

ТЕТЯНА СЕМИГІНА

**ПОЛІТИКА ПРОТИДІЇ ЕПІДЕМІЇ
ВІЛ/СНІДУ В УКРАЇНІ:
РОЛЬ МІЖНАРОДНОЇ ДОПОМОГИ**

**За матеріалами дослідження
глобальних ініціатив у сфері ВІЛ/СНІДУ**

Київ — 2009

ББК

С

Рецензенти

Валентин Якушик, доктор політичних наук, професор
Микола Лукашевич, доктор філософських наук, професор
Наталія Нізова, доктор медичних наук, професор

Рекомендовано до друку Вченою Радою Національного університету
„Києво-Могилянська академія”, протокол № 44 від 18 грудня 2008 р.

Видання здійснено у межах проекту “Дослідження впливу глобальних ініціатив у сфері ВІЛ/СНІДу на систему охорони здоров’я», який реалізовувався за фінансової підтримки Інституту Відкритого Суспільства (OSI).

С **Семигіна Т.** Політика протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: роль міжнародної допомоги: за матеріалами дослідження глобальних ініціатив у сфері ВІЛ/СНІДу. — К: ТОВ «Агентство “Україна”», 2009. — 144 с.

ISBN 976-966-2157-21-5

ББК

ISBN 976-966-2157-21-5

© Семигіна Т.В., 2009

© ТОВ «Агентство “Україна”», 2009

ЗМІСТ

| | |
|---|--|
| Подяки | |
| Абревіатури | |
| Ключові терміни | |
| Вступ | |
| Розділ 1. Теоретико-методологічні засади оцінювання програм у галузі охорони громадського здоров'я | |
| 1.1. Цілі оцінювання програм та політики охорони громадського здоров'я | |
| 1.2. Критерії оцінювання програм та політики охорони громадського здоров'я | |
| 1.3. Методи оцінювання впровадження програм та політики охорони громадського здоров'я | |
| 1.4. Труднощі оцінювання програм та політики охорони громадського здоров'я | |
| Розділ 2. Методологія дослідження | |
| 2.1. Часові та географічні рамки дослідження | |
| 2.2. Учасники дослідження | |
| 2.3. Методи збору та аналізу даних | |
| 2.4. Труднощі теоретичні проблеми дослідження | |
| Розділ 3. Політика протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: державні підходи та міжнародна участь | |
| 3.1. Зміст державної політики протидії епідемії ВІЛ/СНІДу | |
| 3.2. Стислий огляд глобальних ініціатив у сфері ВІЛ/СНІДу в Україні | |
| Розділ 4. Оцінка впровадження програми Глобального Фонду в Україні | |
| 4.1. Оцінка процесу впровадження програми Глобального Фонду | |

| | |
|---|--|
| 4.1.1. Фінансова підтримка розвитку ВІЛ-сервісних організацій | |
| 4.1.2. Розвиток людського потенціалу ВІЛ-сервісу..... | |
| 4.1.3. Посилення нормативно-правового забезпечення розвитку ВІЛ-сервісу, створення сприятливого середовища для розвитку ВІЛ-сервісу | |
| 4.2. Оцінка результатів впровадження програми Глобального Фонду | |
| 4.2.1. Розвиток послуг для ВІЛ-позитивних людей та уразливих до ВІЛ груп | |
| 4.2.2. Якість та доступність послуг ВІЛ-сервісу..... | |
| 4.3. Оцінка наслідків впровадження програми Глобального Фонду | |
| 4.3.1. Динаміка епідеміологічної ситуації в Україні | |
| 4.3.2. Знання та поведінка уразливих до ВІЛ груп | |
| 4.3.3. Вплив Глобального Фонду на систему охорони здоров'я та політику протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні | |
| 4.3.4. Вплив Глобального Фонду на розвиток громадянського суспільства в Україні..... | |

Розділ 5. Оцінка респондентами впровадження проекту Світового Банку.....

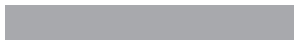
Розділ 6. Узагальнення та практичні рекомендації

Список використаних джерел

Додатки

Додаток А. Перелік організацій, які брали участь у дослідженні ..

Додаток Б. Brief Information on the results of the research project “Tracking global health HIV/AIDS initiatives and their impact on health systems: Ukraine”



ПОДЯКИ

До участі у проведенні дослідження долучались: **Ірена Грига** – канд.мед.наук, керівник школи охорони здоров'я Національного університету „Києво-Могилянська академія”; **Валерій Левченко** – канд.техн.наук, доцент Національного авіаційного університету; **Дарина Богдан** – викладач Школи соціальної роботи Національного університету „Києво-Могилянська академія”; **Тетяна Черниш** – викладач Школи охорони здоров'я Національного університету „Києво-Могилянська академія”; **Наталія Тілікіна** – керівник соціологічного центру Державного інституту розвитку сім'ї та молоді; **Оксана Сіра** – науковий співробітник соціологічного центру Державного інституту розвитку сім'ї та молоді; **Олена Плевако** – науковий співробітник центру соціально-психологічного аналізу Державного інституту розвитку сім'ї та молоді; студентки Національного університету „Києво-Могилянська академія” – **Ірина Шевченко, Вікторія Бондар, Катерина Фукс, Леся Нечипоренко, Ольга Кидалова, Катерина Ольховець** та ін. Щира подяка їм за їх роботу.

Велику подяку висловлюємо партнерам проекту – **Джілл Уолт та Нейлу Спайсеру** (з Лондонської школи гігієни та тропічної медицини), **Руарі Бругді** (з Ірландського Королівського коледжу хірургів) – за методологічну підтримку та спільну роботу.

Ми також хочемо висловити подяку тим організаціям та експертам, які взяли участь у дослідженні, поділилися інформацією та корисними матеріалами, брали участь у наших заходах.

АБРЕВІАТУРИ

АРВ – антиретровірусний

АРТ – антиретровірусна терапія

БФ – благодійний Фонд

ВІЛ – вірус імунодефіциту

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ГІ – Глобальні ініціативи

ГФ – Глобальний Фонд для боротьби з ВІЛ/СНІДом, туберкульозом та малярією

ДКТ – добровільне тестування та консультивання на ВІЛ-інфекцію

ЖКС – жінки комерційного сексу

ЗПТ – замісна підтримувальна терапія

ІПСШ – інфекції, що передаються статевим шляхом

ЛЖВС – люди, які живуть з ВІЛ/СНІД

МБФ – Міжнародний благодійний фонд

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України

МОН – Міністерство освіти та науки України

НДО – недержавна організація

ПРООН – Програма розвитку Організації Об'єднаних Націй

СБ – Світовий Банк

СІН – споживачі ін'єкційних наркотиків

СНІД – синдром набутого імунодефіциту

ЧСЧ – чоловіки, що мають секс із чоловіками

ЮНЕЙДС – спеціальна агенція з питань ВІЛ/СНІДу Організації Об'єднаних Націй

ЮСЕЙД – Агентство США з міжнародного розвитку

КЛЮЧОВІ ТЕРМІНИ

Вертикальна трансмісія – передання вірусу від матері до дитини під час вагітності, пологів або годування груддю

ВІЛ-сервіс – сукупність суб'єктів незалежно від форми власності та відомчого підпорядкування, що пропонують медичні, соціальні та інші послуги ВІЛ-позитивним людям, членам їх родин, а також представникам найбільш уразливих до ВІЛ груп

ВІЛ-сервісні організації – організації незалежно від форми власності та відомчого підпорядкування, що надають медичні, соціальні та інші послуги ВІЛ-позитивним людям, членам їх родин, а також представникам найбільш уразливих до ВІЛ груп

Глобальні ініціативи у сфері ВІЛ/СНІДу – програми та ініціативи міжнародних організацій, що реалізуються в різних країнах світу з метою подолання наслідків епідемії ВІЛ/СНІДу та зупинення її поширення

Дискримінація – дія або поведінка, ґрунтована на упередженні, негативних переконаннях стосовно певної групи людей

Замісна підтримувальна терапія – форма медичної допомоги, що базується на застосуванні при лікуванні опіодної залежності речовини, подібної до наркотику (сетоданову, бупренорфіну тощо), з метою переведення залежності в контрольовану форму і зменшення прагнення до опіатів

Зменшення шкоди – модель роботи зі споживачми ін'єкційних наркотиків, яка передбачає не утримання від вживання наркотиків, а мінімізацію шкідливих наслідків і соціальних проблем, пов'язаних із вживанням наркотиків ін'єкційним шляхом

Опортуністичні інфекції – інфекція або пухлина, що виникають здебільшого у людей зі слабкою імунною системою (наприклад, пневмоцистна пневмонія, цитомегаловірус, саркома Капоші тощо)

Політика протидії епідемії ВІЛ/СНІДу – політика, спрямована на попередження, подолання та зменшення наслідків цієї епідемії

Уразливі до ВІЛ групи – групи, що мають вищий, порівняно з іншими суспільними групами, ризик інфікування ВІЛ (споживачі ін'єкційних наркотиків, працівники комерційного сексу, чоловіки, які мають секс із чоловіками тощо)

ВСТУП

Нині ВІЛ/СНІД розглядається як світова проблема, що має медичний, соціальний, правовий, економічний, психологічний виміри. Вона стала перевіркою на людяність, терпимість, гуманізм, фактично тим глобальним викликом, який визначає рівень нашої цивілізації. Відтак, чимало міжнародних організацій, глобальних суб'єктів політики долучилися до пошуків ефективної відповіді на епідемію ВІЛ у національних державах, у тому числі й в Україні (2002 року Україна подала заявку до Глобального Фонду по боротьбі із СНІДом, туберкульозом і малярією, і згодом отримала 92 мільйони доларів США на протидію поширенню ВІЛ/СНІДу; 2003 року Україна ухвалила рішення про отримання позики Світового Банку для реалізації проекту «Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні» загальною вартістю у 77 мільйонів доларів США; ще з 1990-х років в Україні впроваджують свої проекти чимало інших організацій). Вважається, що ці ініціативи роблять свій внесок у подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, спрямовуючи свою діяльність на розширення доступу клієнтів до послуг догляду та підтримки, впроваджуючи програми зменшення шкоди, реалізуючи інформаційні кампанії, спрямовані на зменшення стигми і дискримінації ВІЛ-позитивних людей, проводячи адвокаційні кампанії, а також ініціюючи законодавчі зміни.

Проте глобальні ініціативи не завжди знаходять підтримку та розуміння як серед політикуму, так і населення. Це ставить завдання осмислення уроків участі міжнародних організацій у політиці охорони громадського здоров'я в Україні, одним із ключових пріоритетів якої вважається протидія епідемії ВІЛ/СНІДу.

Актуальність дослідження впливу глобальних ініціатив в Україні зумовлена тим, що, незважаючи на ряд законодавчих, політичних, організаційних та адміністративних заходів, які були вжиті у відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДу (включаючи створення Національної координаційної ради з протидії епідемії ВІЛ/СНІДу та активність недержавних ВІЛ-сервісних організацій) фактично не відбулось

прогресу в процесі стабілізації чи припинення розповсюдження ВІЛ/СНІДу.

Проведені в Україні дослідження акцентують свою увагу на окремих аспектах епідемії і є досить розрізненими. Зокрема, за останні роки було проведено низку поведінкових досліджень, що дають уявлення про основні чинники передачі вірусу серед уразливих до ВІЛ груп [1; 17; 32; 33; 34; 35; 49] та оцінку чисельності цих груп [45]. Кілька досліджень було зосереджено на житті ВІЛ-позитивних людей: дотриманні їх прав на отримання допомоги [4; 15], їх статусу в суспільстві і причин їх дискримінації [41; 60], забезпеченості послугами ВІЛ-інфікованих дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування [2]. Деякі дослідники зосереджувались на нормативно-правовому (М. Микитюк [30], В. Рудий [68]) та організаційному (І. Холожило [77], А. Якобчук [83] та ін. [24]) аспектах протидії епідемії ВІЛ. Частина дослідників розглядала питання формування національної (А. Бега [3], І. Демченко, М. Варбан, Н. Салабай [14], П. Павленко [96], Ю. Скуйбіда [71] і регіональної (О. Худоба [78] та ін. [72]) політики протидії епідемії ВІЛ/СНІДу та її імплементації в нинішніх умовах [27; 44], фінансування заходів із протидії епідемії [18; 95], соціально-економічні наслідки епідемії [98], впровадження окремих програм протидії епідемії [6; 42; 43; 59]. Але всі ці дослідження не дають структурованої картини глобальних ініціатив у сфері охорони здоров'я та їх впливу на доступність послуг для ВІЛ-позитивних людей і припинення поширення епідемії ВІЛ в Україні.

Саме тому, **метою** дослідження впливу глобальних ініціатив у сфері ВІЛ/СНІДу на систему охорони здоров'я України була підтримка діяльності уряду України та громадського сектору у напрямі протидії епідемії ВІЛ/СНІДу шляхом забезпечення надійної та достовірної інформації стосовно впливу глобальних ініціатив у сфері ВІЛ/СНІДу на надання якісних послуг належним чином.

Основні завдання проекту:

- Проаналізувати проведені в Україні дослідження стосовно політики та практики у сфері ВІЛ/СНІДу.
- Вивчити законодавчі, політичні та організаційні аспекти діяльності державних та недержавних організацій, акцен-

туючи увагу на доступності послуг для маргіналізованих груп населення;

- Описати глобальні ініціативи в Україні, координаційні механізми цих ініціатив та роль державних і недержавних організацій у реалізації діяльності, яку підтримує Глобальний Фонд для боротьби з малярією, туберкульозом і ВІЛ/СНІДом;
- Оцінити якість послуг, які надають державні та громадські організації людям, що живуть з ВІЛ/СНІД (зокрема тим, що належать до маргіналізованих груп у різних регіонах України), та оцінити зміни послуг, які відбулися завдяки глобальним ініціативам;
- Ідентифікувати ризики щодо забезпечення рівного доступу представників усіх маргінальних груп до послуг, підтриманих глобальними ініціативами у сфері ВІЛ/СНІДу;
- Розробити рекомендації щодо покращення якості послуг, що надаються людям, які живуть з ВІЛ/СНІД, а також налагодження координації діяльності державних медичних закладів та недержавних провайдерів послуг у сфері ВІЛ/СНІД.
- Поширити результати дослідження з метою адвокатування потреб людей, що живуть з ВІЛ/СНІД, та покращення якості послуг, які їм надаються.

Це дослідження проводилося у межах проекту «Дослідження впливу глобальних ініціатив у сфері ВІЛ/СНІДу на систему охорони здоров'я», який упродовж 2006-2008 років реалізували Школа охорони здоров'я Національного університету «Кієво-Могилянська академія» спільно зі Школою соціальної роботи розпочали реалізацію української частини міжнародного Партнери проекту — Лондонська Школа гігієни та тропічної медицини, Ірландський Королівський коледж хірургів. Проект тривав з липня 2006 року по січень 2008 року, він реалізовувався за фінансової підтримки Інституту Відкритого Суспільства (OSI) й відбувався паралельно в чотирьох країнах — Україні, Киргизстані, Грузії та В'єтнамі.

