глобального фонда, PEPFAR или других доноров к национальному финансированию (при наличии) в их предварительной или финальной версии;
- ✓ Недавние оценки готовности к переходу и устойчивости;
- ✓ Документы, касающиеся работы Странового координационного комитета по ВИЧ и ТБ (СКК), комиссии по борьбе со СПИДом и совета по контролю над наркотиками (при наличии), такие как внутренние положения, отчеты, положения о членстве, участия в заседаниях, протоколы заседаний и т.д.;
- ✓ Документы других многосторонних национальных органов управления, которые существуют и регулярно выполняют соответствующие функции, таких как комиссии, советы и т.д., в т.ч. касающиеся их полномочий, принципов управления, членства, влияния и т.д.

Ожидается, что для подтверждения полученной в ходе кабинетного исследования информации потребуется проведение интервью с ключевыми информантами.

В. Финансы и ресурсы

Эксперты, проводящие оценку, должны обращать особое внимание на наличие в полном или частичном объеме следующего:

- Предполагаемой или реализуемой модели финансирования, в т.ч. ресурсов для финансовой поддержки программы ПТАО, после прекращения донорского финансирования в соответствии с планом перехода и/или национальной антинаркотической политикой, документами, касающимися лечения наркотической зависимости, борьбы с ВИЧ и другими документами и/или коммуникацией с Глобальным фондом и другими донорами;
- Планов ресурсного обеспечения, содержащихся в планах перехода и национальных антинаркотических программах, программах по лечению наркотической зависимости, борьбе с ВИЧ, гепатитами и обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения, в т.ч. с точки зрения обеспечения финансовых, человеческих, фармацевтических ресурсов и информационных систем;
- Включение ПТАО в функции и обязанности государственной наркологической службы (включая работников здравоохранения, работающих в такой службе);

- Финансирование ПТАО, выделенное согласно оптимизированному бюджетному сценарию;
- Ключевые составляющие ПТАО (препараты, человеческие ресурсы, инфраструктура), которые финансируются государством;
- Донорские системы закупок, которые интегрированы в национальные системы и обеспечивают приемлемые цены и надлежащие механизмы контроля;
- Письменные обязательства правительства или СКК (при наличии) относительно совместного финансирования ПТАО и письменные условия и требования РЕPFAR или Глобального фонда (при наличии) относительно необходимости обеспечения совместного финансирования ПТАО, по меньшей мере, за последние 5 лет.

Ниже приведен неисчерпывающий перечень документов, которые могут помочь лицам, проводящим оценку, найти ответы на указанные выше вопросы:

- ✓ Список заболеваний и лекарственных препаратов, которые покрываются в рамках перечня основных возмещаемых лекарственных препаратов или в рамках минимальных пакетов услуг для обеспечения всеобщего доступа к услугам здравоохранения;
- ✓ Уставные документы национальных центров/служб по лечению наркотической зависимости и их бюджеты;
- ✓ Подсчет затрат на предоставление услуг ПТАО;
- ✓ Выдержки из онлайн или других баз данных зарегистрированных препаратов, подтверждающие регистрацию в стране метадона, бупренорфина и каких-либо других препаратов для ПТАО (дата регистрации, дата окончания срока регистрации, поставщик, название препарата);
- ✓ Информация о включении препаратов ПТАО в перечень лекарственных средств с упрощенной процедурой регистрации;
- ✓ Документы, определяющие возможность централизованных закупок и местного производства препаратов;
- ✓ Описание системы МиО и планирование оценки ПТАО;
- ✓ Должностные инструкции работников одного или двух выбранных пунктов предоставления услуг ПТАО или утвержденные государством шаблоны таких инструкций;
- ✓ Отчеты по результатам оценки реализации программ ПТАО за последние 5 лет;
- ✓ Отчеты о развитии потенциала программ ПТАО;
- ✓ Научные публикации на тему ПТАО, в том числе об эффективности и результативности применения такой терапии в стране проведения оценки;
- ✓ При наличии – заключения национальных ассоциаций психиатров и экспертов в сфере наркозависимости с оценкой потребностей в человеческих ресурсах и развитии потенциала, в том числе с информацией о включении в проводимые тренинги компонента информирования о потребностях целевых групп;
- ✓ Информация о базе данных клиентов ПТАО, включая ее описание и регулирование.

