

## Звіт про аналіз діяльності проекту ГФ

### ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ГРАНТ

Номер гранту:	UKR-C-UCDC
Основний реципієнт:	Державна установа "Центр громадського здоров'я МОЗ України"
Початок роботи проекту	01.01.2015

### ПЕРІОД АНАЛІЗУ ДІЯЛЬНОСТІ ПРОЕКТУ

Аналіз діяльності програми – Звітний період:	Рік	Номер:
Аналіз діяльності програми – Період діяльності:	Початок роботи:	Закінчення роботи:
	01.01.2017	31.12.2018

### А. Показники впливу / наслідків

Вплив/ Наслідок	Опис показника	Запланована ціль	Фактичний результат	Коментарі щодо результатів виконання показників впливу/ наслідку та джерел даних, а також будь-які інші примітки
Вплив	HIV O-1(M): Відсоток дорослих та дітей з ВІЛ, які, як відомо, проходять лікування через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії	87%	87.67%	Індикатор відповідає діяльності UCDC (PHC). Дані збираються за допомогою стандартної статистичної форми когорти №57, що представляє 2016 групу лікування (МОЗ №182). Дані не включають номери з Криму та NGCA Донецької та Луганської областей. Серед ключових питань, що впливають на досягнення цільових показників цього показника, є високий рівень смертності протягом 12 перших місяців лікування через пізні діагностику та високий рівень тягаря ВІЛ / ТБ та високі показники ЛФП за рахунок повільного недосконалого догляду та підтримки, побічних ефектів, сильних міграційних процесів та тягаря соціальних проблем пацієнтів.