Аналогічні дослідження проводяться в інших країнах світу, які отримують кошти міжнародних донорських організацій для боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу. Дослідники з 21 країни утворили фахову асоціацію — Мережу з дослідження впливу глобальних ініціатив у сфері ВІЛ/СНІДу, що має на меті консолідувати зусилля у вивченні наслідків надання міжнародної допомоги країнам із високим рівнем поширення ВІЛ/СНІДу й інформування розробників політики щодо результативності політики і практики такої допомоги.

За результатами проекту підготовлено ситуаційний, проміжний та підсумковий звіти, що розміщені на веб-сторінках Школи охорони здоров'я Національного університету “Києво-Могилянська академія” (<http://www.sph.ukma.kiev.ua>) та Мережі з дослідження впливу глобальних ініціатив у сфері ВІЛ/СНІДу (<http://www.ghinet.org>).

Ця публікація зосереджена переважно на представленні результатів останнього етапу проекту, що збігся у часі із завершенням першого раунду програми Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією і початком програми шостого раунду, замороженням та відновленням позики Світового Банку, що ускладнювало оцінку через брак фактичної інформації щодо успіхів і досягнень конкретної глобальної ініціативи, оскільки вони перепліталися і співіснували в часі. Дослідження також здійснювалось одночасно із проведенням в Україні міжнародними організаціями (ЮНЕЙДС, ВООЗ) комплексної оцінки національних заходів з протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, розробкою концепції національної програми протидії епідемії ВІЛ/СНІДу на 2009–2013 роки, підготовкою Національного звіту з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Можливо, результати проекту в чомусь перегукуються із названими документами, доповнюють чи заперечують викладену у них інформацію. Наразі учасники проекту сподіваються, що зібрана та проаналізована інформація стане в нагоді для осмислення змін, що відбулись у ВІЛ-сервісі, житті людей, уражених і уразливих до ВІЛ, у системі охорони громадського здоров'я і в українському суспільстві в цілому.

РОЗДІЛ 1. Теоретико-методологічні засади оцінювання програм у галузі охорони громадського здоров'я

1. 1. Цілі оцінювання програм та політики охорони громадського здоров'я

Важливою складовою процесу політики охорони громадського здоров'я є моніторинг та оцінка втілюваних програм. Мета такого оцінювання полягає у вдосконаленні програми чи політики шляхом усунення неефективного втручання або вироблення вказівок щодо модифікації існуючого втручання.

Загалом **оцінювання**, як зазначає К. Вайс,— це «систематична оцінка операцій та/ або результатів програми чи політики порівняно з комплексом явних та неявних стандартів з метою вдосконалення програми чи політики» [5, 26]. У наукових джерелах пропонується низка класифікацій оцінювання програм та політики.

Насамперед, оцінювання розрізняється за тим, на якій стадії реалізації програми або політики воно здійснюється. Якщо оцінка програми відбувається до початку її реалізації і призначена для того, щоб обслуговувати потреби розробників програм і політики, то вона вважається *попередньою* (інші назви – формуюче, діагностичне оцінювання). Коли оцінку здійснюють на стадії реалізації програми, розглядаючи ефективність методів, засобів та форм впровадження програми, то таке оцінювання є *проміжним* (або процесуальним). *Підсумковим* (завершальним, сумативним) вважають оцінювання після завершення виконання програми, спрямоване на визначення соціальних і практичних результатів програми, воно допомагає ухвалити рішення про те, чи варто продовжувати ту чи іншу політику [5, 72; 31, 21-22].

У межах цього підходу до оцінювання політики у нагоді може стати модель політичної системи, запропонована Д. Істоном [84].

Модель дає концептуальну основу для того, щоб розглядати політику охорони здоров'я як систему, утворену формальними інститутами, що відповідають за розроблення та реалізацію політичних заходів політичними партіями, зацікавленими групами, взаємозв'язком між потребами, законами, службами, послугами, результатами впровадження соціальних програм. У цій системі послідовно розрізняють: 1) „вхід” (певні вимоги та потреби у розв'язанні ситуації, передумови, підтримка); 2) власне процеси взаємодії між різними елементами політичної системи; 3) „вихід” у вигляді рішень та дій. Ця модель також вирізняє оточення, політичне середовище, в якому здійснюється та чи інша політика. Відповідно оцінювання може стосуватися будь-якого з елементів моделі.

З іншого боку, оцінювання програми чи політики за своїм цільовим призначенням покликане вивчати або *процес реалізації програми* (визначення відповідності фактичної діяльності за програмою запланованої діяльності), або *результати її реалізації* (з'ясування відношення результату до намічених цілей, рівень досягнення результату), або вплив результатів програми на соціальну ситуацію [31, 22]. При цьому, на думку К. Вайс, оцінка політики може передбачати вимірювання впливу на: 1) осіб, які обслуговуються, або на тих, на кого безпосередньо спрямована програма; 2) агентства (організації, інституції); 3) більші системи (наприклад, взаємодію між організаціями); 4) громадськість [5, 242-246].

М. Говлет та М. Рамеш привертають увагу до того, що оцінювання політики може здійснюватися різними суб'єктами, які мають власні цілі, завдання та очікування. Відтак вони виділяють три різновиди оцінювання:

- *адміністративне* (формальне, внутрішнє), яке обмежене аналізом ефективності виконання владою чи організацією, що впроваджувала програму, своїх обов'язків із намаганням визначити, чи отримані вигоди вартують витрат, проводиться представниками підрозділів виконавчих органів влади чи організацій;
- *судове* — з'ясування проблем законності шляху впровадження програми; виконується судовою владою і розглядає можливі конфлікти між діями влади та конституційними

положеннями або встановленими стандартами адміністративного керівництва та правами окремих осіб;

- *політичне* (неформальне, зовнішнє, суспільне) — проводиться усіма зацікавленими особами і є найменш системним, воно намагається категоризувати політику як успіх чи невдачу, за чим йде вимога продовження чи зміни; метою такого оцінювання є сприйняття проблеми чи цілі політики, воно може відбуватися, зокрема, через проведення публічних форумів чи консультацій [12, 188-196].

Слід наголосити, що програми охорони громадського здоров'я викликають чимало суспільних дискусій [48, 276], наприклад, щодо введення замісної підтримувальної терапії для споживачів ін'єкційних наркотиків або сексуальної освіти молоді. Результати проведення проміжного та підсумкового оцінювання здійснених втручань можуть суттєво вплинути на громадську думку та політичний дискурс, слугуватимуть “зовнішній легітимізації соціальної програми” [31, 23], а також забезпечать умови, в яких політики, які неохоче беруться за цю проблему, змушені будуть розширити заходи в межах програм, спрямованих на протидію епідемії [70, 16].

1.2. Критерії оцінювання програм та політики охорони громадського здоров'я

Для практичного здійснення оцінки програми чи політики важливо мати певні засоби та характеристики об'єктів вимірювання.

Методологічним інструментом, який забезпечує можливість перевірки теоретичних уявлень за допомогою емпіричних даних, слугує **показник (критерій)**, тобто узагальнена характеристика якостей об'єкта чи процесу, що показує параметри, величину, достатність, недостатність чи надмір того, що може бути вимірюваним або оціненим. Показники допомагають зосередити увагу на ключових компонентах запланованих заходів, виявити зміни в певних сферах діяльності, а також порівняти стан виконання та ефективність заходів.

У науковій літературі виділяють кілька груп показників, які використовують для оцінки програм та політики.

Насамперед, показники поділяють на якісні, які фіксують наявність чи відсутність певних рис, та кількісні, які фіксують, наскільки виражена певна ознака, та мають цифровий вимір [70, 11].

Залежно від того, які елементи програми потрібно контролювати, розрізняють *показники результатів, процесу, впливу* [31, 27].

К. Вайс пропонує здійснювати оцінку програми чи політики за дещо відмінним, більш розширеним переліком мірил для вимірювання: 1) бажані результати; 2) неочікувані результати; 3) проміжні індикатори руху у напрямі результатів; 4) компоненти впровадження, тобто процесів програми; 5) ресурси, витрати, середовище [5, 230].

При аналізі програм та політики охорони громадського здоров'я часто послуговуються *кінцевими*, пов'язаними із цілями політики (стан здоров'я населення, фінансовий захист від зубожіння внаслідок необхідності платити за лікування чи інші послуги, задоволеність отримувачів послуг), та *проміжними*, пов'язаними із завданнями та засобами політики (технічна та ресурсна ефективність, клінічна та сервісна якість послуг, рівність у доступності послуг, стримування цін), показниками охорони громадського здоров'я [91, 24, 111].

Узагальнюючи всі наведені класифікації показників, група українських фахівців запропонувала поділити показники виконання програм у сфері ВІЛ/СНІДу за п'ятьма рівнями:

- *внесок* (політика, бюджет та матеріально-технічні ресурси, які виділяються на боротьбу з епідемією, наприклад, сума коштів, виділена на програми по роботі з уразливими до ВІЛ групами);
- *процес* (підготовлені кадри та обладнання, які вкладаються у програму із метою досягнення результатів, наприклад, кількість та відсоток спеціалістів системи охорони здоров'я та волонтерів громадських організацій, які пройшли тренінги роботи з уразливими до ВІЛ групами);
- *результати* (спектр та якість послуг, які надаються з метою досягнення наслідків, та ступінь охоплення груп наданням

відповідних послуг, наприклад, кількість та відсоток СІН, які охоплені профілактичними заходами);

- *наслідки* (зміни у знаннях та поведінці, що мають вплинути на здоров'я та епідемію, наприклад, відсоток СІН, які почали дотримуватися поведінки, що знижує ризик передачі ВІЛ);
- *вплив* (зменшення рівня захворюваності на ВІЛ-інфекцію та ІПСШ, зменшення смертності від СНІДу, наприклад, поширеність ВІЛ-інфекції за даними епідеміологічних досліджень серед вагітних, а також груп високого ризику – СІН, ЖКС, ЧСЧ) [70, 12].

В Україні розроблено низку національних показників моніторингу та оцінки протидії епідемії ВІЛ/СНІДу [65], які охоплюють такі напрями:

- *відданість та дії на національному рівні* (фінансування програм, комбінований національний індекс у сфері політики ВІЛ/СНІДу);
- *національні програми* (безпека крові, охоплення антиретровірусною терапією, профілактика передачі від матері до дитини, ведення хворих на туберкульоз та ВІЛ-інфекцію, тестування на ВІЛ, програми профілактики, послуги для сиріт та вразливих дітей, просвітницька робота);
- *знання та поведінка* уразливих до ВІЛ груп;
- *вплив* (поширеність ВІЛ серед уразливих груп, відсоток ВІЛ-інфікованих дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, відсоток людей із ВІЛ-інфекцією / СНІДом, які отримують лікування через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії [38].

Таким чином, у науковій та нормативно-правовій літературі пропонуються різні показники, що можуть бути застосовані для оцінювання політики в сфері охорони громадського здоров'я. У цілому, вони стосуються вихідних умов, за яких починається реалізація програми чи політики, процесів їх реалізації, результатів як очікуваних, так і неочікуваних, різнопланових впливів.

1.3. Методи оцінювання впровадження програм та політики охорони громадського здоров'я

Оцінювання політики та програм охорони здоров'я може проводитись різними шляхами й методами. За визначенням групи українських науковців, до найвідоміших з них належать: надання звітів, проведення громадських або парламентських слухань, інспекційні відвідування, кількісне вимірювання результатів (подання цифрових даних), порівняння з існуючими стандартами, аналіз скарг громадян. Ці фахівці також вирізняють такі методи оцінювання програми та політики, як:

- *експериментальний*, у ході якого беруться дві порівняльні групи (експериментальна й контрольна), випадково вибрані з цільової групи населення. Експериментальна група залучається до програми, а контрольна — ні. Для визначення змін, що сталися, обидві групи тестують до та після реалізації програми;
- *квазі-експериментальний*, за якого група, що залучена до програми, порівнюється з іншою, схожою за багатьма характеристиками групою. Наприклад, показники стану здоров'я в області, де втілюється певна програма, порівнюються з показниками області із схожими умовами (екологія, показники добробуту тощо), але на яку програма не поширюється;
- *порівняльний*, який передбачає зіставлення ситуації після реалізації програми з іншою ситуацією — до впровадження програми або з екстрапольованою тенденцією розвитку попереднього стану, тобто оцінка того, що б сталося без реалізації програми шляхом уявного продовження в часі тенденції розвитку тієї чи іншої проблеми [67, 203–204].

У сфері охорони громадського здоров'я методи збирання інформації дещо відрізняються від традиційних політичних чи соціологічних. Обумовлено це природою політики та програм охорони громадського здоров'я, для оцінювання яких потрібно мати перевірені, доведені показники змін, наприклад, у стані здоров'я на-

селення, у поведінкових практиках людей тощо. Для цього, окрім традиційних аналізу документів та експертних інтерв'ю, має використовуватися:

- *рутинний епідеміологічний нагляд* (ведення та аналіз статистики щодо діагностики, захворюваності та смертності);
- *дозорний епідеміологічний нагляд*, важливий в умовах „прихованої” епідемії, наприклад, систематичний збір даних щодо поширення вірусу серед окремих груп населення (дозорних груп) на конкретній території (дозорній ділянці) за певний час, поведінка яких є найбільш ризикованою стосовно інфікування;
- *поведінкові дослідження* (наприклад, масові репрезентативні опитування в групах високого ризику щодо зараження та передачі ВІЛ-інфекції. Метою таких досліджень є отримання інформації про потенційні поведінкові фактори, які зумовлюють поширення ВІЛ-інфекції в суспільстві, а також використання цієї інформації для просвітницької діяльності, планування, моніторингу й оцінки ефективності профілактичних програм серед цільових груп);
- *моніторинг фінансового управління*, тобто аналіз виконання бюджету конкретних національних та регіональних програм (моніторинг витрат державного та місцевих бюджетів), а також моніторинг фінансової звітності донорів міжнародної допомоги, для чого розроблені спеціальні методології оцінювання витрат, наприклад NHA та NASA – оцінки витрат на сферу ВІЛ/СНІДу [70, 13-15; 85].

У багатьох випадках, здійснюючи оцінювання політики охорони здоров'я, фахівцям доводиться користуватися даними інших досліджень, проведених не з метою оцінки програми чи політики, і вдаватися до вторинного аналізу результатів.