Рекомендуется заполнить следующие таблицы:

ТАБЛИЦА: Объемы финансирования и прогресс в процессе перехода (в национальной валюте, USD или EUR)

При необходимости можно добавлять строки для каждого источника финансирования в зависимости от потребности, например, если имеется более одного источника государственного финансирования.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	ИСТОЧНИК(И)	ПРИМЕЧАНИЯ
Бюджет на ПТАО, предусмотренный в национальных стратегиях, планах и т.д.									
Фактически выделенный совокупный бюджет на ПТАО из разных источников									
<i>Фактический бюджет на ПТАО разбивается по источникам финансирования:</i>									
Объем и/или доля государственного финансирования (перечислите источники государственного финансирования и укажите финансирование, поступающее из каждого источника)									
Объем и/или доля внутреннего частного финансирования и наличных платежей									
Объем и/или доля финансирования Глобального фонда									
Объем и/или доля другого внешнего/донорского финансирования (перечислите источники)									
Оценочная потребность в финансировании ПТАО*									
Оценочная потребность в финансировании ПТАО*									
Разница между потребностью и фактическим объемом финансирования									

* Информацию можно получить из исследований ОРТИМА, в рамках которых необходимые данные могли собираться, хотя при использовании этих данных может не учитываться индекс инфляции. Еще один возможный источник информации — заявка в Глобальный фонд, а также расчеты, приведенные при бюджетировании плана перехода. Возможно имеются отдельные исследования по затратам на ОЗТ в рамках проводимых ранее оценок программ ОЗТ и в отчетах национальных структур, занимающихся вопросами лечения наркозависимости, организаций, обеспечивающих управление грантами Глобального фонда, ЮНЭЙДС, УНП ООН, ВОЗ и др. Просьба указывать источники использованной информации.

ТАБЛИЦА: Разбивка по компонентам, покрываемым из разных источников финансирования

Просьба откорректировать/перечислить все источники, имеющиеся в стране, и, при необходимости, пересмотреть бюджетные категории. В случае, если объемы финансирования неизвестны, укажите, по крайней мере, из какого источника покрываются те или иные затраты, без указания конкретных сумм. Информация по грантам Глобального фонда может содержать разбивку затрат с указанием объемов финансирования от Глобального фонда, других доноров и из национальных источников в рамках совместного финансирования программ ПТАО

ПРОЦЕНТ ЗАТРАТ, ПОКРЫВАЕМЫХ ИЗ КАЖДОГО ИСТОЧНИКА	2018			2019			2020		
	Минздрав	ГФ	Наличные платежи	...					
Препараты									
Персонал (включая доплаты)									
Операционные затраты и менеджмент, в т.ч. затраты на помещение									
Развитие потенциала персонала									
Исследовательская работа, информационные системы									
Другое (просьба указать)									
Всего:									

ТАБЛИЦА: Человеческие ресурсы

	ПОСЛЕДНИЙ ГОД, ЗА КОТОРЫЙ ИМЕЮТСЯ ДАННЫЕ	ИСТОЧНИК(И)	ПРИМЕЧАНИЯ
Человеческие ресурсы для обеспечения ПТАО			
Число медработников, предоставляющих услуги ПТАО			
Число медработников, прошедших обучение по вопросам ПТАО в прошлом году			
Количество медицинских работников, которые были осведомлены о потребностях клиентов (в рамках проведения тренингов на рабочем месте и других мероприятий для понимания потребностей клиентов и лучших способов удовлетворения таких потребностей)			
Число пунктов ПТАО, в которых работают равные консультанты			
Число клиентов ПТАО на одного врача			
Число врачей, предоставляющих услуги ПТАО, которые не являются специалистами в лечении наркотической зависимости			
ПТАО и наркология (лечение наркотической зависимости)			

Число врачей в наркологической службе			
Число медсестер в наркологической службе			
% врачей, предоставляющих услуги ПТАО			
% врачей, прошедших обучение по вопросам ПТАО			
% медсестер, предоставляющих услуги ПТАО			
% медсестер, прошедших обучение по вопросам ПТАО			