### Б. Показники результатів виконання програми

Номер завдання	Номер показника	Опис показника	Запланована ціль на поточний момент	Фактичний результат	Виконання у %	Причини відхилення від цільових показників програми
1	KP-Other-1:	Кількість і відсоток пацієнтів на ЗПТ	7,2%	4,1%	58,0%	Індикатор відповідає діяльності UCDC (PHC). Дані збираються за допомогою звичайної щомісячної звітності та відкрито ділитися на веб-сайті ПМСП. Починаючи з жовтня 2017 р., OST отримують державні закупівлі ліків, а на початку 2018 р. Всі регіони вже перейшли на фінансування урядом, що охопив не тільки всіх існуючих пацієнтів, але і запланував збільшити кількість 2000 пацієнтів за перші два бюджетні періоди. Проте більшість існуючих великих сайтів OST вичерпали можливості для подальшого розширення, навіть беручи до уваги швидку реалізацію практики відміни та, отже, зменшення людських ресурсів та фінансового навантаження на об'єкти. Відсутність сайтів OST та фахівців з наркозалежності, які бажали працювати в програмах OST, частково вирішено новим клінічним протоколом про опіюдний залежність та гнучкими навчальними програмами, розробленими ПМСП. Регіони, які стримували їх масштаб під час підготовки та початку перехідного періоду, зможуть його продовжити.
2	MDR TB-2(M):	Кількість виявлених випадків резистентного ТБ (річні кумулятивні)	11436	6478	56,6%	Індикатор відповідає діяльності UCDC (PHC). Дані збираються через диспетчер Е-ТБ. Цей показник включає кількість випадків захворюваності на туберкульоз та / або МЛУ, визначених як в цивільних, так і в кримінальних справах. Низька продуктивність може бути пояснена загальним виявленням випадків захворювання на туберкульоз, особливо серед груп підвищеного ризику, серед яких більш висока поширеність лікарсько-стійких форм туберкульозу. Також однією з причин є погана участь спеціалістів первинної медичної допомоги у виявленні туберкульозу та поганий доступ до молекулярно-генетичної діагностики туберкульозу PP / МЛС на рівні первинної медичної допомоги.
3	MDR TB-3(M):	Кількість пацієнтів з РРТБ і МРТБ, що розпочали лікування препаратами 2 ряду (річні кумулятивні)	11 322	7 941	70,1%	Індикатор відповідає діяльності UCDC (PHC). Дані збираються через диспетчер Е-ТБ. Індикатор включає кількість випадків туберкульозу RR та / або МЛС як у цивільному, так і у кримінальному секторах, які розпочали лікування другої лінії в 2017 році. Індикатор MDR TB-3 (M) тісно пов'язаний з індикатором MDR TB-2 (M) (повідомлено про кількість випадків туберкульозу з RR-TB та / або MDR-TB), що було значно недоотримано в цьому та попередніх звітних періодах, що також призводить до низької продуктивності MDR TB-3 (M).
4	MDR TB-4:	Відсоток випадків РРТБ та МРТБ, що були втрачені протягом перших 6 місяців з початку лікування	5,0%	11,8%	120,0%	Індикатор відповідає діяльності UCDC (PHC). Досягнення: = 42,4% (зверніть увагу, оскільки це зворотний показник, формула і, таким чином, розрахунок в колонці R невірний). 11,8% пацієнтів з когорти 3-4 кварталів 2016 року перервали лікування протягом перших 8 місяців лікування (форма даних №8-4 ТБ 10 MRTB). Ці дані охоплюють 8 місяців лікування, що частково може пояснити більшу кількість зривів. Погане виконання може бути пояснено існуючою системою організації лікування ТБ МЛС в цілому, що має бути вдосконалено протягом найближчих років, але все ще має багато прогалин для охоплення. Крім інших причин, це недосконала система соціальної та психологічної підтримки пацієнтів під час лікування, які часто представляють групи високого ризику та мають боротися з різними не медичними проблемами та поганим поведінням з побічними ефектами, що спричиняють туберкульоз, що призводить до високого рівня збоїв.
5	TCP-2(M):	Успішність лікування ТБ	85,0%	76,2%	89,6%	Індикатор відповідає діяльності UCDC (PHC). Дані збираються через диспетчер Е-ТБ. Будь ласка, зверніть увагу, що в Україні в паперовій формі статистичних форм включаються лише дані про туберкульоз легень (крім позалегенового). З огляду на це, дані отримуються з ТБ-реєстру, що дозволяє включати нові та рецидивні випадки як легеневого, так і позалегенового туберкульозу. Неefективність лікування спостерігається через слабку організацію лікування хворих на туберкульоз, переважно з використанням стаціонарного лікування, що сприяє внутрішньолікарняній інфекції та підвищенню ризику розвитку туберкульозу МЛС. Серед інших причин - недосконала організація прямого контролю над лікуванням, недосконала система соціальної та психологічної підтримки хворих під час лікування та поганого лікування побічних ефектів від туберкульозних препаратів.
6	TCP-1(M):	Кількість виявлених випадків ТБ (бак. підтверджені та клінічно діагностовані) нові та рецидивні (річні кумулятивні)	31434	27259	86,7%	Індикатор відповідає діяльності UCDC (PHC). Дані збираються через диспетчер Е-ТБ. Низькі показники можуть бути пояснені загальним виявленням випадків захворювання на туберкульоз, особливо серед груп ризику. Також однією з причин є погана участь спеціалістів первинної медичної допомоги у виявленні туберкульозу.