1.4. Труднощі оцінювання програм та політики охорони громадського здоров'я

Українські [67, 206–208] та зарубіжні [48, 257–277] науковці звертають увагу на низку методологічних труднощів, що виникають у процесі оцінювання політики, і можуть повною мірою стосуватися сфери охорони громадського здоров'я. Зокрема, вирізняють:

1) *проблеми невизначеності вихідних даних програми чи політики* (нерідко цілі політики нечіткі, розпливчасті або різноманітні, що значно ускладнює процес визначення ступеня їх реалізації, тобто незрозуміло, із чим порівнювати досягнуті результати);

2) *проблеми атрибуції*, тобто встановлення причинно-наслідкових зв'язків (наприклад, важко визначити наслідки профілактичних програм щодо формування здорового способу життя або зменшення кількості ВІЛ-інфікованих може бути наслідком не стільки поліпшення профілактичної та пропагандистської роботи серед населення, скільки запущеності та недосконалості системи обліку хворих, нерозвиненості мережі спеціальних медичних лабораторій, небажання представників груп ризику знати правду про стан свого здоров'я тощо);

3) *розпорошеність впливів політики* (діяльність у межах певної політики, окрім груп, на які вона націлена, може впливати й на інші групи, відтак впливи політики інколи поділяють на прямий, політичний, економічний та соціальний, цей вплив може також бути як матеріальним, так і символічним);

4) *обмеженість у часі* (брак можливості оцінити довгострокові впливи політики, результати оцінювання можуть не врахувати низку довгострокових ефектів програми);

5) *труднощі з отриманням даних* (брак потрібної первинної інформації, активний і пасивний опір тих, хто володіє потрібною для оцінювання інформацією) тощо.

Варто також розуміти, що на оцінку ефективності політики суттєво впливають цінності тих, хто визначає, наскільки та чи інша програма в галузі охорони громадського здоров'я досягає своєї

мети, має позитивний суспільний вплив. Так, для утилітаристів важливою є турбота про економічну ефективність (нерівність в отриманні послуг є прийнятною, якщо вона є ефективною). Егалітарні ліберали в основу своєї політичної платформи закладають повагу до права людини на охорону здоров'я та прагнення досягти рівності в отриманні послуг (ефективність при цьому вторинна). Комунітаристи можуть не поцінювати рівність та ефективність, якщо вони суперечать чеснотам і цінностям громади [91, 41]. Відтак, оцінка політики набуває суб'єктивного характеру і почасти залежить від поглядів самого дослідника, його проліберальних, радикальних, націоналістичних чи інших настанов та цінностей.

У сфері охорони громадського здоров'я України фахівці вирізняють низку специфічних проблем, пов'язаних із організацією надання медичних і соціальних послуг та суспільною дискримінацією людей, що мають певні захворювання або проблеми зі здоров'ям:

1) „тіньове” лікування хвороб, що передаються статевим шляхом, залежності від психоактивних речовин тощо, що призводить до того, що значна кількість випадків не реєструється;

2) приватні медичні заклади не дають вичерпної статистичної інформації щодо наданих медичних послуг;

3) одна і та сама людина можна отримувати послуги у різних організаціях і кожного разу реєструватися як „новий клієнт”;

4) дослідження, що дають уявлення про зміни в поведінці найбільш уразливих груп, проводяться епізодично, за різною методологією, що не дає змоги відстежити зміни в динаміці, бракує кадрів для проведення сучасних досліджень;

5) фінансова система та фінансова звітність медичних та медико-соціальних закладів є непрозорою і недоступною для зовнішнього оцінювання [9; 11; 18; 39].

Труднощі оцінювання зміни ситуації у сфері протидії епідемії ВІЛ/СНІДу також пов'язані із специфікою виявлення та реєстрації інфікованих. В Україні з 2001 року тестування на ВІЛ є добровільним і анонімним для усіх груп населення, так само добровільною є реєстрація у СНІД-центрі у разі підтвердження кількома тестами

ВІЛ-позитивного статусу. Крім того, інфіковані люди можуть тривалий час, роками, бути носіями вірусу й не знати, що вони ними є. „Нові” випадки реєстрації ВІЛ насправді можуть бути досить віддавленими у часі як від моменту інфікування, так і проходження тестування. Тому офіційна статистика виявлення нових випадків ВІЛ не відображає реальної епідеміологічної картини. Дані рутинного епідеміологічного нагляду і поведінкових досліджень, що проводяться в Україні впродовж останніх років, суттєво різняться. Відтак, експертам доводиться погоджувати експертну оцінку кількості ВІЛ-позитивних людей у країні, так само як і кількості представників уразливих до ВІЛ груп.

Узагальнюючи інформацію, викладену в цьому розділі, робимо висновок, що оцінювання програм та політики охорони громадського здоров'я має ґрунтуватися на виразному уявленні щодо того, на якому етапі впровадження програми воно здійснюється і які впливи має на меті визначити. Таке оцінювання має спиратися на низку якісних та кількісних показників, отриманих за допомогою різнопланових методів, що дають змогу порівняти ситуацію до початку впровадження програми із здійсненими змінами. Здійснюючи оцінювання політики та програми, необхідно розуміти проблеми встановлення причинно-наслідкових зв'язків, складність урахування довгострокових впливів політики, що повною мірою притаманне політиці охорони громадського здоров'я, а також певні викривлення та обмеження наявної статистичної інформації.

РОЗДІЛ 2. Методологія дослідження

2.1. Часові та географічні межі дослідження

В Україні дослідження відбувалось у п'ять етапів:

- 1 етап** – *підготовчий* (національний-1) – налагодження контактів, вивчення документів, опитування національних експертів, підготовка ситуаційного звіту – серпень-листопад 2006 р.;
- 2 етап** – *регіональний-1* – збір даних у місті Києві, Одесі та Львові за допомогою аналізу документів, напівструктурованих інтерв'ю з місцевими експертами, надавачами медичних і соціальних послуг, клієнтами ВІЛ-сервісних організацій, представниками громадських організацій, вивчення діяльності організацій, які отримали фінансування ГФ; аналіз і інтерпретація даних, підготовка звіту; поширення результатів дослідження на круглому столі/семінарі, через публікації, розсилку резюме дослідження зацікавленим особам – грудень 2006 – листопад 2007 р.;
- 3 етап** – *національний-2* – вивчення документів, опитування національних експертів – січень – квітень 2008 р.;
- 4 етап** – *регіональний-2* – збір даних у місті Києві, Одесі та Львові за допомогою аналізу документів, інтерв'ю з експертами, надавачами медичних і соціальних послуг, клієнтами ВІЛ-сервісних організацій, представниками громадських організацій, вивчення діяльності організацій, які отримали фінансування ГФ – лютий-липень 2008 р.;
- 5 етап** – *поширення результатів* – аналіз і інтерпретація даних, отриманих упродовж усього дослідження, підготовка, публікація й поширення звіту дослідження, підготовка аналітичних записок та наукових статей, поширення інформації про результати дослідження, проведення конференції і прес-конференції – серпень – грудень 2008 р.

Вибір регіонів дослідження (Київ Одеса, Львів) обумовлений кількома факторами: в першу чергу, епідемічною ситуацією в місті та активністю глобальних ініціатив у регіоні, крім того, дослідницька група керувалася принципом доступності та рівнем розвитку недержавного сектора. Так, Київ та Одеса належать до так званих пріоритетних регіонів, де вкладено найбільше коштів глобальних ініціатив та реалізується найбільше заходів, спрямованих на подолання епідемії ВІЛ/СНІДу. В той же час Львів належить до так званих непріоритетних регіонів, де офіційна статистика свідчить про низький рівень поширеності випадків інфікування ВІЛ та захворюваності на СНІД. Тому в цьому регіоні реалізується мало проектів, підтриманих глобальними ініціативами, хоча тут також активним є громадський сектор. Включення Львова у вибірку дослідження було зумовлено, також, можливістю порівняння пріоритетних та непріоритетних регіонів та виокремлення впливу глобальних ініціатив на розвиток ВІЛ-сервісу.

2.2. Учасники дослідження

Перелік організацій, на базі яких відбувались опитування та інтерв'ювання, наведено в додатку А.

За час проведення дослідження всього було проінтерв'ювано **130 стейкхолдерів** із Києва, Одеси та Львова. Під стейкхолдерами в цьому дослідженні малися на увазі ті особи, які мають відношення до ухвалення і впровадження політичних рішень [26]. Ними фактично були представники державних і міжнародних структур, представники відповідних регіональних управлінь держадміністрацій, потужних національних і регіональних НДО, що є членами координаційних рад тощо (таблиця 2.1).

Опитування серед безпосередніх надавачів ВІЛ-сервісних послуг проводилось у два етапи: на першому етапі (2007 рік) було проведено 88 інтерв'ю, на другому етапі – 50 (разом **138 провайдерів послуг з ВІЛ-сервісних організацій**), які представляли як медичні, так і соціальні державні та недержавні заклади (таблиця 2.2).

Таблиця 2.1. Розподіл стейкхолдерів за регіоном та типом організації, яку вони представляли

| Місто | Тип організації | | | | Всього | |
|---------------------|-----------------------|------|-------------------------------|------|-----------|------|
| | Держ. медичний заклад | | Недержавний соціальний заклад | | | |
| | 2006-2007 | 2008 | 2006-2007 | 2008 | 2006-2007 | 2008 |
| Національний рівень | 3 | 6 | 6 | 15 | 9 | 21 |
| Київ | 6 | 5 | 24 | 7 | 30 | 12 |
| Одеса | 6 | 5 | 19 | 5 | 25 | 10 |
| Львів | 6 | 3 | 11 | 3 | 17 | 6 |
| Всього | 21 | 19 | 60 | 30 | 81 | 49 |

Таблиця 2.2. Розподіл надавачів послуг за регіоном та типом організації, яку вони представляли

| Місто | Тип організації | | | | Всього | |
|--------|-----------------------|------|-------------------------------|------|--------|------|
| | Держ. медичний заклад | | Недержавний соціальний заклад | | | |
| | 2007 | 2008 | 2007 | 2008 | 2007 | 2008 |
| Київ | 18 | 6 | 28 | 14 | 46 | 20 |
| Одеса | 10 | 8 | 18 | 12 | 28 | 20 |
| Львів | 4 | 4 | 9 | 6 | 15 | 10 |
| Всього | 32 | 18 | 56 | 32 | 88 | 50 |

Таблиця 2.3. Розподіл клієнтів за регіоном та типом організації, яку вони представляли

| Місто | Тип організації | | | | Всього | |
|--------|-----------------------|------|-------------------------------|------|--------|------|
| | Держ. медичний заклад | | Недержавний соціальний заклад | | | |
| | 2007 | 2008 | 2007 | 2008 | 2007 | 2008 |
| Київ | 16 | 5 | 29 | 5 | 45 | 10 |
| Одеса | 13 | 5 | 16 | 5 | 29 | 10 |
| Львів | 1 | 2 | 18 | 3 | 19 | 5 |
| Всього | 30 | 12 | 63 | 13 | 93 | 25 |

2007 року було опитано 93 клієнти ВІЛ-сервісних організацій у трьох містах України, 2008 року було проведене глибоке інтерв'ю із 25 клієнтами. Таким чином, у процесі дослідження вдалося з'ясувати думку **118 клієнтів ВІЛ-сервісних організацій** (таблиця 2.3).

Що стосується опитування в організаціях, то 2007 року було проведено їх у дванадцяти ВІЛ-сервісних організаціях. 2008 року його вдалося повторити у дев'яти організаціях (див табл.2.4)

Таблиця 2.4. Інформація щодо типології закладів, де заповнювався опитувальник для організацій у 2007 та 2008 роках

| Місто | Тип організації | | | | Всього | |
|--------|-----------------------|------|-------------------------------|------|--------|------|
| | Держ. медичний заклад | | Недержавний соціальний заклад | | 2007 | 2008 |
| | 2007 | 2008 | 2007 | 2008 | | |
| Київ | 2 | 1 | 3 | 2 | 5 | 3 |
| Одеса | 3 | 1 | 2 | 3 | 5 | 4 |
| Львів | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Всього | 7 | 4 | 5 | 5 | 12 | 9 |

2.3. Методи збору та аналізу даних

Для збору інформації було обрано переважно якісні методи дослідження, а саме: аналіз документів (звітів, презентацій, статистичної інформації тощо); напівструктуровані інтерв'ю з місцевими стейкхолдерами та членами громадських організацій, що представляють інтереси маргіналізованих груп, клієнтами ВІЛ-сервісних організацій; анкетування надавачів медичних і соціальних послуг, клієнтів ВІЛ-сервісних організацій, опитувальники для організацій.

Інструментарій дослідження розроблявся спільними зусиллями українських та міжнародних експертів. 2007 і 2008 року до гайдів було включено різний набір питань, що обумовлено поточними змінами в реалізації глобальних ініціатив і потребою довідатися думку респондентів саме щодо цих змін.

У цілому інструментарій передбачав з'ясування інформації щодо таких тем:

- зміни, які відбулись унаслідок упровадження в Україні програм Глобального Фонду та Світового Банку;
- оцінка процесу та наслідків реалізації програм Глобального Фонду та Світового Банку;
- зміни в обсягах та спектрі послуг ВІЛ-сервісних організацій;
- оцінка якості та доступності послуг ВІЛ-сервісних організацій;
- стан забезпечення кадрами ВІЛ-сервісних організацій;
- перешкоди отримання клієнтами послуг ВІЛ-сервісних організацій та шляхи їх подолання тощо.

Аналіз документів та напівструктурованих інтерв'ю відбувався із застосування методик щільного аналізу та кодувальних таблиць. Дані анкет оброблялись за допомогою програми SPSS, але через незначне число респондентів відсоткові значення не обраховувались.

2.4. Труднощі та етичні проблеми дослідження

Проведення дослідження зіткнулось з низкою проблем і перешкод, зокрема, тих, що описані у розділі 1.4. Так, було досить складно, якщо не неможливо, виявити зв'язки між причинами та наслідками в умовах одночасної реалізації в Україні низки міжнародних ініціатив, тим більше, коли ці ініціативи впроваджуються однією і тією ж національною організацією. Усвідомлення проблем атрибуції і множинності впливів програм охорони здоров'я змусило оцінювати розвиток ВІЛ-сервісу у цілому без відносно впровадженню тією чи іншою конкретної міжнародної програми.

Під час втілення дослідницького проекту відбулась зміна міжнародних програм, що перебували у фокусі оцінки. Це також позначилось на результатах дослідження, яке не могло зважити на остаточні

та довгострокові результати, не могло відстежити зміни в динаміці. Відправною віхою дослідження став 2004 рік, коли розпочалось реальне впровадження програми Глобального Фонду, завершальною – перший квартал 2008 року, коли ще тривало впровадження програми першого раунду і почалось впровадження програми шостого раунду. Звітна інформація Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД у другій половині 2007 року і у 2008 році переважно подає сумарну кількість клієнтів та фінансування за обома програмами, хоча вони й мали неоднакові індикатори виконання. Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ, подає свою частину інформації стосовно впровадження програми Глобального Фонду, не сумуючи дані із даними Міжнародного Альянсу. Відтак, проведене дослідження більше орієнтоване на оцінку процесів та результатів, і значно менше – на оцінку впливів. У ньому фактично не розрізняються різні програми Глобального Фонду і відсутня зведена інформація щодо початку впровадження програми Глобального Фонду шостого раунду.

Суттєвим обмеженням і етичною дилемою дослідження було те, що клієнтів ВІЛ-сервісних організацій, яких анкетували (у 2007 році) і інтерв'ювали (у 2008 році), відбирали самі ВІЛ-сервісні організації. Проте за умови конфіденційності ВІЛ-позитивного статусу інший варіант був маловірогідним. Разом із тим спілкування із клієнтами відбувалось без участі працівників організації, що надає цінності їхнім відповідям.