ТАБЛИЦА: Исследования и оценки, проведенные в стране за последние 8 лет

ВЕДУЩАЯ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ, СПОНСОР	ВОВЛЕЧЕНИЕ НАЦИОНАЛЬНОГО АКАДЕМИЧЕСКОГО СЕКТОРА, А ТАКЖЕ КЛИЕНТОВ ПТАО ИЛИ ИХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ	НАЗВАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ГОД	ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ ИЛИ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ЭФФЕКТИВНОСТИ И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПТАО

С. Услуги

Эксперты, проводящие оценку, должны обращать особое внимание на наличие в полном или частичном объеме следующего:

- Соответствие охвата услугами ПТАО и их доступности в различных условиях рекомендациям ВОЗ;
- Внедрение стандартов качества ПТАО в стране;
- Соответствие других стандартов качества в отношении предоставления услуг ПТАО стандартам и рекомендациям IDUIT и руководствам ВОЗ;
- Расширение доступа к услугам ПТАО и отсутствие негативных изменений за последние четыре года в плане охвата и наличия услуг, их физической и финансовой доступности, приемлемости, дозировки, качества и интеграции, если такие изменения не связаны с потребностями сообщества;
- Отсутствие планов по сокращению масштабов или доступа к ПТАО;
- Достаточный уровень вовлечения получателей и поставщиков услуг в планирование программы ПТАО на страновом уровне, а также на уровне предоставления услуг.

Ниже приведен неисчерпывающий перечень документов, которые могут помочь лицам, проводящим оценку, найти ответы на указанные выше вопросы:

- ✓ Национальные клинические протоколы по предоставлению услуг ПТАО;
- ✓ Отчеты с указанием оценочного числа людей с опиоидной зависимостью или — что менее предпочтительно — оценочного числа людей, употребляющих инъекционные наркотики²⁵ (при этом необходимо удостовериться, что такие данные актуальны, и что с такой оценкой согласны основные заинтересованные стороны, включая представителей гражданского общества);

- ✓ Официальные отчеты о количестве людей, получающих услуги ПТАО, географическом распределении пунктов предоставления услуг ПТАО, доступности ПТАО в местах лишения свободы, включая изоляторы временного содержания (национальные отчеты по наркотикам, отчеты ССГА ООН/GAM, отчеты о реализации программ, отчеты донорам);
- ✓ Планы относительно ПТАО в заявках, подаваемых Глобальному фонду и другим донорам, национальные регуляторные документы по вопросам наркотической зависимости, контролю над оборотом наркотиков, ВИЧ, ТБ и гепатиту;
- ✓ Программные отчеты из базы данных мониторинга услуг ПТАО;
- ✓ Отчеты по результатам внешних оценок;
- ✓ Оценки и ситуационные исследования с точки зрения получателей услуг;
- ✓ При необходимости лица, проводящие оценку, могут подавать запросы в национальный орган, ответственный за координацию реализации программ ПТАО в стране, с конкретными вопросами по индикаторам, в дополнение к оценке реализации рекомендаций ВОЗ по ПТАО.

ТАБЛИЦА: Анализ числа клиентов и пунктов предоставления услуг ПТАО за последние 3 года и на предстоящий год

Примечание: Такую информацию можно получить от национального органа, ответственного за координацию реализации программ ПТАО в стране, а также из национальных отчетов по наркотикам. Если имеются пробелы в данных, отметьте это и укажите в разделе, посвященном анализу информационных систем.

Некоторая информация может быть доступна с разбивкой по препаратам, таким как метадон и бупренорфин, или может потребоваться сложить число клиентов из различных групп населения (заключенные, молодые люди и т.д.)