7	MDR TB-4:	Відсоток випадків РРТБ та МРТБ, що були втрачені протягом перших 6 місяців з початку лікування	84,0%	59,6%	70,9%	Індикатор відповідає діяльності UCDC (PHC). Дані будуть зібрані після того, як ВІЛ ВІЛ буде повністю введена та перевірена. Наразі вона була зібрана за запитом до регіональних медичних закладів. Серед основних причин низької продуктивності є те, що багато пацієнтів вже беруть участь у профілактиці ВІЛ з туберкульозом, тому вони взагалі не мають права на профілактичне лікування. Також, розрив між звітними періодами не дозволяє пацієнтам, які нещодавно брали участь у догляді, але не розпочали ІПТ, ще не включені до загальної кількості. Сам поглинання ІПТ також потребує більшої уваги та регулярного розглядється під час моніторингових візитів та щоденних повідомлень із місцевими поста-чальниками медичних послуг.
8	TB/HIV-5:	Відсоток нових та рецидивних хворих на ТБ з задокументованим ВІЛ-статусом (річні дані)	98,0%	97,7%	99,7%	Індикатор відповідає діяльності UCDC (PHC). Дані збираються через диспетчер Е-ТВ. Певна частка пацієнтів відмовляється перевіряти, оскільки ВТС в Україні є добровільною і не може бути застосована.
9	TB/HIV-6(M):	Відсоток нових та рецидивних ВІЛ+ пацієнтів з ТБ на АРТ протягом лікування ТБ (річні дані)	75,0%	72,4%	96,6%	Індикатор відповідає діяльності UCDC (PHC). Дані збираються через диспетчер Е-ТВ.
10	TCS-1(M):	Відсоток охоплення АРТ	48,3%	36,8%	76,2%	Індикатор відповідає діяльності UCDC (PHC). Дані збираються за допомогою планових звітів №56. Дані не включають номери з Криму та NGCA Донецької та Луганської областей. Як повідомляється, об'єкти NGCA охоплюють 9967 пацієнтів, які отримують АРТ, у загальній кількості 98237. Був короткий незабезпечений період закупівельних прогалин (не виключаючи перевіряння лікування, але не допускаючи повного розгортання). Зв'язок із доглядом, особливо для ключових груп, потребує подальшого вдосконалення, а також швидкої ініціації АРТ та формування приємності протягом перших місяців після цього.
11	TCS Other-1:	Кількість дорослих, що отримують АРТ в пенітенціарному секторі	3000	2375	79,2%	Індикатор відповідає діяльності UCDC (PHC). 3830 ув'язнених ЛКВ та затриманих підлітків зараз знаходяться у населеному пункті пенітенціарних установ, що становить 62%. 1036 пацієнтів з АРТ були звільнені з кримінально-виконавчої системи протягом 2017 року, а після звільнення вони отримали АРТ. У всіх пацієнтів є дорослі пацієнти. Існує також декілька хворих на АРТ, які отримують лікування серед великого кримінального населення NGCA.