Вибірка дослідження не є значною, і дослідження не претендує на широкі узагальнення. Однак у ньому було опитано чимало представників впливових національних і міжнародних структур, зроблено належний регіональний зріз організацій, що реально працюють у ВІЛ-сервісі. Аналіз думок респондентів дає підстави для висновків, що можуть слугувати відправною точкою для міркувань щодо шляхів подальшого впровадження в Україні міжнародних ініціатив у сфері ВІЛ/СНІДу, взаємодії між недержавними та державними організаціями у протидії епідемії.

РОЗДІЛ 3. Політика протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: державні підходи та міжнародна участь

3.1. Зміст державної політики протидії епідемії ВІЛ/СНІДу

Сфера громадського здоров'я відзначається неоднорідністю, в ній є такі проблеми, що потребують системної стратегічної національної політики, покликаної здійснювати перерозподільчі функції. Прикладом останньої може слугувати політика протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, спрямована на попередження, подолання та зменшення наслідків цієї епідемії, яка в багатьох країнах, зокрема й в Україні, вважається одним з пріоритетів державної політики. Вона вимагає переосмислення багатьох існуючих підходів до профілактичних програм і просвітницької роботи з населенням, зміни системи надання медичних і соціальних послуг людям, яких торкнулась епідемія, а також представникам уразливих до ВІЛ груп, втілення концепції інтегрованого догляду, перегляду законодавства, зокрема, що стосується переслідування споживачів наркотичних речовин, та інших системних, унормованих законодавством дій. Про „високий”, тобто такий, що орієнтований на підтримання існуючих цінностей, збереження нації та досягнення довготермінових державних цілей [90, 127], характер цієї політики свідчить міжнародний контроль за станом епідемії в різних країнах та міжнародна донорська допомога країнам, що опинилися в скрутному становищі.

В Україні проблема поширення ВІЛ-інфекції стала предметом політичного порядку денного на початку 1990-х років.

1991 р. було ухвалено **Закон України “Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення”** [21], який став першим політичним документом про участь держави у вирішенні проблем, пов'язаних з поширенням ВІЛ/СНІДу.

В Україні, починаючи з 1992 року, було прийнято п'ять національних програм, кожна з яких зробила певний внесок у справу попередження інфікування ВІЛ або, принаймні, в підтримання уваги до проблеми епідемії.

Перша національна програма профілактики ВІЛ/СНІДу (1992-1994рр.) була спрямована, насамперед, на вжиття заходів для запобігання передачі ВІЛ через використання донорської крові [53].

Друга програма (1995—1997рр.) продовжувала цей напрям, до того ж в її межах були передбачені наукові дослідження ВІЛ/СНІДу, створення мережі спеціалізованих закладів для хворих на ВІЛ/СНІД [52].

Однак, ані перша, ані друга програми не передбачили превентивних заходів із запобігання передачі ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків, рівень їх фінансування не відповідав потребам країни. Ці програми не змогли зупинити поширення ВІЛ, а уряду не вдалося привернути увагу громадськості до боротьби з епідемією [71].

Третя програма (1999—2000 рр.) передбачала новий підхід до розв'язання проблеми поширення ВІЛ/СНІДу в Україні [50]. У березні 1998 р. Верховна Рада України ухвалила зміни до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», в якому передбачені обов'язки уряду та гарантії населенню, що відповідали міжнародним стандартам, а саме: забезпечення громадськості інформацією, пропагування здорового способу життя, підвищення безпеки послуг у сфері охорони здоров'я. Були чіткіше визначені процедури тестування та конфіденційності. Відповідно до цієї програми в цей період зусилля уряду були направлені на зменшення поширення епідемії серед груп ризику, але його діяльність не стосувалася залучення громадян до вирішення цієї проблеми й знову ж таки відбувались в умовах обмеженого фінансування.

У 2001 р. був затверджений *Четвертий національний план на 2001—2003 рр.*, у якому на перше місце вже ставилося інформування широкої громадськості й було передбачено активн залучення до протидії епідемії національних та міжнародних організацій [51]. Протягом року Президент України Л. Кучма видав три накази:

„Про негайні заходи щодо запобігання ВІЛ/СНІДу”, „Про проголошення 2002 року Роком боротьби зі СНІДом в Україні”, „Про додаткові заходи щодо посилення боротьби з ВІЛ/СНІДом в Україні”. Було створено Комісію з питань боротьби з ВІЛ/СНІДом, яка є автономним органом, підзвітним Кабінету Міністрів України.

Жодна із чотирьох перелічених національних програм не містила аналізу здобутків і труднощів реалізації попередньої (у кращих традиціях української політики, в якій немає практики аналізу ефективності державної політики).

У 2004 р. уряд В. Януковича прийняв П'яту програму, спрямовану на запобігання поширенню ВІЛ/СНІДу на 2004–2008 рр. [56], в якій визначено два стратегічних напрями у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу: 1) запобігання ВІЛ-інфекції/СНІДу, що є профілактичним компонентом; 2) забезпечення лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД (компонент догляд та підтримка). Окремими пунктами гарантувалося здійснення заходів, спрямованих на зміну ризикованої поведінки щодо ВІЛ-інфікування поведінки різних груп населення, особливо молоді у віці 15–24 роки, зниження рівня поширення ВІЛ-інфекції серед уразливих груп, зниження рівня передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини тощо. Пріоритети, зміст та структура чергової національної програми залишилися подібними до попередніх програм, хоча попередні заходи не зупинили поширення ВІЛ-інфекції.

На виконання цієї програми розроблено місцеві програми протидії епідемії ВІЛ/СНІДу у всіх містах України. Проведений аналіз програм Києва [64], Одеси [40] та Львова [58] дає підстави стверджувати, що вони значною мірою копіюють національну без врахування регіональних особливостей і не завжди містять показники виконання тієї чи іншої політики, почасти відзначаються формальністю.

Слід зауважити, що **Президент, Верховна Рада, Кабінет Міністрів України** за своїми повноваженнями та деклараціями про наміри демонструють позитивну зацікавленість у протидії епідемії ВІЛ/СНІДу. Ці структури мають достатньо сил для здійснення адекватних заходів. У їх інтересах забезпечити, аби населення почувалося захищеним від ризиків ВІЛ/СНІДу. З іншого боку, пануюче у суспільстві негативне ставлення до споживачів ін'єкційних наркоти-

ків та жінок секс-бізнесу, що становлять вразливі до ВІЛ групи, обмежує активну діяльність із протидії епідемії, оскільки вона може позначитися на електоральних симпатіях виборців, що не належать до маргінальних груп.

Ще у 2001 році Україна в особі президента Леоніда Кучми була однією з країн, які ініціювали Спеціальну Сесію Генеральної Асамблеї ООН з ВІЛ/СНІДу (UNGASS). Однак, до останнього часу – попри всі декларації – реальні дії, включно із виділення фінансування на протидію епідемії, були досить скромними. Основний фокус уваги приділявся питанню убезпечення від переливання зараженої донорської крові.

У час президентства В.Ющенка було ухвалено низку указів, що передбачали вжиття додаткових заходів щодо протидії епідемії ВІЛ [73; 74]. 2008 року було створено консультативно-дорадчий орган при Президентові України – Координаційна рада з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії, яку очолив сам В.Ющенко [75].

Питання протидії епідемії ВІЛ/СНІДу знайшли відображення і в програмі „Український прорив: для людей, а не для політиків” уряду Ю. Тимошенко [57].

В Україні до останнього часу ВІЛ/СНІД як суспільна проблема належала до виняткової компетенції Міністерства охорони здоров'я і його структур. І зараз у його структурі діють одразу три підрозділи, що мають відношення до питань ВІЛ/СНІДу. Створені ще за радянських часів СНІД-центри зосереджені винятково на медичних послугах. У Міністерстві функціонує департамент державного санітарно-епідеміологічного нагляду, до завдань якого, зокрема, віднесено виявлення та контроль за усуненням причин і умов виникнення та поширення інфекційних захворювань. А 2006 року Постановою Кабінету Міністрів України № 759 створено Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам як урядовий орган державного управління при Міністерстві охорони здоров'я [54], що обмежує його можливості впливати на інші відомства і втілювати міждисциплінарний, інтегрований підхід. У той час, як засвідчують результати досліджень, система надання послуг охорони здоров'я виразно асоціюється з

структурними неспроможностями системи медичної допомоги, відсутністю послідовної політики громадського здоров'я, браком навченого персоналу, широко розповсюдженою стигматизацією вразливих до ВІЛ людей та корупцією [47].

Привертає увагу той факт, що ВІЛ/СНІД – це, насамперед, хвороба молоді: близько 95 % ВІЛ-позитивних в Україні становлять особи 15-49 років, з них майже кожен п'ятий – молода людина віком 18-24 років. Тому на нинішньому етапі спостерігається активне залучення до політики протидії епідемії Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту, зокрема Державної соціальної служби для сімей, дітей та молоді та її структурних підрозділів у регіонах, що надають соціальні послуги ВІЛ-позитивним дітям та споживачам ін'єкційних наркотиків.

Постанова Кабінету Міністрів України № 264 від 04.03.2004 року визначає, що до протидії епідемії ВІЛ/СНІДу крім Міністерства охорони здоров'я та Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту мають також долучитися Міністерство освіти та науки, Міністерство фінансів, Міністерство економіки, Міністерство оборони, Міністерство внутрішніх справ, Служба безпеки, Державний департамент з виконання покарань, Державний комітет телебачення та радіомовлення, Державний комітет у справах національності та релігій, Національна рада з питань телебачення та радіомовлення, а також за згодою – об'єднання громадян [56].

Однією з перешкод ефективності політики протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні є **невідповідність між вагомими потребами у догляді, підтримці, лікуванні ВІЛ-позитивних людей, здійсненні профілактичних заходів та більш ніж скромним фінансуванням на ці потреби**. При цьому спостерігається суттєве протиріччя між централізованим управлінням системою охорони здоров'я й децентралізованим наданням медичних та соціальних послуг. До інших труднощів політики можна віднести: часті зміни уряду і брак наступності у політиці, відсутність політичної волі, низький рівень політичної відданості, політичної прихильності як на найвищому політичному рівні, так і на середньому рівні управління, слабку міжвідомчу та внутрішньовідомчу (у МОЗ) взаємодію між різними структурами.

Проведені в Україні дослідження свідчать, що представники влади хоч і розглядають ВІЛ/СНІД як серйозну загрозу для країни та один із головних пріоритетів для державної соціальної політики, проте заходи щодо запобігання інфекції є не надто популярними: рейтинг таких заходів з-поміж можливих варіантів втручання в ситуацію вкрай низький [14].

Епідемія ВІЛ/СНІД в Україні збіглася в часі з епідемією ін'єкційної наркоманії. За оцінками деяких експертів, загальна кількість споживачів наркотиків становить 560 тис. осіб [3]. Проте замість пом'якшувальних заходів, які б дали змогу взяти до уваги подвійну природу епідемії, спостерігається карально-заборонна політика і практика щодо споживачів ін'єкційних наркотиків і жінок комерційного сексу, значна частина яких споживає наркотики.

Дослідники, зокрема, звертають увагу, на переслідування споживачів наркотиків правоохоронними органами, що ускладнює надання послуг, спрямованих на запобігання та лікування, а також здійснення заходів зі зменшення шкоди від вживання наркотиків (такі, як програми заміни використаних голочок на нові та замісна терапія). У деяких випадках міліція під час арешту конфіскує антиретровірусні препарати, змушуючи пацієнтів перервати їхнє лікування. Споживачі наркотиків та особи, які надають сексуальні послуги за плату, також стикаються з іншими формами міліцейської наруги, зокрема, з жорстоким побиттям, тортурами й арештами [60].

Епідемія ВІЛ/СНІДу розвивається на тлі епідемії туберкульозу. Серед ВІЛ-позитивних людей, які мають знижений імунітет, поширений туберкульоз. Чимало носіїв ВІЛ вмирають не від СНІДу, а від легеневих та поза легеневих форм туберкульозу. Вагомими причинами, що призводять до масштабного поширення туберкульозу, є соціально-економічна нестабільність, зниження життєвого рівня населення, неякісне харчування значних прошарків населення, збільшення числа соціально-дезадаптованих осіб, а також застосування неефективних засобів діагностики, лікування та заходів профілактики захворювання.

Частина проблеми, що обумовлюють поширення ВІЛ, – це нестача фінансових ресурсів у населення. З одного боку, у людей бракує коштів на засоби індивідуальної профілактики (презервативи,

стерильний інструментарій тощо), з іншого – частина малозабезпечених людей змушена заробляти собі на проживання наданням сексуальних послуг.

Для того, щоб успішно боротися з ВІЛ/СНІДом, люди, які живуть з вірусом, повинні мати доступ до широкого спектру послуг з лікування, догляду і підтримки, які надаються комплексно. Однак, політика протидії епідемії ВІЛ/СНІДу реалізується в умовах браку фінансування на гуманітарну сферу в цілому, що зумовило погану доступність і низьку якість медичних і соціальних послуг для всіх груп населення.

Варто підкреслити, що **політика протидії епідемії ВІЛ/СНІДу реалізується у несприятливому контексті**: низький рівень поінформованості населення і політиків, зокрема, у питаннях ВІЛ/СНІДу, засвідчує гостру необхідність проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи, узгодження між політикою охорони громадського здоров'я та політикою протидії розповсюдження наркотиків в Україні.

Для формування і реалізації ефективної політики протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні необхідно втілити низку загальних заходів, зокрема тих, що стосуються боротьби з бідністю. Структурний характер ВІЛ/СНІДу разом із соціоекономічними та політичними чинниками диктує потребу в інтегрованому багатосекторному підході до розв'язання проблем дискримінації, нерівності, безробіття, бідності, соціального виключення та стигматизації ВІЛ-позитивних людей.

Таким чином, можна виділити кілька етапів розвитку державної політики протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні:

1) пострадянський (перша половина 1990-х), що успадкував радянську модель залякування населення і відторгнення ВІЛ-позитивних, у цей період проводилось примусове тестування на ВІЛ споживачів ін'єкційних наркотиків, питання було винятково медикалізоване й криміналізоване; саме на цьому етапі було ухвалено національне законодавство з цього питання, яке в цілому відповідає міжнародним нормам [68], проте, як свідчать дані проведених в Україні досліджень, не завжди виконується, а то й відверто порушується [15; 60].

2) декларативно-бюрократичний (середина 1990-х до 2004 року), якому властива загальна проблема української політики – формальність заходів, популістська політична риторика на тлі відсутності фінансування і, відповідно, лікування й підтримки ВІЛ-позитивних людей, ухвалення національних програм, що не виконувались і не оцінювались, помпезне проголошення Року боротьби з ВІЛ/СНІДом, який став черговою ідеологією, а не приводом до переосмислення засобів розв'язання проблеми;

3) розвитку ВІЛ-сервісу (фактично від 2005 року й донині) – спонтанне, некоординоване, стимульоване міжнародними донорами становлення громадського сектора підтримки ВІЛ-позитивних і здійснення профілактичних заходів, поява завдяки донорам підтримуючого лікування для ВІЛ-позитивних людей у державних медичних закладах.