	2017	2018	2019	2020
Охват, в т.ч. женщин				
Оценочное число людей с опиоидной зависимостью				
Оценочное число и процент женщин с опиоидной зависимостью				
Число клиентов программ ПТАО				
Число и процент женщин-клиенток программ ПТАО				
Охват ПТАО (% людей с опиоидной зависимостью ²⁶)				
Охват ПТАО среди женщин с опиоидной зависимостью				
Охват ПТАО по шкале ВОЗ: низкий ← 20% ← средни → 40% → высокий				
Количество людей с опиоидной зависимостью, зарегистрированных в госучреждениях				

²⁵ ПТАО предназначена только для людей с опиоидной зависимостью, независимо от того, употребляют ли они наркотики инъекционным путем или нет. Однако в большинстве стран нет данных с такой подробной разбивкой. Таким образом, рекомендуется использовать оценочное число людей, употребляющих инъекционные наркотики, в качестве приблизительного значения знаменателя при расчете охвата услугами ПТАО.

²⁶ См. выше. При необходимости используйте оценочное число людей, употребляющих инъекционные наркотики, в качестве приблизительного значения знаменателя при расчете охвата услугами ПТАО.

Охват ПТАО среди людей с опиоидной зависимостью, зарегистрированных в госучреждениях (%)				
Географический охват				
Число пунктов предоставления услуг ПТАО				
Доля административных регионов страны, где реализуются программы ПТАО				
Интеграция ПТАО				
Доля пунктов ПТАО, предоставляющих комплексные услуги по ВИЧ / ТБ / ВГС				
Число пунктов предоставления услуг ПТАО в специализированных государственных наркологических центрах				
Число клиентов, получающих ПТАО в специализированных наркологических центрах				
Число пунктов предоставления услуг ПТАО в медучреждениях первичного звена				
Число клиентов, получающих ПТАО в медучреждениях первичного звена				
Число людей, получающих ПТАО в следственных изоляторах по состоянию на конец отчетного периода				
Число людей, получающих ПТАО в местах лишения свободы (включая СИЗО) по состоянию на конец отчетного периода				
Число людей, получающих услуги ПТАО на базе НПО				
Число людей, получающих услуги ПТАО в частных организациях				
Пропорция клиентов программ ПТАО, живущих с ВИЧ				
Пропорция клиентов программ ПТАО, живущих с ВИЧ, которые принимают АРТ				
Пропорция клиентов программ ПТАО, у которых диагностирован ВГС				
Пропорция клиентов программ ПТАО, у которых диагностирован ТБ				
Пропорция клиентов программ ПТАО с диагнозом ТБ, получающих лечение ТБ (в т.ч. МЛУ-ТБ)				
Число специализированных служб по ВИЧ и ТБ, предоставляющих услуги ПТАО				

ТАБЛИЦА: Средняя дозировка по пунктам предоставления услуг

	МЕТАДОН	БУПРЕНОРФИН
Средняя дозировка по стране		
Процент пунктов предоставления услуг, соблюдающих требования ВОЗ по минимальной дозировке		

2.2.2. Проведение интервью с ключевыми информантами и фокус-групп —

Переход к данному подразделу подразумевает, что лица, проводящие оценку, смогли собрать все основные данные, описанные в приведенном выше *п. 2.2.1 Кабинетное исследование*, и заполнить инструменты (информация по каждому контрольному показателю, в т.ч. баллы по компонентам). Если какие-либо данные не удалось получить в ходе проведения кабинетного исследования, лицам, проводящим исследование, рекомендуется добавить соответствующие вопросы в интервью с ключевыми информантами или в обсуждения в рамках фокус-групп для того, чтобы получить такие данные, или же попросить ключевых информантов и/или Консультативную группу помочь в получении доступа к необходимым данным.

В рамках обобщения результатов кабинетного исследования вы можете выносить **компоненты контрольных показателей, оставшиеся без ответа**, в таблицу, оставляя колонку для последующего внесения баллов (см. пример ниже). Такая таблица может использоваться для сбора соответствующих коротких ответов от ключевых информантов в письменном виде или в ходе интервью. Если вы решите использовать такую таблицу в ходе интервью, направьте ее участникам интервью заранее или распечатайте и возьмите с собой на интервью. Также вы можете обратиться к помощи Консультативной группы для проведения недостающей оценки и получения ответов по компонентам контрольных показателей или же в случае, если разные заинтересованные стороны оценили те или иные компоненты по-разному (разные баллы).