#### В. Коментарі ОР щодо виконання спеціальних умов, зазначених в угоді про надання гранту

Спеціальні умови	Статус	Коментарі ОР щодо дій з метою виконання умов
Лист ЕЕЕСА/GS/o25-02/02/2018 від 2 лютого 2018 року. Спеціальна умова №5.3 Розробка Національної програми/плану з туберкульозу	Виконано	
Лист ЕЕЕСА/GS/o25-02/02/2018 від 2 лютого 2018 року. Умова №5.4 Звітуння щодо виконання Національної програми/плану з туберкульозу	В процесі	Концепція Національної програми боротьби з туберкульозом 2017 -2021 розроблена та схвалена урядом. 27 грудня 2017 року Концепція Національної програми боротьби з туберкульозом на 2017-2021 роки була повністю схвалена Прем'єр-міністром. У той же час зазначається, що Прем'єр-міністр делегував обов'язок МОЗ розробити та подати детальну програму Кабінету Міністрів протягом двох місяців. Команда країни буде мати можливість обговорити терміни та потенційну технічну допомогу для детальної програми під час виконання місії в кінці січня 2017 року. Країна все ж таки має звітувати про виконання програми боротьби з туберкульозом в рамках нового гранту для України 2018- 2020 рр.
Лист ЕЕЕСА/GS/o25-02/02/2018 від 2 лютого 2018 року. Умова №5.5 План, затверджений Міністерством охорони здоров'я, щодо передачі фінансування витрат на людські ресурси, що фінансуються ГФ до державного, починаючи з 1 січня 2016 року.	В процесі	Процес перенесення витрат з управління персоналом на урядові витрати супроводжувався зміною статусу та розширення ролі PR від UCDC до Центру громадського здоров'я. У 2017 році в рамках проекту «Гранти для нового запиту на фінансування» СТ буде стратегічно використовувати підхід, пов'язаний з де-факто структурою РНС, і визначити підхід до винагороди PIU та співробітників РНС, які були повністю або частково задіяні в управління грантами ГФ.
Додаткові заходи	Коментарі ОР щодо вжитих заходів	
Лист ЕЕЕСА/GS/o25-02/02/2018 від 2 лютого 2018 року. І. Питання закупівель. 1. Питання щодо термінів придатності CS	3 жовтня 2017 року розрахунок потреби в ПТП за кошти Державного бюджету здійснюється відповідно до Методики розрахунку потреби у протитуберкульозних препаратах, затвердженої наказом МОЗ України від 15 вересня 2017 року № 1098 (зарєєстрованої в Міністерстві юстиції України 04 жовтня 2017 року за № 1227/31095) з використанням сучасної системи моніторингу та управління протитуберкульозними препаратами Quan-TB. При формуванні заявки на закупівлю ПТП за кошти Державного бюджету на 2017 рік залишки препаратів ГФ на центральному складі були включені як гарантовані надходження при розрахунку потреби в ПТП на 2017 рік та доставлені в регіони у жовтні 2017 року. При розрахунку потреби в ПТП за бюджетні кошти на 2018 рік також враховуватимуться залишки ПТП за кошти ГФ на центральному складі та будуть включені в розрахунок як гарантовані надходження. Розрахунок ПТП з новими препаратами для цивільного сектору та курсів МР ТБ для пенітенціарного сектору за рахунок гранту ГФ на 2018 рік буде проведений в системі Quan-TB з урахуванням ПТП на центральному складі, їх термінів придатності, плану набору пацієнтів. Залишки на центральному складі будуть включені як гарантовані надходження. З метою раціонального та цільового використання ПТП за рахунок коштів ГФ ведеться постійний моніторинг за їх залишками та використанням. Для мінімізації ризиків невикористання Левофлоксацину 500 мг до закінчення термінів придатності, за погодженням з ГФ, був здійснений розподіл 22081 уп. Левофлоксацину 500 з терміном придатності до 30.06.2018 для хворих загальної лікарняної мережі. Станом на 26.02.2018 в регіони надіслано лист щодо додаткової потреби в зазначеному препараті для хворих загальної лікарняної мережі. Триває процес збору заявок від регіонів. По інших ПТП за кошти ГФ теж ведеться постійний моніторинг щодо залишків та використання.	
Лист ЕЕЕСА/GS/o25-02/02/2018 від 2 лютого 2018 року. І. Питання закупівель. 2. Питання щодо термінів придатності CS	Впровадження нової Методики розрахунку потреб в туберкульозних препаратах вважається дуже важливим важелем для зменшення майбутніх ризиків, пов'язаних із закінченням терміну дії Всі АРВП та ПТП, закуплені за кошти ГФ обліковуються посерійно з усіма термінами придатності на рівні центрального складу та складу кожного регіону. Інформація надалі буде надаватися в рамках звітності до ГФ в розрізі серій та термінів придатності.	
Лист ЕЕЕСА/GS/o25-02/02/2018 від 2 лютого 2018 року. І. Питання закупівель. 3. Дефіцит реагентів GeneXpert, Bactec та Hain	В кінці 2017 року країна отримала витратні матеріали для діагностики ГБ (GeneXpert, Bactec та Hain) Отримане кількість витратних матеріалів забезпечить потреба країни до липня 2018 (включно). У січні 2018 року відбувся тендер на закупівлі за гроші держбюджету вищевказаних видаткових матеріалів. З огляду на обмежені терміни придатності реагентів для аналізатора MGT 960 закупівлі плануються розділити на 2 поставки. За інформацією від ПРООН (Міжнародна організація, відповідальна за проведення закупівель за кошти держбюджету) перша партія надійде в регіони в червні 2018 року. У новий грант ГФ практично не передбачена закупівля витратних матеріалів для діагностики ТБ, так як країна взяла на себе зобов'язання фінансувати цю потреба за кошти Держбюджету. Питання створення центрального складу для державних закупівель лежить поза компетенції ЦГЗ і неодноразово вноситься на обговорення в МОЗ України. Наразі МОЗ України не вважає за доцільне використання центрального складу і основним механізмом управління даним ризиком є поділ поставок на частини.	