3.2. Стислий огляд глобальних ініціатив у сфері ВІЛ/СНІДу в Україні

Аналізуючи діяльність міжнародних суб'єктів політики у сфері протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, слід насамперед зупинитися на діяльності **Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією** (далі Глобальний Фонд або ГФ) і його основних реципієнтів.

2000 року на самміті „великої вісімки” в Окінаві (Японія) лідери країн дійшли згоди, що жодна з існуючих організацій не має достатньо ресурсів для протидії глобальним пандеміям ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та малярії.

2001 року у Лондоні відбулась зустріч представників міжнародних організацій та країн-донорів, на якій було вирішено утворити Глобальний Фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією. Перші внески до Фонду: Перші надходження до ГФ: Джордж В. Буш вносить 200 млн. доларів США, Великобританія та Франція вкладають понад 300 млн. доларів, Кофі Аннан передає 1 млн. арів як внесок від Міжнародного олімпійського комітету. Згодом фінансові ресурси почали надходити від країн-учасниць, приватних донорів, корпорацій тощо.

2002 року Глобальний Фонд було зареєстровано як незалежний швейцарський фонд. Ця організація має виразну структуру, політику та принципи діяльності. Вона розглядає заявки від країни на фінансування програм, що відповідають національним потребам і пріоритетам. Заявку підписує один із вищих керівників держави (наприклад, віце-прем'єр-міністр з гуманітарних питань), вона має бути схвалена Національною координаційною радою з питань ВІЛ/СНІДу, в якій повинні бути представлені інтереси як державних, так і громадських та приватних структур. Отже, Фонд не реалізує сам свої програми, він є фінансовим механізмом для підтримки програм, розроблених національними структурами. Разом із тим Фонд вимагає від отримувачів грантової допомоги прозорості та дотримання стандартів звітності.

2003 року Глобальний Фонд виділив 623 млн. доларів США на 71 програму в 61 країні. Зараз діяльність Фонду охоплює зараз 128 держав. Його бюджет становить 6,8 мільярда доларів США [23].

У 2002 році Україна однією з перших країн світу подала заявку до цього Фонду про виділення нашій країні коштів, призначених насамперед для розширення медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД, догляд та підтримку людей, які живуть з ВІЛ/СНІД і отримала 92 мільйони доларів на реалізацію програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні». Програма мала чотири напрями: 1) лікування, догляд та підтримка для людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом; 2) подальший розвиток та розширення профілактичних послуг, спрямованих на найбільш уразливі до ВІЛ групи населення, серед яких виділяють: споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), жінок секс бізнесу (ЖСБ), чоловіків, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ) та ув'язнених; 3) створення сприятливого оточення через інформаційно-освітні заходи та адвокацію; 4) моніторинг та оцінка [92].

Слід зазначити, що до 2004 року адміністратором коштів було Міністерство охорони здоров'я, але через певні зловживання надання гранту було призупинено, і з 2004 року реципієнтом став міжнародний благодійний фонд «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». Ця організація розподіляла фінансування через відкриті та закриті конкурси, постачала ліки та обладнання для СНІД-центрів та інших лікувальних закладів.

Спільними зусиллями Уряду України та всіх основних зацікавлених сторін вдалося забезпечити продовження довготривалого зовнішнього фінансування програм з протидії ВІЛ/СНІД в Україні в межах

шостого раунду. П'ятирічна програма України «Підтримка з метою запобігання ВІЛ/СНІД, лікування та догляду для найуразливіших верств населення України» була ухвалена для фінансування з максимальним бюджетом більше 151 млн. доларів США на період від серпня 2007 до липня 2012р. Дві українські неурядові організації стали основними реципієнтами цієї програми — Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні та Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД. Ці дві організації підписали грантові угоди на перший етап (серпень 2007 — липень 2009 рр.) із загальним бюджетом у 29,65 мільйонів доларів США (15,67 мільйонів — Альянс, майже 14 мільйонів — Мережа).

Пріоритетами цієї програми є профілактика ВІЛ серед найуразливіших груп; забезпечення лікування пацієнтам з ВІЛ/СНІД, туберкульозом та наркотичною залежністю. Ця міжнародна програма вимагає відповідного збільшення частки національного бюджету на протидію ВІЛ/СНІД та постійної підтримки уряду задля впровадження доказових кращих практик, а саме для розширення замісного підтримуючого лікування для споживачів ін'єкційних наркотиків, які залишаються руйнівною силою епідемії ВІЛ/СНІД в Україні.

У межах програми шостого раунду Альянс має запроваджувати заходи щодо забезпечення достатнього доступу до інтегрованої профілактики, лікування, догляду та підтримки, а також щодо надання підтримки уразливим категоріям населення; формування сприятливого середовища для ефективної і сталої відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні; моніторингу та оцінки впровадження гранту та зміцнення національної системи з моніторингу та оцінки. Всеукраїнська мережа відповідає за запровадження заходів, спрямованих на розширення комплексного догляду та лікування ВІЛ, забезпечення рівного доступу СН та інших уразливих груп до послуг, а також за здійснення заходів разом із Альянсом (щодо сприятливого середовища тощо) [99].

Крім програми Глобального Фонду до найбільших в Україні програм спрямованих на протидію епідемії ВІЛ/СНІД зараховують, також, позику **Світового Банку** для реалізації проекту «Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні».

Світовий Банк створено у 1944 році як Міжнародний банк реконструкції та розвитку. Коли він розпочинав свою діяльність, спрямовану на прискорення ліквідації наслідків Другої світової війни, до його складу входило 38 країн. З того часу їх кількість зросла до 184 – це майже усі країни світу. Його штаб квартира розташована в США.

Світовий Банк не є “банком” у загальному розумінні цього слова, це міжнародне співтовариство країн або “акціонерів”, які мають своїх представників у Раді виконавчих директорів. Ці представники визначають політику Банку і здійснюють нагляд за його діяльністю.

Світовий Банк підтримує зусилля країн, спрямовані на інвестування капіталу у людські ресурси шляхом будівництва шкіл, оздоровчих центрів, постачання питної води та електроенергії, формування орієнтованих на розвиток урядів та захисту довкілля. Світовий Банк надає позики, ставки відсотку по яких значно менші, ніж ставки відсотку за кредитами комерційних банків. Банк також надає позики країнам, які часто не можуть знайти інші джерела безвідсоткових позик.

Кошти, надані Світовим Банком національному уряду, є, зазвичай, частиною державного бюджету і витрачаються відповідними державними структурами під контролем місцевих представництв Світового Банку.

Однією зі структур Світового Банку є Міжнародна асоціація розвитку (МАР) — надає кредити на пільгових умовах для розвитку найбіднішим країнам (166 країн). У межах цієї асоціації діє міждержавна Програма з питань ВІЛ/СНІДу, яка діє з 2000 року. Зараз у її межах допомогу отримує 28 країн на загальну суму в 1,1 мільярд доларів США [82].

Заявку на отримання Україною позики на впровадження національної стратегії протидії епідемії ВІЛ/СНІДу та туберкульозу було розроблено в 2001-2002 роках. Рішення про отримання кредиту було схвалено Верховною Радою України у 2003 р. [20].

Реалізація цього проекту почалась в 2003 році передбачалось, що до кінця 2007 р. Уряд України (Міністерство охорони здоров'я зокрема) освоїть 60 мільйонів доларів (ще 17 мільйонів становить внесок самої України) на протидію туберкульозу та ВІЛ/СНІДу, зокрема, серед ув'язнених.

У квітні 2006 року Світовий Банк оголосив про замороження проекту через нездатність уряду розподілити кошти та втілювати

програми. Програму було відновлено в листопаді 2006 року за умови, що Україна поліпшить управління проектом і прискорить реалізацію програм. Програма мала завершитися в середині 2008 р., проте була продовжена до кінця 2008 р., але кошти так фактично і не було освоєні [101].

Часові межі виконання в Україні цих глобальних ініціатив, їх обсяги та реципієнти представлено на рис. 3.1.

До протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні долучаються й наднаціональні структури та міжнародні донорські організації. Досить активну позицію займають структури ООН – Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ), Дитячий Фонд ООН (ЮНІСЕФ), Програма розвитку ООН (ПРООН), Міжнародна організація праці (МОП) тощо. Вони вважаються глобальними стейкхолдерами у питаннях громадського здоров'я, для яких ВІЛ/СНІД є переважно лише одним із пріоритетів. Окремо слід виділити Спеціальну Агенцію ООН з питань ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), що створена саме для пошуку стратегічних відповідей на глобальні епідемії ВІЛ.

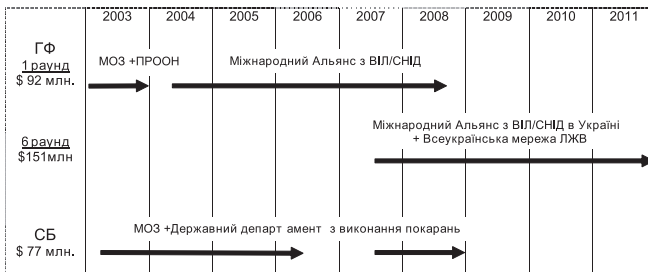


Рис. 3.1. Інформація про впровадження в Україні програм Глобального Фонду та Світового Банку

Спеціальна Агенція ООН з питань ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) фактично об'єднує зусилля десяти установ ООН для того, щоб скоординуваними діями запобігти новим випадкам інфікування ВІЛ, пом'якшити наслідки епідемії. Його діяльність зосереджено на: мобілізації керівництва для пошук оптимальних кроків поліпшення ситуації у сфері ВІЛ/СНІДу, моніторингу та оцінюванні ситуації, забезпеченні належної

інформації для прийняття відповідних політичних рішень, забезпеченні стратегічної мобілізації фінансових, кадрових та технічних ресурсів для підтримки ефективних дій, залучення громадянського суспільства до протидії епідемії,

ЮНЕЙДС працює у понад 80 країнах світу як з державними, так і недержавними організаціями. Секретаріат цієї агенції розташований в Швейцарії [46].

З-поміж стратегічних ініціатив структур ООН у сфері ВІЛ/СНІДу слід відзначити:

- схвалення Генеральною Асамблеєю ООН так званих цілей тисячоліття, що визначають пріоритети розвитку країн із низьким та середнім рівнем добробуту, зокрема, зниження рівня інфікування ВІЛ. Україна підписала Декларацію на Саміті ООН у вересні 2000 року і взяла на себе зобов'язання в період до 2015 року досягти 6 орієнтирів та 13 конкретних завдань на довгострокову перспективу, адаптованих з урахуванням особливостей національного розвитку нашої країни, зокрема, зменшити на 13% темпи розповсюдження ВІЛ/СНІДу [76];
- розробку та ухвалення Декларації про відданість боротьбі з ВІЛ/СНІДом (Генеральна Асамблея ООН) [13] та документу „ВІЛ/СНІД та права людини. Міжнародні керівні принципи” (ухвалені 1996 року на зустрічі, що відбулась під егідою Управління Верховного комісара ООН з прав людини та ЮНЕЙДС), в яких визначені ті заходи, що мають вживатись урядами в сферах права, політики та практики, аби захистити права людини та досягнути пов'язаних з ВІЛ цілей у площині громадського здоров'я [8];
- ініціативу „Три до п'яти” (ВООЗ), що передбачала надання антиретровірусної терапії трьом мільйонам ВІЛ-позитивних людей до 2005 року, а згодом – концепцію „універсального доступу” (ООН, Світовий саміт з питань ВІЛ/СНІДу), тобто загального доступу до комплексних програм профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-позитивних людей;

- так звані „триєдині принципи” (ЮНЕЙДС), згідно із якими кожна країна, що має на меті забезпечення адекватної відповіді на епідемію, має створити: єдину національну стратегію з ВІЛ/СНІДу, що об'єднувала б усіх партнерів під національним керівництвом у режимі національного виконання, єдиний національний координуючий орган, котрий забезпечував би виконання зазначеної стратегії в усіх секторах, а також єдину систему моніторингу та оцінки на державному рівні для визначення та аналізу того, що є дієвим;
- глобальну кампанію „Єднаймося заради дітей, єднаймося проти СНІДу” (ЮНІСЕФ та ЮНЕЙДС), спрямовану на те, аби попередити світову спільноту про те, що діти отримують дедалі менше уваги в межах глобальної протидії СНІДу [25].

Структури ООН як суб'єкти політики охорони громадського здоров'я сприяють впровадженню доказових методів і стратегій лікування, розробленню клінічних протоколів, а також захисту прав ВІЛ-позитивних людей. Їх важливим досягненням можна вважати схвалення Україною Дорожньої карти щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 року, розробленої спільними зусиллями Міністерства охорони здоров'я та ЮНЕЙДС у квітні 2006 року. Також, ці структури виробили спеціальний спільний план протидії поширенню ВІЛ в Україні на 2007-2010 роки [94].

Слід зазначити, що повноваження організацій ООН переплітаються, і це при відносно незначному та короткотривалому фінансуванні заходів із протидії ВІЛ/СНІДу, проблемах загальної координації діяльності структур ООН, слабкої відповідності їх пріоритетів національним програмам та програмам інших міжнародних організацій [96].

До інших глобальних ініціатив у сфері ВІЛ/СНІДу, що реалізуються в Україні, можна віднести, також, діяльність у сфері протидії епідемії наступних організацій: Регіональна Місія Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) в Україні, МБФ «Відродження», міжнародна організація «Трансатлантичні партнери проти СНІДу», Фонд Клінтона “Ініціатива з протидії ВІЛ/СНІД”, СНІД-Фонд

Елтона Джона, SIDA (проект Шведського Агентства міжнародного розвитку у Центральній та Східній Європі), Інститут відкритого суспільства, Національний комітет Товариства Червоного Хреста в Україні та інші.

Міжнародні організації виділяють суттєве фінансування на заходи протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, що дорівнює чи навіть перебільшує частку національних витрат. Так, 2005 року на програми протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні з державних джерел (витрати з Державного бюджету, місцевих бюджетів, а також витрати в рамках проекту Світового Банку, як кошти кредиту, який має повертатися Урядом України), було виділено близько 86,6 млн. грн. (16,9 млн. дол. США), у той час, як міжнародні організації виділили 115,4 млн. грн. (-22,5 млн. дол. США), зокрема: Глобальний Фонд — 66,4 млн. грн. (13 млн. дол. США), ЮСЕЙД— понад 22 млн. грн. (4,1 млн. дол. США) та агенції ООН — 11 млн. грн. (2,2 млн. дол. США). У 2006 році з державних джерел було виділено 142,1 млн. грн. (28,1 млн. дол. США), а витрати міжнародних організацій становили 137,7 млн. грн. (27,3 млн. дол. США). Серед них частка Глобального Фонду становила 101,7 млн. грн. (20,1 млн. дол. США), двосторонніх організацій — 22,9 млн. грн. (4,5 млн. дол. США), Агенцій ООН — 8,7 млн. грн. (1,7 млн. дол. США), інших міжнародних організацій — близько 4,4 млн. грн. (0,87 млн. дол. США). Таким чином, обсяг міжнародних коштів, що спрямовуються на протидію ВІЛ/СНІДу в Україні, зростає щороку. Це, в основному, пов'язано із розширенням програм, що фінансуються за рахунок Глобального Фонду (у 2005 році частка фінансування Фонду сягала 33% усіх національних витрат на ВІЛ/СНІД, у 2006 році — 35 %) [39, 29-30].