Образец таблицы по оценке компонентов, оставшихся без ответа, для заполнения информантами:

ОПИСАНИЕ	БАЛЛЫ Присвойте балл «0», «1» или «2», где: 0 = полностью или в большей степени не соответствует действительности 1 = частично соответствует действительности (в значительной степени соответствует действительности, наполовину, но не полностью соответствует действительности, необходим прогресс) 2 = полностью или в большей степени соответствует действительности	КОММЕНТАРИИ
[Компонент из инструментов в Приложении 4]		
[Компонент]		

Вопросы, которые приводятся в **руководствах по проведению интервью с ключевыми информантами и фокус-групп** в приложениях к данному Руководству (*Приложения 5 и 6*), направлены на то, чтобы получить основную информацию в дополнение к кабинетному исследованию и завершить проведение оценки устойчивости программ ПТАО. Руководства должны быть адаптированы для проведения интервью, исходя из компетенции ваших информантов и выявленных пробелов. Например, вопросы по поводу услуг будут актуальны для поставщиков и организаторов услуг, а также клиентов. Лица, проводящие оценку, могут добавлять дополнительные вопросы, необходимые для получения нужной им информации, исходя их странового и программного контекста. Кроме того, лицам, проводящим оценку, настойчиво рекомендуется провести **одну или две фокус-группы**: одну с клиентами программ ПТАО, а другую – с поставщиками услуг с целью получения дополнительных сведений о таких услугах. Фокус-группы можно организовать после завершения интервью, чтобы можно было отследить реакцию участников на полученную вами информацию и сосредоточиться на рекомендациях по улучшению ситуации.

Полезные рекомендации по проведению интервью с ключевыми информантами и фокус-групп приведены в публикациях Центра исследований в сфере политики здравоохранения Калифорнийского университета:

- Интервью:
http://healthpolicy.ucla.edu/programs/health-data/trainings/documents/tw_cba23.pdf
- Фокус-группы:
http://healthpolicy.ucla.edu/programs/health-data/trainings/Documents/tw_cba21.pdf

Лицам, проводящим оценку, **рекомендовано вести аудиозапись, а также подробный конспект интервью.** В течение 24 часов после завершения интервью такая информация должна быть пересмотрена и заархивирована в файлах для хранения данных на компьютере с высоким уровнем безопасности. Кроме того, информация, полученная в ходе интервью, должна быть внесена в инструменты и/или в отчет в сжатой форме и с цитатами в виде кратких списков по каждой тематической области с использованием соответствующих методов анонимизации источника информации (например, государственный партнер 1, технический партнер 1). Рекомендовано провести такую работу сразу же, в течение одного рабочего дня, пока еще свежи впечатления от проведенных интервью, поскольку это займет меньше времени, и при необходимости будет возможность оперативно связаться с участниками для разъяснений или, например, получить дополнительные данные в письменном виде, обещанные в ходе интервью.

Все ключевые информанты и участники фокус-групп, которые согласятся принять участие в оценке, вначале должны получить информацию в устной форме о цели исследования и процедурах проведения интервью, а также подробную информацию о своих правах как участников исследования, в том числе о праве в любой момент отказаться от дальнейшего участия в интервью, а также о процедурах по обеспечению безопасности и конфиденциальности их данных, если они не хотели бы, чтобы их идентифицировали как участников исследования. После этого необходимо получить их **информированное согласие** в устной форме в начале аудиозаписи проведения интервью или фокус-группы, до того, как будут вестись подробные записи для дальнейшего анализа полученной информации с прямым цитированием, а также для систематического анализа с целью подготовки итогового отчета.

2.3. Подготовка отчета и рекомендаций

После завершения оценки лица, проводящие оценку, собирают данные и готовят отчет. Настоятельно рекомендуется провести верификацию данных одним из двух способов на усмотрение лиц, проводящих оценку. Первый вариант — предоставить Консультативной группе обзор собранной информации с просьбой указать на возможные конфликты данных, неполные или неподтвержденные данные из одного источника. Второй вариант — подготовить проект отчета и попросить Консультативную группу внимательно проверить такой проект отчета и заполненные таблицы перед доработкой отчета и написанием выводов.