	<b>Лист ЕЕЕСА/GS/o25-02/02/2018 від 2 лютого 2018 року. . показник «Кількість людей на АРТ в закладах ДКВС»</b>	Невиконання індикатора «Охоплення АРТ» протягом року пов'язано з великою кількістю звільнених осіб з ВІЛ-інфекцією, які отримували АРТ (за 2017 рік – 1036 осіб), та високим відсотком відмов засуджених з ВІЛ-інфекцією (станом на 01.01.2018 – 14,62% від усіх ВІЛ-інфікованих, необхідно проводити інтер'ю даних пацієнтів під час моніторингових візитів для підтвердження). З урахуванням 1036 осіб, що отримували АРТ та відбули з установ ДКВС України за 2017 р., індикатор виконано на 113,7%. Заплановано проводити розрахунок індикатора у % - згідно стратегії UNAIDS (не менше 90% охоплення АРТ). Під час моніторингових візитів проводиться верифікація даних з ф.56. Впровадження МІС-ВІП в закладах ДКВС будуть виключати розбіжності між фактичними даними та поданими звітними формами.
	<b>Лист ЕЕЕСА/GS/o25-02/02/2018 від 2 лютого 2018 року. II. Програмні питання. Недостатня забезпеченість людськими ресурсами</b>	В новій заявці України на фінансування Глобального фонду у 2018-2020 роках враховано потребу ЦГЗ у персоналі. План розвитку кадрової спроможності буде розроблено для ЦГЗ у цілому після завершення сесій зі стратегічного планування (у тому числі планування людських ресурсів), які плануються у березні 2018 року.
6	<b>Лист ЕЕЕСА/GS/o25-02/02/2018 від 2 лютого 2018 року. II. Програмні питання. OST</b>	Кількість сайтів OST постійно зростає, однак ми це визнаємо децентралізація послуг сповільнилась, в основному завдяки організаційним та технічним обмеженням (а також відсутність фінансового стимулювання), обмеження рівень первинної медичної допомоги, який буде повністю задіяний у забезпеченні OPT. Виклики з персоналу та потреби у ліцензуванні також є одними з ключових проблем. Проте всі регіони в цілому заявили про готовність відкрити в 2018 році понад 40 нових об'єктів OST. Одеська область нещодавно відкрила 2 ділянки OST за межами міста - у Білгород-Дністровському та Березівці. ПМСД звернувся до проблем, пов'язаних із OCT, у Київській області під час останнього візиту до Фастівської районної лікарні у лютому 2018 року. Хоча плани щодо відкриття нових об'єктів в регіоні залишаються незрозумілими (хоча вони й зазначаються починаючи з 2013 року), прогрес у вилученні OCT препаратів, які почалися в Фастів до кінця 2017 року. Загалом 33% хворих на OPT на метадоні отримують дозування для прийому (1% -86% у різних регіонах) та 65% пацієнтів з бупренорфіном (0-98%).
7	<b>Лист ЕЕЕСА/GS/o25-02/02/2018 від 2 лютого 2018 року. III. Питання моніторингу та оцінки. нові форми ТБ, E-TB manager</b>	Нова форма ТБ була розроблена та направлена до Державної служби статистики України для затвердження. Проте після невідкладного оновлення Клінічного протоколу для первинної, вторинної та вищої медичної допомоги "Туберкульоз" (грудень 2017 р.) Цей процес був призупинений, оскільки тепер форма туберкульозу повинна бути перероблена відповідно до нового Протоколу. Розбіжності між паперовими формами та менеджером електронного туберкульозу можна пояснити неточним періодом, протягом якого дані про пацієнта повинні бути введені в електронну систему (це може бути зроблено в будь-який час протягом місяця, коли паперові форми заповнюються на конкретну дату). У плані зміцнення потенціалу ЦГЗ на 2018 рік, затвердженого Глобальним фондом, є потужний компонент М ІО (у тому числі 2 тренінги для пенітенціарної системи та Міністерства оборони та 6 тренінгів на регіональному рівні), які спрямовані на забезпечення якості даних є і використання менеджер Е-ТБ.
8	<b>Лист ЕЕЕСА/GS/o25-02/02/2018 від 2 лютого 2018 року. III. Питання моніторингу та оцінки. Недостатнє досягненням показника: Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, (нещодавно зарахований до ВІП-терапії), що розпочали профілактику туберкульозу</b>	У грудні 2017 року Робоча група та Міністерство охорони здоров'я переглянули та затвердили Універсальний клінічний протокол для первинної, вторинної та вищої медичної допомоги "Туберкульоз". Усі форми ТБ будуть перероблені відповідно до нового Протоколу (це також вплине на форми, що стосуються людей, які живуть з ВІЛ, а також на моніторинг відвідування закладів СНІДу)