Звичайно, допомога міжнародних донорів не може компенсувати мізерність українських ресурсів, що виділяються на заходи протидії ВІЛ, зокрема на лікування, що продовжує активне суспільне функціонування ВІЛ-позитивних. Найважливішою є функція міжнародних організацій у таких сферах: надання матеріально-технічної допомоги, запобігання передаванню ВІЛ від матері до дитини, створення ресурсних центрів та інформаційно-профілактична робота серед молоді.

РОЗДІЛ 4. Оцінка впровадження програми Глобального Фонду в Україні

4.1. Оцінка процесу впровадження програми Глобального Фонду

4.1.1. Фінансова підтримка розвитку ВІЛ-сервісних організацій

У 2004–2008 роках в Україні відбувалась розбудова ВІЛ-сервісних організацій як державних, так і недержавних.

На початок 2008 року в усіх обласних центрах і деяких містах функціонують СНІД-центри (їх загальна кількість – 34), які перебувають у підпорядкуванні Міністерства охорони здоров'я і забезпечують тестування на ВІЛ та лікування людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом. Практично в усіх регіонах діють представництва Всеукраїнської мережі людей, які живуть із ВІЛ. Вони надають соціальну підтримку, долучаються до профілактичної роботи та адвокаційної діяльності. Діють також численні громадські ВІЛ-сервісні організації. Надання соціальних послуг ВІЛ-позитивним дітям та молоді, а також здійснення профілактичної роботи серед молоді належить до сфери відповідальності державних центрів для дітей, сімей та молоді Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту. Профілактична робота серед учнівської, насамперед, шкільної молоді нині входить до компетенції Міністерства освіти та науки України.

Проте така структура ВІЛ-сервісу складалась поступово і багаточим, на думку респондентів дослідження, зобов'язана програмі Глобального Фонду:

*„Без Глобального Фонду не було б стільки організацій, які здійснюють проекти в регіонах. Не секрет, що громадська організація існує на кошти на грантовій основі”**

* Тут і далі наведено цитати з інтерв'ю з респондентами (в авторському викладі, без зміни мови відповідей та синтаксису респондента).

„...дуже сильно розвивається мережа недержавних організацій і суб'єктів, які займаються профілактикою у сфері ВІЛ/СНІДу”;

„... до його [проекту Глобального Фонду] реалізації було залучено дуже багато неурядових організацій, які на сьогоднішній день,десь за приблизними підрахунками ми зараз маємо близько 150 неурядових організацій, які займаються реалізацією гранту не тільки в сфері профілактики, але й в сфері немедичного догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих на немедичному етапі, переважно тих, які отримали АРТ, або тих, хто потребує такого паліативного догляду та підтримку”.

Деякі національні та місцеві стейкхолдери більше оцінювали позитивний вплив Програми Глобального Фонду на розвиток системи медичних закладів і структур:

«Надо было создавать на местах структуру медицинских учреждений, которые могли бы взять на себя эти функции в регионах».

На початок 2004 року ситуація у ВІЛ-сервісі України була досить скромною: СНІД-центри діяли переважно у так званих пріоритетних регіонах із найвищими рівнями інфікування. Державні соціальні служби для дітей, сімей та молоді Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту брали епізодичну участь у протидії епідемії. Внесок громадських організацій у надання ВІЛ-сервісних послуг був незначним – і через обмаль таких організацій, і через брак ресурсів на послуги.

У 2004 році Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД у межах програми Глобального Фонду зосередив свою діяльність у восьми пріоритетних регіонах з найвищими показниками поширення ВІЛ-інфекції: Київська, Черкаська, Донецька, Дніпропетровська, Херсонська, Миколаївська, Одеська області, а також АР Крим. Загалом до впровадження програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні» було залучено близько 130 українських та міжнародних організацій, підписано більш як 200 грантів та контрактів на загальну суму понад 9 млн. доларів США. Гранти та програмні угоди було розподілено:

- з метою запровадження регіональної діяльності на місцевому рівні (\$2,1 млн. вкладених коштів), наприклад, фокусна профілактика і догляд та підтримка для місцевих громад;

— з метою запровадження програмної діяльності на національному рівні (\$7 млн.) для надання АРВ-лікування, кампанії в ЗМІ, запровадження освітніх програм з ВІЛ/СНІД тощо.

Проте у так званих неперіоритетних регіонах рівень підтримки був досить необсяговий (наприклад, у Львові було підтримано п'ять проектів у трьох організаціях з догляду та підтримки і профілактичної роботи на загальну суму 24,4 тис. доларів, надано лікарських препаратів на майже тисячу доларів, у той час як в Одесі підтримано 25 проектів у семи організаціях на майже 363,8 тис. доларів) [61, 33].

У 2005 році Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД також підтримував проекти на національному та регіональному рівнях. Причому, хоча діяльність здійснювалась здебільшого у пріоритетних регіонах, проекти були підтримані майже в усіх областях, за винятком Волинської, Рівненської та Тернопільської. Проте диспропорція між фінансуванням регіонів збереглась: так, Одеська область отримала 896,8 тис. доларів на реалізацію проектів, у той час як Львівська — 55,3 тис. доларів [62, 38].

До 2007 року Альянс став підтримувати проекти в усіх областях України. Отримувачами грантів та виконавцями проектів Глобального Фонду (інколи за фінансової підтримки уряду США) були 469 державних і недержавних організації, зокрема, 39 проектів у 16 організаціях Одеси на суму в 881,7 тис. доларів та 9 проектів у 6 організаціях Львова на суму в 93,1 тис. доларів). Динаміка змін фінансування проектів у досліджуваних регіонах відображена на рис. 4.1 (м. Київ не є показовим для вивчення динаміки, тому що частина проектів у київських організаціях є національними).

ВІЛ-сервісні організації у досліджуваних регіонах отримували фінансову і матеріальну допомогу з боку Глобального Фонду кількома шляхами:

- 1) через національні державні та недержавні організації, які отримували гранти Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні і далі розподіляли їх через квоти до регіональних структур або через власні конкурси;
- 2) безпосередньо від Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні через відкриті і закриті конкурси проектів.

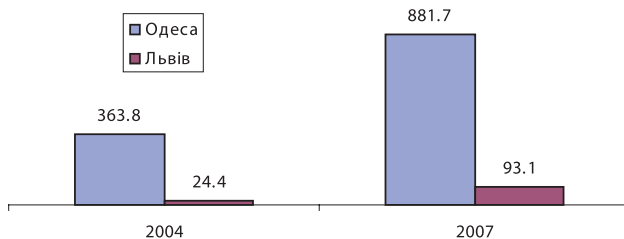


Рис. 4.1. Динаміка фінансування проектів у досліджуваних регіонах за рахунок коштів програми Глобального Фонду першого раунду (в тис. доларів США)

Джерело: Річні звіти Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні [61, 33; 63, 76-81].

Серед одержувачів коштів на національному рівні можна відзначити Всеукраїнську мережу людей, що живуть з ВІЛ, Міжнародний фонд «Відродження», Український центр профілактики та боротьби зі СНІД Міністерства охорони здоров'я України, Фонд профілактики хімічних залежностей та СНІД, Програма оптимальних технологій у сфері охорони здоров'я (PATH), IDA, регіональний Інформаційний центр з догляду та лікування ВІЛ/СНІД у Євразії, «СНІД Фонд Схід-Захід», Всеукраїнська асоціація зменшення шкоди та багато інших ВІЛ-сервісних організацій, що організовують певну діяльність на регіональному рівні.

З-поміж отримувачів грантів, лікарських препаратів та обладнання чимало медичних закладів із різних регіонів України. Так, 2007 року, за даними Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, понад 580 медичних закладів отримали лікарські засоби та молочні суміші як гуманітарну допомогу; лабораторне обладнання, тест-системи та реагенти були передані в Національний СНІД-центр та п'ять регіональних (у тому числі в Київський міський та Одеський обласний) СНІД-центрів. Грантову допомогу отримували й 8 наркологічних диспансерів (Львів, Івано-Франківськ, Тернопіль, Запоріжжя, Кіровоград, Дніпропетровськ, Павлоград, Житомир) та СНІД-центри (національ-

ний та 8 регіональних – у містах Вінниця, Житомир, Запоріжжя, Івано-Франківськ, Луганськ, Полтава, Черкаси) [63, 76-84].

Підтримка громадських ВІЛ-сервісних організацій з боку Глобального Фонду є досить відчутною для них. Так, за даними опитування в організаціях, Київське міське відділення Всеукраїнської мережі людей, які живуть із ВІЛ, 2007 року на 70% фінансувалось із коштів програм Глобального Фонду (ще 20%- кошти інших донорів і лише 10% — з державного бюджету). З 2004 по 2007 роки бюджет цієї організації зріс більше, ніж удвічі, а у 2007-2008 роках — ще подвоївся. Бюджет Київського відділення Міжнародної благодійної організації «Реабілітаційний центр „Сходи”» у 2007 році на 85% складався із допомоги Глобального Фонду (і ще 15% — за рахунок місцевого бюджету). В Одеському благодійному фонді „Шлях додому” фінансування того ж року майже на половину відбувалось також за рахунок Глобального Фонду (друга половина — за кошти інших міжнародних донорів). Бюджет цієї організації на заходи із протидії епідемії ВІЛ/СНІДу за 2004-2007 роки зросли у понад 10 разів. Громадський рух „Віра. Надія. Любов” (м. Одеса) 2007 року на 60% фінансувався за рахунок Глобального Фонду і на 40% — іншими міжнародними донорами.

У ході проведення дослідження з'ясувалося, що ВІЛ-сервісні організації не завжди готові надати інформацію щодо обсягів фінансування з боку Глобального Фонду та частини цього фінансування у загальному бюджеті організації. Крім цього, специфіка розподілу коштів програми Глобального Фонду через суб-реципієнтів ускладнює оцінювання рівня підтримки ВІЛ-сервісу у конкретному регіоні. Адже фінансові надходження від національних організацій-партнерів Альянсу часто не сприймаються як допомога чи фінансування Глобального Фонду. Прикладом може слугувати вивчення ситуації у СНІД-центрах, де в опитувальниках для вивчення ситуації в організаціях не вказували про те, що отримували кошти Глобального Фонду (наприклад, Львівський обласний СНІД-центр), у той час як звіти і документація Альянсу свідчать, що такі надходження були, але здебільшого вони відбувались опосередкованим шляхом — через національний СНІД-центр. Деякі ВІЛ-сервісні організації категорично відмовлялися надати інформацію щодо фінансової допомоги і бюджету орга-

нізації, що унеможливило відстеження адекватності інформації щодо розподілу коштів Глобального Фонду.

Слід відзначити, що у рамках програми Глобального Фонду кошти витрачались на різноманітну діяльність, зокрема, на розвиток руху самодопомоги, розвиток громадських центрів, втілення програм з догляду та підтримки у пенітенціарних закладах, немедичного догляду, профілактичні заходи в уразливих групах, організацію терапевтичних таборів, догляду і підтримки ВІЛ-позитивних дітей, заснування національної «гарячої лінії» з питань ВІЛ/СНІД, організації національної кампанії у засобах масової інформації, придбання та поставок АРВ та не-АРВ-препаратів, обладнання тощо.

Слід зазначити, що Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні як розпорядник коштів Глобального Фонду регулярно оприлюднює інформацію щодо організацій, які отримують медичне обладнання та препарати, обсяги поставок в Україну тощо. За кошти програми Глобального Фонду в Україну було, зокрема, поставлено:

- новітнє обладнання для визначення рівня вірусного навантаження ВІЛ через ПЛР (полімеразна ланцюгова реакція);
- обладнання для ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у дітей віком до 18 років і тест-системи для нього;
- партію холодильного обладнання для регіональних центрів СНІД та витратні матеріали для лабораторій.

Для профілактики вертикальної трансмісії було закуплено антиретровірусний препарат «Зидовудин».

За кошти Глобального Фонду організовано постачання медичних препаратів для лікування опортуністичних інфекцій.

Також слід зазначити, що регіональним центрам профілактики і боротьби зі СНІДом було надано технічну підтримку у вигляді офісного обладнання (комп'ютери, принтери, стільці, столи, шафи, кондиціонери для обладнання кімнат прийому пацієнтів та приміщень, у яких працюють лікарі), обладнання для лабораторій, а також загального медичного обладнання (ваги для новонароджених і медичні столи для перев'язок, вимірювачі росту тощо). У деяких установах профінансовано, також, ремонтні роботи, зокрема це стосується клініки інституту епідеміології та інфекційних хво-

роб ім Л.В.Громашевського АМН України (проведено ремонт приміщення, призначеного для імунологічної лабораторії).

За даними опитування в організаціях, за рахунок фінансування з боку Глобального Фонду відбувалась така діяльність:

- у Київському міському СНІД-центрі – тестування, лікування ВААРТ першої та другої лінії (також на ці заходи виділялось фінансування з державного та місцевого бюджетів);
- в Одеському СНІД-центрі – лікування ВААРТ першої та другої лінії, поширення профілактичних засобів (презервативів), забезпечення навчання в інших організаціях;
- Львівський СНІД-центр, починаючи з 2006 року отримує за кошти ГФ АРТ першого ряду;
- Київське міське відділення Всеукраїнської мережі людей, які живуть із ВІЛ, – формування здорового способу життя, забезпечення допомоги та підтримки, забезпечення навчання в інших організаціях тощо;
- Київське відділення Міжнародної благодійної організації «Реабілітаційний центр „Сходи” – послуги із замісної терапії, ДКТ, допомоги та підтримки тощо;
- Одеський благодійний фонд „Шлях додому” – послуги із обміну шприців, ДКТ, інформування та формування здорового способу життя, поширення профілактичних засобів (презервативів), забезпечення допомоги та підтримки, забезпечення навчання в інших організаціях;
- Громадський рух „Віра. Надія. Любов” (м. Одеса) – послуги із ДКТ, інформування та формування здорового способу життя, поширення профілактичних засобів (презервативів), забезпечення допомоги та підтримки, забезпечення навчання в інших організаціях.

Аналіз структури витрат програми Глобального Фонду першого раунду засвідчує, що **значна частка коштів (приблизно 58%) була призначена на лікування ВІЛ-позитивних людей та догляд за ними**, на профілактичні програми серед уразливих призначалось менше 15% витрат, ще 11% — на заходи із інформування, просвітницькі роботи

та адвокатування, 3 % — на моніторинг та оцінку, решта 13% — адміністративні видатки.

Респонденти по-різному визначили відповідність пріоритетів міжнародної допомоги, зокрема, допомоги Програми Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією потребам України. На їхню думку, окрім епідеміологічних показників, величезний вплив мав людський фактор і вплив інших структур, зокрема USAID, а також політика самого Глобального Фонду, який через формат заявки чинить безпосередній вплив на політику та визначення пріоритетних напрямків діяльності проектів, які він підтримує.