Пример содержательной структуры отчета приведен в *Приложении 3* в отдельном файле. Отчет должен включать описание контекста, полученную информацию и выводы по каждой из тематических областей, а также общие выводы и рекомендации государственным органам, поставщикам услуг, гражданскому обществу, техническим партнерам и донорам.

На данном этапе у лиц, проводящих оценку, должны быть заполненные инструменты для структурирования информации, полученной в ходе кабинетного исследования и интервью, которая представляет собой основу для подготовки раздела отчета о результатах исследования. Кроме того, должна быть готова информация для других разделов отчета, в частности полученная в ходе кабинетного исследования. Заполненные инструменты необходимо сохранить и обеспечить их хранение в полном объеме в качестве внутренних документов на случай возникновения вопросов относительно источников информации. Рекомендации по адаптации таблиц для проведения количественных подсчетов по каждому индикатору и тематической области приведены в первом инструменте оценки.

Для того, чтобы подготовить более качественные рекомендации и определить их приоритетность, лица, проводящие оценку, могут либо провести встречу с членами Консультативной группы, либо — что предпочтительно — провести фокус-группу с широким кругом заинтересованных лиц. Это поможет определить наиболее критичные вопросы и проблемы из тех, которые были выявлены в ходе оценки. Также это даст возможность определить, какие конкретные шаги должны быть предприняты и какими именно структурами для того, чтобы в ближайшие 2–5 лет обеспечить максимальную устойчивость программ ПТАО. Таким образом, можно будет выделить 7–15 конкретных рекомендаций, адресованных тем или иным заинтересованным лицам, которые помогут повысить устойчивость и обеспечить эффективный процесс перехода.

2.4. Распространение рекомендаций и планирование их выполнения

Для того, чтобы о них узнали и они могли повлиять на ситуацию, отчет по результатам оценки и соответствующие рекомендации должны быть представлены и донесены до соответствующих заинтересованных сторон. Консультативная группа может помочь подготовить план распространения таких рекомендаций и определить распределение обязанностей. В качестве альтернативного варианта можно наладить сотрудничество с государственной службой или НПО и организовать совместное мероприятие для презентации результатов оценки.

Необходимо предусмотреть, по меньшей мере, некоторые из описанных ниже шагов для того, чтобы представить отчет в разных форматах разным аудиториям, чтобы повысить информированность о выводах, сделанных в результате оценки, и обсудить, какие конкретные действия должны быть предприняты, чтобы обеспечить устойчивость программ:

- подготовка **аналитической записки** с кратким описанием результатов оценки и рекомендаций, а также ее перевод на английский/русский языки;
- подготовка **набора слайдов** для возможных презентаций;
- перевод отчета или отдельных его разделов, поскольку отчет необходимо подготовить на национальном языке, чтобы обеспечить его максимальное влияние на национальных стейкхолдеров, а также на английском (и/или русском языке) для того, чтобы представить его международным партнерам, в том числе ВОЗ, ЮНЭЙДС, Глобальному фонду и PEPFAR;
- представление и обсуждение отчета на **встречах государственного уровня**, например, на заседаниях Странового координационного комитета, национального совета по борьбе с

ВИЧ, ТБ и гепатитами, национального совета по вопросам обеспечения всеобщего доступа к услугам здравоохранения, национальной комиссии по наркотикам и/или других соответствующих структур;

- на основании отчета подготовка **конкретных рекомендаций относительно плана перехода на национальное финансирование** с предложениями по графику, ответственным лицам, основным этапам и мониторингу выполнения;
- подготовка и публикация статей в **научных журналах** национального и международного уровня;
- подача тезисов на **международные и национальные конференции** по вопросам ВИЧ, гепатитов, наркополитики, наркозависимости и глобального здоровья;
- распространение результатов оценки через региональные и глобальные **сетевые организации**, среди **доноров и международных партнеров**;
- организация **презентации для ключевых заинтересованных сторон**, особенно для представителей государственного сектора и поставщиков услуг;
- распространение и освещение ключевых выводов и рекомендаций в формате **индивидуальных сообщений и встреч** с представителями ключевых заинтересованных сторон, особенно тех, кого касаются рекомендации.