#### Д. Огляд діяльності з виконання гранту

№	Модуль	опис виконання або невиконання запланованих заходів робочого плану	Коментарі щодо невиконання
1	Лікування, догляд та підтримка	В рамках реалізації гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (ГФ) за 6 місяців 2016 року було набрано на лікування 1948 хворих на мультирезистентний туберкульоз. Кількість пацієнтів, які розпочали лікування за кошти ГФ відповідає 100% від плану набору. Індикатор щодо надання АРТ в Україні виконано на 70%, індикатор щодо надання АРТ в пенітенціарній системі виконано на 64%. Здійснено моніторингові візити до 9 регіонів.	
2	Програми профілактики для інших уразливих груп (ув'язнені)	Не входить до діяльності УЦКС	
3	Профілактика ТБ та догляд	На разі в рамках Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз переглядаються підходи щодо профілактики туберкульозу. Розроблено проект концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2017-2021 роки в яку включені заходи передбачені на 2017 в тому числі профілактики та догляду відповідно до кращих міжнародних практик. Очікується затвердження зазначених документів у другому півріччя року.	
4	ТБ/ВІЛ	З метою покращення допомоги хворим на поєднану патологію ТБ/ВІЛ здійснюються спільні моніторингові візити до регіонів України у складі мультидисциплінарної команди, що включає лікаря-фтизіатра та лікаря-інфекціоніста. За 6 місяців 2016 року здійснено 14 спільних моніторингових візитів. За результатами моніторингових візитів покращується надання медичної допомоги хворим на ко-інфекцію. На національному рівні проводяться скайп-наради з розгляду важких випадків ко-інфекції надісланих від регіональних протитуберкульозних закладів та СНІД центрів.	
5	Усунення правових бар'єрів щодо доступу до послуг	Не входить до діяльності УЦКС	
6	Посилення систем спільнот	Не входить до діяльності УЦКС	

7	Інформаційні системи у сфері охорони здоров'я та МІО	<p>В рамках реалізації вказаного компоненту було розроблено та прийнято Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 691 від 12.07.2016 року. Відповідно до основних позицій вказаного наказу - з липня 2016 року в Дніпропетровській, Запорізькій, Кіровоградській, Київській, Миколаївській, Полтавській, Херсонській, Черкаській та Чернігівській областях запроваджується дослідна експлуатація Єдиної електронної системи епідеміологічного та клінічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції (далі – МІС ВІЛ). Станом на 06.2016 р. пілотне впровадження МІС ВІЛ відбулося в м. Києві та Вінницькій області. За підсумками реалізованого пілоту було суттєво доопрацьовано МІС ВІЛ, усунуто наявні технічні проблеми, підготовлений проект наказу МОЗ про промислову експлуатацію системи.</p> <p>Станом на 06.2017р. дослідну експлуатацію Єдиної електронної системи епідеміологічного та клінічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції (далі – МІС ВІЛ) запроваджено в 12 регіонах, що визначені наказами Міністерства охорони здоров'я України № 691 від 12.07.2016 року та №799 від 27.11.2016р. – Вінницька, Дніпропетровська, Запорізька, Кіровоградська, Київська, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Херсонська, Черкаська та Чернігівська області та місті Києві. В зазначених регіонах встановлено необхідну комп'ютерну техніку та програмне забезпечення, проведено</p>	
8	Лідерство й управління	<p>В рамках діяльності за проектом було розроблено технічні завдання на закупівлю послуг з проведення пілотних проєктів (включаючи зустрічі та роботу консультантів) з питань: 1) оцінка різних моделей інтегрованих медичних та соціальних послуг; 2) проведення експериментального дослідження з інтеграції ВІЛ / ТБ первинної медико-санітарної допомоги в контексті реформи охорони здоров'я; 3) проведення пілотного дослідження для оцінки здійснення соціального порядку.</p>	
9	Розвиток кадрового потенціалу	<p>Протягом 1-го півріччя 2016 рік в рамках проєкту було проведено 18 тренінгів. Було навчено 376 спеціалісти, що представляли 25 областей України. Серед них: 299 лікарів-фізіатрів, 29 медсестер, 7 фармацевтів, 7 соціальних працівників та 34 немедичні спеціалісти. Більшість клінічних тренінгів, крім тих, що мали місце в Києві, проводились на базі мікрорегіональних тренінгових центрів: 2 тренінги у Вінницькому (50 учасників), 1 тренінг у Дніпропетровському (21 учасник), 2 тренінги в Запорізькому (47 учасників), 3 тренінги у Львівському (63 учасники) та 3 тренінги у Харківському (70 учасників). Тренінги проводились за такими темами: 1. Ведення випадку ВІЛ/ТБ 2. Основи антиретровірусної терапії 3. Опортуністичні інфекції, супутні стани та захворювання 4. Ведення випадку мультирезистентного туберкульозу 5. Тренінги з моніторингу та оцінки (Туберкульоз, ВІЛ, ВІЛ/ТБ) 6. Тренінги для користувачів національного реєстру хворих на Туберкульоз (ведення випадку, модуль ТБ-препаратів, дашборди) 7. Інфекційний контроль за туберкульозом у закладах охорони здоров'я 8. Консультування і тестування на ВІЛ 9. Стажування для адміністраторів в сфері охорони здоров'я</p>	
Адмін.	Сприятливе середовище: Управління та Адміністрація Програми	Адміністративні видатки забезпечено відповідно до затвердженого бюджету.	