Власне, стратегія допомоги USAID охоплювала ті вісім регіонів України, що вважались пріоритетними у рамках програми допомоги Глобального Фонду першого раунду. На думку експертів, основні кошти Глобального Фонду додавались у ті ж регіони для того, щоб збільшити рівень охоплення послугами, а також тому, що присутність допомоги USAID у цих регіонах у попередні роки розвинула інфраструктуру цих восьми областей, і рішення вкладати кошти саме у ці області, на думку виконавців програми, дало змогу ефективніше використовувати кошти Глобального Фонду.

І хоча відповідність пріоритетів програми Глобального Фонду потребам регіонів ставилась під сумнів, більшість респондентів уважала, що в цілому вона відповідала національним пріоритетам:

„... національні пріоритети задекларовані, але вони фінансово не підтримані. Тому те, що не підтримує держава, скажімо, превентивні програми серед уразливих груп населення і програми лікування, вони компенсуються за рахунок Глобального Фонду. Тут не може бути якоїсь різниці в підходах, тому що грант Глобального Фонду спрямований на те, щоб допомагати країні впровадити ті існуючі прогалини, які державний бюджет не може фінансувати...”.

Опитування стейкхолдерів і представників недержавних організацій продемонструвало, що **підтримку від проектів Глобального Фонду досліджувані міста відчують по-різному.**

Майже всі інтерв'ювані в Києві зазначили, що їх місто в значній мірі відчуває підтримку від проектів ГФ. Адже більшість проектів у Києві реалізується за рахунок коштів ГФ, деякі з респондентів зазначають, що взагалі весь ВІЛ-сервіс надається за кошти ГФ. Респонденти переважно вважають, що ГФ підтримує лише громадські організації, підтримує їх ініціативи, за рахунок його коштів значно розширюється спектр їхніх послуг, підвищується можливість надання транспортних послуг, харчування і житла, оплати праці співробітників, значною мірою впливає на кадрові ресурси ВІЛ-сервісних організацій.

Одеса також відчуває вплив ГФ значною мірою, оскільки на сьогодні бюджетним фінансуванням покривається лише невелика кількість програм з протидії епідемії ВІЛ/СНІДу. Проте тут є значні внески таких міжнародних організацій, як ЮНІСЕФ, фонд „Відродження”, СІДА – Канадська агенція міжнародного розвитку, а також Агенція міжнародного розвитку Сполучених Штатів Америки. Але, безумовно, Глобальний Фонд є основним. Представники одеських державних структур вважають, що у межах програм Глобального Фонду потрібно більше фінансування виділяти державним організаціям.

А ось Львів відчуває незначну підтримку від проектів ГФ. Респонденти зауважують, що для реципієнта ГФ. Львів є неперіоритетним і тому фінансування заходів з протидії відбувається, на думку опитаних, неналежними чином.

Опитування представників недержавних організацій, проведене 2007 року, **виявило неоднозначну оцінку механізму фінансування**, що їх має Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу як головний розпорядник коштів Глобального Фонду в Україні.

Незначна кількість респондентів відзначила досить демократичну процедуру подання і відбору заявок, під час якої незалежні експерти перевіряють і оцінюють організації. Проте варто зважити на той факт, що, на думку переважної більшості респондентів, незалежно від регіону існує чимало труднощів і непорозумінь у процедурі розподілу коштів Глобального Фонду, зокрема:

1) проблема невідповідності пріоритетів, виставлених Глобальним Фондом, пріоритетам регіонів; надмірно узагальнений підхід

(на думку респондентів, доцільнішим було б планувати заходи для конкретного регіону);

2) недостатнє фінансування профілактичної роботи (і надмірна увага до реабілітації);

3) надмірне фінансування програм для споживачів ін'єкційних наркотиків і недостатнє фінансування програм для дітей;

4) недовіра до регіональних організацій (кілька респондентів зазначили, що краще було б фінансувати невеликі організації безпосередньо у регіонах, а не виділяти кошти з програми Глобального Фонду великим організаціям, які потім розподіляють їх по регіонах);

5) нецільове використання коштів;

6) не завжди справедливі відкриті конкурси, на яких більше шансів виграти мають ті, хто підтримує особисті зв'язки в Міжнародному Альянсі з ВІЛ/СНІД в Україні:

«Конечно, есть определенное кумовство, и определенное там сватовство, то есть какие то организации лучше, а какие-то хуже. Безусловно. То есть условия, конечно же, не равные, есть случаи, когда организации, которые объявляют грант – вступают в долю с теми, кто его дает деньги»;

7) проведення розпорядником коштів Глобального Фонду закритих конкурсів і практика співпраці з визначеним колом організацій;

8) складна процедура отримання грантів, особливо для непріоритетного регіону (Львів у нашому випадку), де разом із тим зменшився обсяг надходжень від інших донорів.

Наприкінці 2007 року та в 2008 році ВІЛ-сервісні організації отримували кошти від двох основних реципієнтів – Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД та Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ. **Перехід до того, що стало два розпорядники коштів Глобального Фонду, респонденти оцінювали по-різному.**

Окремі респонденти відзначали позитивні сторони долучення другої недержавної організації, вважаючи, що дві національні українські організації посилюють рівень публічності впроваджен-

ня гранту, уникаючи явища монополізму, хоча й висловили застереження щодо труднощів координації впровадження заходів програми шостого раунду:

„Можна сказати те, що відбулися певні позитивні зміни, оскільки є певне підняття взаємної відповідальності між двома реципієнтами коштів Глобального Фонду і так само певні зобов'язання, які покладаються наприклад на Мережу людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом теж сприяє розвитку цієї організації”;

„Конкуренція – це здоровий механізм для організації, для країни. Ми жартували, якщо раніше ми сварились з одним розпорядником, то тепер доведеться з двома. Насправді, це загальна культура наших НДО, коли вони вважають, що є власниками коштів. Вони повинні бути адміністраторами, але стають власниками коштів, починають називати себе донорами, ставитися зверхньо до всіх інших”;

„Альянс на моїх очах, за несколько лет очень сильно бюрократился, у него разрослась своя внутренняя инфраструктура, очень много денег потрачено на внутреннюю инфраструктуру, на свой персонал. Их персонала стало намного больше, а толку меньше. Бюрократии очень много добавилось. Поэтому я вижу позитивную, в том что будет две организации”;

„У рамках першого раунду фінансові рішення приймалися за кордоном, тому що розпорядником і реципієнтом був Міжнародний Альянс у Брайтоні, а не Міжнародний Альянс України. І через це має значення не стільки розподіл обов'язків між реципієнтами, скільки переміщення від міжнаціонального до національно реципієнта. Але з'явилися додаткові труднощі щодо координації якихось активностей, які співпадають...”.

Деякі стейкхолдери вказували на забюрократизованість процедур, що їх почала втілювати Мережа, виконуючи програму Глобального Фонду:

„Тепер у Мережі, навіть якщо фінансування й затримали, але звітувати треба у терміни, визначені на початку. Фінансування ще не надійшло, але з Мережі приходили з моніторинговими візитами й перевіряли діяльність”;

„[Процедура отримання грантів] Она стала жосче, в объявлениях на конкурс присутствует очень много «застережень»: этого нельзя,

туда не ступай, здесь не ходи. С моей точки зрения, для неправительственных организаций, которые работают в регионах, которые получают очень маленькие зарплаты, все же это выглядит унижительно”.

Частина опитаних, особливо представники регіонів, висловлювали переконаність у тому, що Мережі потрібно більше розвинути власний потенціал, аби виконувати функції розпорядника коштів Глобального Фонду належним чином, вміти широко осмислювати ситуацію, готувати документи, проводити реально відкриті конкурси:

„Мережа людей, які живуть з ВІЛ, потребує півроку-рік, аби стати організацією, навчитися формувати менеджмент, кадри, політику. Наведу такий приклад. Кошти, які йдуть від Глобальному Фонду на Мережу, потребують активності від державної політики, а Мережа це забезпечити не може”;

„В их деятельности нет слаженности работы и нет четко выписанных приоритетных направлений работы, общего глобального масштаба. Ребята в этой организации видят узкую проблему непосредственно связанную с ВИЧ позитивным статусом и эту проблему развивают. При чем они видят, на какие гранты выделяют деньги и начинают быстро разрабатывать эти гранты. Хотя на местах, в тех или иных грантах, нет необходимости”;

„Сеть, они только начали внедрять свои проекты — есть много недоработок, то есть ну недостаточно квалифицированно разработаны те или другие материалы, вот даже когда объявлялся конкурс там были определённые требования допустим к тем же задачам проекта, мероприятиям. Но они прописаны настолько нечётко что получается каша, и сейчас когда допустим я пишу отчёт то мне очень сложно выписать мои мероприятия”.

Деякі опитані представники громадських організацій Києва та Одеси наголошували, що з початком програми Глобального Фонду шостого раунду, коли розпорядником коштів на догляд і підтримку ВІЛ-позитивних людей стала Мережа ЛЖВ, ситуація значно погіршилась:

„Сеть ЛЖВС – это активная организация, она не очень развита, не профессиональна. Люди, живущие с ВИЧ, хорошие менеджеры – это миф. Я это утверждаю на опыте работы с ЛЖВ и их организа-

циями. Для нас это тяжёлый опыт сотрудничества. У нас векторы интересов разные. Мы ориентированы на то, чтобы передавать услуги от донора к потребителю, как передаточное звено. ЛЖВ представляют собой самих потребителей услуг своей организации. Не желая предоставлять услуги другим ЛЖВ. Это факт, я вижу эти сигналы со стороны. С другой стороны проекты которые идут через сеть ЛЖВ – мы их не видим в активной рассылке между другими ВИЧ-сервисными организациями. Я подозреваю, что эти рассылки идут для организаций ЛЖВС, но не для остального котингента НГО. Потому, по каким направлениям работает вся сеть я не знаю. Может это связано со сменой руководства. Сравнить эти 2 организации нельзя, т.к. «Альянс» работает на порядок болев открыто”;

„... всё изменилось в худшую сторону.. Сеть более бюрократична, чем «Альянс», у них сумашедшие требования к отчетности. ,документации. У нас некоторые организации отказались от работы с Сетью. С «Альянсом» работать гораздо легче”;

„... расчёты, которые делаются при объявлении конкурса на количество средств затрачиваемых на одного клиента, изменились, они очень сократились. И кто даст защищённость этим людям на местном уровне, даже социальным работникам от заражения туберкулёзом – бывают же клиенты разные: с открытыми формами туберкулёза, а при етом зарплата социального работника.... Чтобы набрать достаточное количество социальных работников чтобы охватить то количество клиентов, которое пишется в заявке... мы вынуждены платить копейки”;

„... вони закладають працівникам зарплати не більше 100-200 доларів, розуміючи що це не є чесні зарплати, забороняючи при цьому більш високі зарплати, скажімо у 700 доларів, знаючи що в середньому вони по Києву складають 300-500 навіть у не висококваліфікованої людини, а ми з вами говоримо про фахівців. До того ж ця жорстка звітність, постійні переписки.... Я взагалі песимістично ставлюся до їхньої роботи, але ті організації, які з ними співпрацюють і мають налагоджені контакти це відчують”;

„Ситуация резко ухудшилась. Когда распорядителем стала Сеть ЛЖВ, то все стало как-то очень непонятно, странно, то есть система отборочных этих конкурсов..... В результате этого практически по всем организациям, которые я знаю, произошло урезание бюджетов той деятельности, которую мы вели, тех объемов, их пришлось сокращать из-за того, что половину для себя оттянула половину Сеть ЛЖВ. Но вот на те средства, которые на себя оттянула, никаких социальных эффектов или преобразований не происходит. Вот, это просто они там... распределяют куда то эти деньги, но непонятно куда и на что, и с каким последующим результатом там что они уже делают”.

Висловлювались і думки, що через такий значний проект, який потребує співпраці з державними структурами, Всеукраїнська мережа ЛЖВ змушена буде змінити свою місію та підходи до роботи, оскільки вона фактично із активістської організації перетворюється на донорську:

„... организация их направления, должна заниматься не отработкой донорских денег, а должна заниматься защитой прав ВИЧ-позитивных людей, адвокацией, защитой детей и в общем то доступом к терапии, она должна выходить на митинги, забастовки, она должна сражаться с теми же донорами и государством и требовать от них перенаправления ресурсов. Когда они являются, становятся получателями средств, теряется их суть”;

«Общественные организации всегда считали, что Альянс — монополист, монополист, все зависит от Альянса. Теперь пришла Сеть, ее называют „приватизатором”, потому что Сеть в силу того, что это организация очень быстрого развития, молниеносного, она не эволюционировала, как то революционировала в своем развитии. И поэтому в ее политике очень много перекосов – они считают эти деньги своими. Они не считают эти деньги страны. Может быть, конечно, они не говорят это Глобальному Фонду, но когда они общаются с ВИЧ-реципиентами, получателями услуг – они говорят мы дали деньги, наши деньги, мы доноры говорит сеть. Уговаривают себя. Все конечно зависит от людей, но я думаю, что это такая политика, такой вот дух организации. Поэтому в этом плане, конечно, очень сложно с ними работать. Просто сложно работать, знаете как с человеком, который очень быстро разбогател.»

Одиничні вислови – за те, що б розпорядником коштів залишався винятково Альянс, який за роки впровадження програми Глобального Фонду першого раунду став досить професійною організацією:

„... мені здається, що Альянс більш ефективно працює, а Мережа менш ефективно. Мабуть через те, що у них не вистачає досвіду, може, я не знаю, там ще якісь чинники. Але як на мене, то краще, щоб розпорядник був один, от наприклад Альянс... З Альянсом значно зручніше працювати і вважаю, що це більш професійна організація”.

Більшість представників державних структур як національного рівня, так і в регіонах **негативно оцінювали те, що розпорядником коштів є недержавна організація**. Вони вважали, що не благодійний фонд, а держава повинна втілювати програми Глобального Фонду, інакше спостерігається дублювання функцій:

„... Глобальний Фонд повинен здійснювати підтримку держави протидії епідемії ВІЛ/СНІДу і відповідальність за це повинна нести безпосередньо держава. Розпоряджатися коштами й націлювати їх повинні державні органи, залучаючи недержавний сектор і різні міжнародні організації... Іноді здається, що ведеться якась паралельна робота з державними органами. Тобто, державні органи і структури охорони здоров'я, наші соціальні служби ведуть роботу за обмежені кошти й відповідають за це перед Президентом, Кабінетом Міністрів, Верховною Радою. І тут з потужними коштами, які йдуть на недержавні організації, здійснюється паралельна робота з протидії епідемії ВІЛ/СНІДу. Можливо, одна з причин, це те, що більшість коштів йде на утримання самих організацій, а не на діяльність. Приблизно 60–80% – це утримання, 10–30% – це фінансування програм”;

„... недержавні організації мають забезпечити формування державної політики. Це нонсенс!”