Страна может принять решение о разработке плана по обеспечению устойчивости ПТАО на базе результатов оценки. Консультативная группа по вопросам проведения оценки может сыграть ключевую роль в определении актуальности такого планирования, подходящего формата и процесса достижения поставленных результатов. После донесения до ведома представителей ключевых государственных структур информации о результатах оценки и соответствующих рекомендаций может быть подготовлен пресс-релиз.

Раздел 3: Пртложения и инструменты

ПРИЛОЖЕНИЕ 1: Список сокращений

АРТ	антиретровирусная терапия
ВГС	вирусный гепатит С
ВЕЦА	Восточная Европа и Центральная Азия
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОУЗ	всеобщий охват услугами здравоохранения
ГФ	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (также — <i>Глобальный фонд</i>)
ЕАСВ	Евразийская ассоциация снижения вреда
ЕС	Европейский союз
ЕЦПКЗ	Европейский центр профилактики и контроля заболеваний
ИКИ	интервью с ключевыми информантами
ИОГП	Инструмент оценки готовности к переходу (ЕАСВ)
КЭСКП	Комитет по экономическим, социальным и культурным правам
ЛУИН	люди, употребляющие инъекционные наркотики
МЗ	Министерство здравоохранения
МИО	мониторинг и оценка
МККН	Международный комитет по контролю над наркотиками
МЛУ-ТБ	туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
МПЛ	медикаментозное поддерживающее лечение
НПО	неправительственная организация
ОЗТ	опиоидная заместительная терапия (еще один термин для ПТАО)
ООН	Организация Объединенных Наций
ОПЛ	опиоидное поддерживающее лечение
ПАВ	психоактивные вещества
ПТАО	поддерживающая терапия агонистами опиоидов
СКК	Страновой координационный комитет
ССГА ООН	Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН
СУП	снабжение и управление поставками
ТБ	туберкулез
ТЗ	техническое задание

УНП ООН	Управление ООН по наркотикам и преступности
ФГ	фокус-группы
ЦВЕЦА	Центральная и Восточная Европа и Центральная Азия
ЦУР	цели устойчивого развития
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу
GAM	Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа
GAVI	Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации
IDUIT	Реализация комплексных программ по ВИЧ и ВГС для людей, употребляющих инъекционные наркотики: практическое руководство для совместных мероприятий
INPUD	Международная сеть людей, употребляющих наркотики
NIDA	Национальный институт США по вопросам злоупотребления наркотиками
PEPFAR	Чрезвычайный план Президента США по борьбе со СПИДом
SID	индекс устойчивости и информационная панель (PEPFAR)
TPA	оценка готовности к переходу (Curatio International Foundation)

ПРИЛОЖЕНИЕ 2: Обзор рамочных концепций и инструментов, используемых для оценки перехода и устойчивости программ в сфере ВИЧ, ТБ и малярии