#### Е: Загальні витрати ОП

№	Модуль	Бюджет за звітний період	Фактичні витрати за звітний період	Відсоток використання коштів	Причини розбіжностей
1	Профілактичні програми для інших вразливих груп населення	\$4 275	\$0	0,00%	Ремонт сайтів ЗПТ у виправних закладах Державної пенітенціарної служби України тимчасово призупинено в зв'язку з неврегульованістю питання на законодавчому рівні.

2	Посилення CO3 - політика та управління	\$9 900	\$127	1,28%	Перенесення пілотних проєктів (включаючи роботу консультантів) з питань: 1) оцінка різних моделей інтегрованих медичних та соціальних послуг; 2) проведення експериментального дослідження з інтеграції ВІЛ / ТБ первинної медико-санітарної допомоги в контексті реформи охорони здоров'я; 3) оцінка різних моделей інтегрованих медичних та соціальних послуг. Перенесення діяльності не впливає на досягненні цільових показників.
3	Посилення CO3 - працівники сфер охорони здоров'я населення	\$231 113	\$224 537	97,15%	Перенесення наступних активностей: 1) тренінгів для лабораторних спеціалістів; 2) онлайн консультування лікарів на первинному рівні; 3) адміністративна підтримка з організації і проведення тренінгів; 4) ТОТ для мультидисциплінарних команд; 5) розробка навчальних модулів; 6) інше. Перенесення діяльності не впливає на досягненні цільових показників та виконання програми у цілому.
4	Посилення CO3 - Системи медичної інформації та МІО	\$122 318	\$90 572	74,05%	Перенесення наступних активностей: 1) ТБ дослідження; 2) тренінги для регіональних центрів МІО з питань коінфекції ВІЛ-ТБ; 3) технічна підтримка впровадження моніторингу ЕІ ЗПТ; 4) технічна підтримка е-ТБ менеджера; 5) забезпечення інтернету для колоній при Міності. Перенесення діяльності не впливає на досягненні цільових показників та виконання програми у цілому.
5	Посилення CO3 - управління закупівлями та постачанням	\$7 700	\$20 468	265,82%	Перенесення роботи консультанта з розробки юридичних документів щодо законодавство з питань управління закупівель та постачання
6	Програмний менеджмент	\$606 729	\$610 755	100,66%	
7	Посилення CO3-надання послуг	\$0	\$42 230	0,00%	Покращення інфраструктури надання послуг
8	Всесвітня організація охорони здоров'я (Технічна допомога)	\$68 636	\$108 540	158,14%	Кошти витрачені відповідно до Меморандуму (продовження діяльності)
<b>Загальні витрати</b>		<b>\$1 050 671</b>	<b>\$1 097 229</b>	<b>104,43%</b>	

Підписано від імені Основного реципієнта:

Ім'я: Курпіта Володимир Іванович  
Посада: Генеральний директор ДУ "Центр громадського здоров'я МОЗ України"  
Дата та місце: м. Київ, 2018 року