ОРГАНИЗАЦИЯ, НАЗВАНИЕ ИНСТРУМЕНТА	Подход	ТЕМАТИЧЕСКИЕ ОБЛАСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ
Индекс устойчивости и информационная панель PEPFAR (SID)	Инструмент заполняется каждые 2 года PEPFAR и партнерскими организациями для оценки текущего состояния устойчивости национальных мер по борьбе с ВИЧ/СПИДом и для того, чтобы помочь PEPFAR принимать информированные инвестиционные решения. Результаты представляются в формате трехстраничной справки, к которой прилагаются подробные таблицы на 40 страницах и информационная панель с цветовым кодированием. Например, см. SID Украины 2018 года .	На основании ответов на 90 вопросов инструмент охватывает 15 компонентов в следующих областях: <ol style="list-style-type: none"> 1. Управление, лидерство и подотчетность. 2. Национальная система здравоохранения и предоставления услуг. 3. Стратегические инвестиции, эффективность и устойчивое финансирование. 4. Стратегическая информация.
Рамочная концепция оценки готовности к переходу (ТРА) и инструмент ТРА (разработаны Curatio International Foundation при поддержке Глобального фонда)	Один из наиболее комплексных инструментов, использующий подход, основанный на оценке систем здравоохранения и уроках, извлеченных в других сферах, в т.ч. GAVI, и их доработке. Наиболее широко применяется в программах Глобального фонда. Как и в инструменте SID PEPFAR, в данном инструменте используются объемные таблицы и система цветового кодирования для определения уровня риска и устойчивости компонентов программы.	Проводится оценка по следующим темам и под-темам: <ol style="list-style-type: none"> 1. Внешняя среда: (а) политическая; (б) экономическая; 2. Внутренняя Среда <ul style="list-style-type: none"> • Ресурсы: (а) финансы; (б) человеческие ресурсы; (с) информационные системы в сфере здравоохранения; • Управление: (а) управление; (б) подотчетность; • Программы: (а) предоставление услуг; (б) организационный потенциал; (с) планирование перехода.
Инструмент оценки готовности к переходу (ИОГП) (подготовлен APMG Health по заказу ЕССВ)	Сфокусирован на оценке готовности услуг снижения вреда к переходу от поддержки Глобального фонда к национальному финансированию, которую рекомендуется проводить периодически. Данный инструмент уже применялся в ряде стран Юго-Восточной Европы. Оценка проводилась привлеченными местными или международными консультантами. Инструмент позволяет оценить готовность к переходу в процентном отношении и содержит большую описательную часть. Для примера, по ссылке можно ознакомиться с отчетом по результатам оценки в Македонии в 2016 году.	Оценка производится по четырем тематическим областям посредством 12 индикаторов (3 по каждой области), каждый из которых, в свою очередь, оценивается через три контрольных показателя: <ol style="list-style-type: none"> 1. Политика: план перехода, законодательная и политическая среда, механизм социального заказа. 2. Управление: устойчивый орган управления, программный надзор и финансовый надзор. 3. Финансы: оптимизированный бюджет, финансирование НПО, системы закупок. 4. Программы: стандартизированный мониторинг, охват услугами, партнерство с НПО.
Руководство по анализу готовности стран к переходу от поддержки Глобального фонда (разработано ACESO Global и APMG Health по заказу Глобального фонда)	Данное руководство подготовлено с использованием упомянутых выше инструментов, но с более выраженным фокусом на двух областях: финансировании здравоохранения и фискальном компоненте, а также роли и устойчивости гражданского общества (в т.ч. анализе ситуации с социальным заказом). Кроме того, данный инструмент «расширяет применяемый подход, добавляя аналитический аспект к контрольным спискам». Рекомендуется использовать инструмент рабочим группам по вопросам перехода в стране с вовлечением заинтересованных сторон и при поддержке внешнего консультанта.	Инструмент состоит из 6 модулей, основными из них являются первые 4 модуля: <ol style="list-style-type: none"> 1. Финансовая и нефинансовая поддержка Глобального фонда, оказываемая стране. 2. Эпидемиологическая ситуация и борьба с заболеваниями. 3. Институциональная среда и благоприятные факторы; правозащитные и гендерные аспекты, которые могут повлиять на успешный переход. 4. Финансирование сферы здравоохранения и фискальные вопросы, в т.ч. вопросы эффективности. 5. Положительные и отрицательные факторы системы оказания услуг с точки зрения перехода, в т.ч. цепочка поставок, информационные системы и человеческие ресурсы в сфере здравоохранения. 6. Роль организаций гражданского общества в борьбе с заболеваниями, в т.ч. возможности правительства финансировать такие организации (социальный заказ).
Концепция оценки устойчивости ответа на ВИЧ, предложенная Оберт и Вайтсайд ²⁷	Данная концепция еще не была оформлена в инструмент или таблицу индикаторов. Подход в большей мере ориентирован на оценку устойчивости и в меньшей мере — на процесс перехода от донорского к национальному финансированию. Это единственная концепция, которая рассматривает правовые аспекты устойчивости ответа на ВИЧ как отдельный компонент для проведения оценки.	Предлагаемые компоненты оценки устойчивости: <ol style="list-style-type: none"> 1. финансовый; 2. эпидемиологический; 3. политический; 4. структурный; 5. программный; 6. права человека.

²⁷ Oberth G, Whiteside A. What does sustainability mean in the HIV and AIDS response? African Journal of AIDS Research 2016, 15: 1–9.