„Ви знаєте, мені здається, держава повинна визначати, що є авторитетом для держави та запрошувати ті чи інші організації до співпраці з нею. Не може жодна організація поза державою впливати на рішення держави”;

„... Я вважаю, що основним реципієнтом мала бути державна структура. І це є недоліком, що два основні реципієнти не є державними структурами... Думаю, що це було не дуже зважене рішення – механізмів державного впливу все ж таки недостатньо для реалізації цих завдань. Тому моя думка така: субреципієнтами можуть виступати і недержавні органи (фонди, громадська організація), але основним має виступати державна структура”;

„... все ж таки основним реципієнтом коштів все ж таки мала бути держава. Тому що саме державні органи і міністерства профільні в першу чергу відповідають за реалізацію політики і мають контролювати стан захворювання і тому, і тому подібні, розповсюдження ВІЛ інфекції в Україні”.

Таким чином, програма Глобального Фонду зробила суттєвий фінансовий внесок у становлення організацій ВІЛ-сервісу на національ-

ному та регіональному рівнях. Проте респонденти не завжди позитивно оцінювали процедури та механізми розподілу коштів програми її основними реципієнтами. Разом із тим, більшість із опитаних погоджувались, що наявність двох НДО як основних реципієнтів Програми Глобального Фонду є цілком прийнятною для України моделлю отримання грантової допомоги.

4.1.2. Розвиток людського потенціалу ВІЛ-сервісу

Надання ефективних послуг із протидії епідемії ВІЛ/СНІДу можливе за умови належного кадрового забезпечення ВІЛ-сервісних організацій.

На думку опитаних національних та регіональних стейкхолдерів, безпосередніх надавачів послуг, впровадження в Україні програм Глобального Фонду супроводжувалось посиленою увагою до розвитку потенціалу ВІЛ-сервісних організацій, зокрема, через **проведення тренінгів**:

„Глобальний Фонд проводив тренінги для мене як спеціаліста, тренінги для фахівців обласного центру СНІДу, семінари для лікарів інфекціоністів, лікарів педіатрів...”;

„... за кошти Глобального Фонду відбувалося і навчання спеціалістів, медичних працівників і ознайомлення з тим досвідом, практиками інших країн світу”.

Аналіз річних звітів Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні засвідчує зростання уваги до кадрового та організаційного розвитку ВІЛ-сервісу. Так, 2004 року значні ресурси й зусилля були спрямовані на підтримку тих НДО, що впроваджують проекти з профілактики. Альянс-Україна разом із своїми стратегічними партнерами — Міжнародним фондом «Відродження», Британською радою та Південноукраїнським тренінговим центром — провів 15 тренінгів. Програма тренінгів охоплювала такі теми: моніторинг і оцінка проекту та збір інформації; організація ефек-

тивних профілактичних програм для працівників секс-бізнесу; до- та післятестове консультування; адвокація прав уразливих груп населення; методологія оцінки із залученням до участі. Більш як 360 професіоналів — працівників місцевих НУО — взяли участь у тренінгах у рамках програми [61]. До 2007 року і географія, і тематика тренінгів значно розширились. За даними Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, 2007 рік: 9 регіональних інформаційно-ресурсних центрів з питань ВІЛ/СНІД, що працюють, зокрема, у Києві та в Одесі, за підтримки програми Глобального Фонду провели 255 тренінгів та семінарів, у яких взяло участь близько 3,8 тис. слухачів (працівників НДО, різних фахівців, студентів та школярів тощо). Крім цього, Альянс впроваджував низку тренінгів для зміцнення організаційного потенціалу регіональних НДО — „Фінансовий менеджмент і адміністрування грантів”, „Проектний менеджмент” тощо [63].

Результати опитування провайдерів послуг, проведені 2008 року показали, що 37 осіб із 50 опитаних брали участь у тренінгах з питань ВІЛ/СНІДу за останні 12 місяців. Найчастіше респонденти брали участь у тренінгах щодо тестування (ДКТ), профілактики ВІЛ, соціальної підтримки тощо. І в переважній більшості випадків фінансування здійснювалось за рахунок Глобального Фонду.

Організаційне опитування підтверджує, що чимало співробітників ВІЛ-сервісних організацій проходило навчання. Так, у Київському міському СНІД-центрі персонал майже стовідсотково пройшов навчання. Навчання персоналу відбувалось як за кошти Глобального Фонду, так і державного бюджету. У Київському представництві Всеукраїнської мережі ЛЖВ 40 із 50 співробітників пройшли тренінги у 2007 р. (12 із 12 у 2004 році). В Одеському міському СНІД-центрі 2004 року навчання пройшли всі 12 співробітників, у 2007 році — 9 із 32-х (тематика — тестування на ВІЛ, лікування ВІЛ). В Одеському благодійному фонді „Дорога додому” і в 2004 і в 2007 роках навчання пройшли сто відсотків співробітників (тематика — обмін шприців, замісна терапія, розповсюдження презервативів, послуги допомоги та підтримки тощо). Фінансування тренінгів відбувалось за рахунок Глобального Фонду та інших міжнародних донорів.

Слід звернути увагу, що навчання, за даними анкетування провайдерів, було короткочасним: у більшості випадків від одного до трьох днів, трохи рідше – від 4 до семи днів і лише в поодиноких випадках воно тривало від восьми днів до місяця.

При цьому майже третина опитаних взагалі не працювала до початку роботи у ВІЛ-сервісі, шоста частина була клієнтами ВІЛ-сервісних організацій. Разом із тим, лише троє респондентів заперечили, що мають достатній рівень навчання для того, щоб виконувати свою роботу добре (38 із 50 респондентів погодилася із твердженням „Я отримав достатнє навчання для того, щоб виконувати мою роботу добре”). І це при тому, що в Україні навчання соціальних працівників розпочалося лише десятиріччя тому і в будь-яких сферах бракує кваліфікованих фахівців із соціальної та соціально-психологічної роботи. Що стосується медичних працівників, то фахівці відзначають недостатній рівень підготовки саме у питаннях ВІЛ/СНІДу, оскільки ці питання не є предметом ґрунтовного вивчення у медичних закладах. Власне, орієнтація у розвитку ресурсів ВІЛ-сервісних організацій на проведення кількадесятих тренінгів переважно для людей, які не мають належної фахової освіти, призводить до викривлення уявлень стосовно підготовки до роботи, а також до певної депрофесіоналізації соціальної сфери в цілому і ВІЛ-сервісу зокрема.

Дані інших досліджень засвідчують, що „соціальними працівниками” у ВІЛ-сервісних організаціях вважають „будь-який неклінічний персонал, що пройшов певний тренінг з консультування” [24, 9].

За 2004–2007 роки у більшості державних та недержавних ВІЛ-сервісних організацій відбулось **зростання чисельності персоналу**. Так, за даними опитування в організаціях, у Київській міській лікарні № 5 (СНІД-центрі) кількість персоналу зросла в 2, 5 рази – з 60 осіб у 2004 р. до 150 у 2007 р. В Одеському СНІД-центрі – майже втричі (з 12 у 2004 р. до 32 у 2007 р.). У недержавних організаціях, підтримуваних за кошти програми Глобального Фонду, також спостерігається суттєве зростання кількості персоналу. У Київському представництві Всеукраїнської мережі ЛЖВ за 2004–2007 роки кількість персоналу зросла в 4 рази (в тому числі з 2006 року – вдвічі) – з 12 у 2004 р. до 50 у 2007 р. В Одеському громадському русі „Віра. Надія. Любов” – зросла втричі.

Таке зростання чисельності персоналу пов'язано як із фінансування міжнародними організаціями недержавних ВІЛ-сервісних структур, так і збільшенням обсягів державного фінансування.

Однак менше половини (23 із 50 опитаних) погодились із твердженням „У цій організації достатня кількість працівників для того, щоб надавати пристойні послуги”, у той час, як 14 висловили незгоду із цим твердженням і ще 12 були наскільки згодні, настільки ж незгодні.

Дані інших досліджень свідчать, що хоча Україна не відчуває нестачу медичних працівників, проте у сфері протидії епідемії ВІЛ/СНІДу низка організаційних чинників ставить під загрозу наявність достатньої кількості кваліфікованих людських ресурсів, потрібних для підтримання надання тих послуг, що стали можливими завдяки міжнародним і національним ініціативам [24, 4].

Слід зазначити, що анкетування провайдерів послуг, проведене 2008 року, виявило, що **персонал відчуває зростання навантаження** з року в рік. Так, 41 респондент із 50 вважав, що його навантаження за останній рік зросло (зокрема, такої думки дотримувались 16 із 18 респондентів державних організацій і 25 із 32 респондентів із недержавних організацій).

З-поміж тих, хто вважав, що їх робоче навантаження зросло, 34 пов'язували це зі зростанням кількості клієнтів, 25 – збільшенням обсягів адміністративної роботи, 6- участю в тренінгах.

Таблиця 4.1. Співвідношення кількості співробітників та клієнтів у міських СНІД-центрах (дані організаційного опитування, 2008)

| | К-сть клієнтів на 1 працівника | | К-сть візитів клієнтів на 1 працівника | |
|-------|--------------------------------|------|--|------|
| | 2004 | 2007 | 2004 | 2007 |
| Київ | 85.6 | 92.9 | 7.7 | 6.3 |
| Одеса | 1695 | 1258 | 1241 | 518 |

Водночас, дані опитування в організаціях свідчать, що кількість візитів клієнтів у багатьох організаціях на одного співробітника залишається майже незмінною чи навіть меншою (див. табл. 4.1),

тобто, зі зростанням чисельності клієнтів зростала і чисельність персоналу.

Хоча можливий і зворотний процес: зростання кількості персоналу дало змогу обслуговувати більшу кількість клієнтів, які й досі зауважують, що немає сенсу звертатися до закладу, бо певну допомогу там навряд чи можна отримати, тим більше допомогу якісну:

„Разница между Городским и Областным центром СПИДа во времени. Здесь, в городском центре, людей не много, всегда попадешь к врачу, тратится мало времени. А в областном центре можно было целый день простоять и не попасть к

...здесь много людей и я знаю, что есть тяжелые люди, которые действительно нуждаются в помощи...и персонал, который здесь остался, они просто не успевают иногда даже чаю попить, и я понимаю, что я как бы в нормальном состоянии и естественно мне внимания меньше уделяют...”

...я думаю, что профессиональную психологическую помощь я тут вряд ли получу, психолога, психотерапевта тут нет, а так на уровне „погладить по головке” только, конечно не без того”.

Отже, відчуття персоналу, що навантаження зростає, більше пов’язане із адміністративним навантаженням (необхідністю вести записи, базу даних, готувати звіти тощо). На це ж вказували респонденти під час інтерв’ю, наголошуючи, що нинішня система обліку послуг клієнтам складна і потребує багато часу для її ведення. Крім того, дається взнаки емоційне виснаження (професійне вигорання) працівників, що надають послуги ВІЛ-позитивним людям та людям, уразливим до ВІЛ.

Дані інших досліджень свідчать, що рівень комплектації кадрами та робоче навантаження значно відрізняються у різних СНІД-центрах. Наприклад, лікар-інфекціоніст може мати від 136 до 3,5 тисяч ЛЖВС на диспансерному нагляді та від 4 до 190 пацієнтів на АРТ. Лікарі перевантажені завданнями неклінічного характеру, а таким як ведення документації, тоді як медичні сестри недостатньо завантажені [24, 6-9].

У цілому ж, персонал ВІЛ-сервісних організацій почувається досить задоволеним своєю роботою:

- 38 із 50 респондентів вважають себе вмотивованими до роботи (8 почуваються наскільки вмотивованими, настільки немотивованими і лише 2 — немотивованими до роботи, це два представники державних медичних закладів);
- 36 із 50 респондентів задоволені власною роботою (причому 32 з них задоволені роботою більше, ніж рік тому);
- 33 із 50 подобається працювати з ВІЛ-позитивними клієнтами;
- 33 із 50 заперечили тезу „Мені важко працювати з ВІЛ-позитивними клієнтами”;
- 36 із 50 заперечили тезу „Я б вважав за краще працювати в іншій організації/галузі”.

Респондентів, за їх визначенням, мотивує до роботи у ВІЛ-сервісі емпатія до клієнтів (26 відповідей), командна робота (20 відповідей), гарні умови праці (13 відповідей), навчання (11 відповідей). До найменших мотиваторів респонденти віднесли фінансовий дохід та майбутні перспективи. Схожі відповіді спостерігались і в анкетуванні, проведеному 2006 року. Проте на додаткове запитання щодо мотивів роботи інших членів організації, була отримана майже однотайна відповідь — матеріальна винагорода. Загалом, питання щодо мотивації роботи у ВІЛ-сервісі не є однозначним, оскільки самооцінка не завжди дає адекватну інформацію щодо справжнього стимулу до праці. До того ж, отримані дані суперечать даним інших досліджень, згідно із якими „центральною проблемою людських ресурсів, наявних для надання послуг в охороні здоров'я, було визначено низьких рівень вмотивованості працюючих у сфері ВІЛ/СНІДу” [24, 16], що зменшує результативність роботи та призводить до плинності кадрів. Члени мультидисциплінарних команд відзначили, що характерними рисами їх роботи є велике робоче навантаження, емоційне вигорання, неефективний розподіл завдань, відсутність гнучких графіків роботи, обмежені можливості для кар'єрного зростання, низькі матеріальні стимули до роботи. Працівники також піддали критиці нестачу обладнання та обмежений доступ до профілактики постконтактного зараження [24, 17-18].

Схожі дослідження, проведені в інших країнах, засвідчують, що завдяки глобальним ініціативам зросла чисельність персоналу ВІЛ-сервісних організацій, особливо у громадському секторі. Персонал часто почувається перевантаженим роботою, що значною мірою пов'язано із складним характером роботи із ВІЛ-позитивними людьми. Додатковим мотивуючим чинником для багатьох працівників ВІЛ-сервісу слугують тренінги, що їх проводять переважно за рахунок донорських коштів [88].

Підсумовуючи, можна відзначити, що за останні роки чисельність персоналу у ВІЛ-сервісних організаціях зростала, але й провайдери і клієнти відзначають надмірне робоче навантаження персоналу. Персонал стверджує, що почувається задоволеним своєю роботою і вважає, що має належний рівень підготовки, хоча більшість тренінгів, які вони проходили, тривали всього кілька днів, а значна частина провайдерів не має спеціальної освіти у сфері ВІЛ/СНІДу. Клієнти висловлюють більш скептичну оцінку діяльності персоналу та своїм стосункам із ним.

4.1.3. Посилення нормативно-правового забезпечення розвитку ВІЛ-сервісу, створення сприятливого середовища для розвитку ВІЛ-сервісу

Реалізація глобальних ініціатив у сфері ВІЛ/СНІДу, на думку опитаних стейхолдерів, супроводжувалась поступовим **упорядкуванням нормативно-правової бази як щодо протидії ВІЛ/СНІДу, так і супутніх захворювань:**

„... започатковано упорядкування нормативно-правової бази в сфері ВІЛ/СНІДУ і туберкульозу, як дотичної до ВІЛ/СНІДУ епідемії...”;

„Під впливом гранту ГФ була прийнята дуже серйозна низка нормативних актів, були прийняті дуже серйозні політичні рішення до реалізації основних завдань, до реалізації основних вимог, поставлених фондом перед Україною, навіть був залучений президент України”.

Важливою складовою першого етапу реалізації програми Глобального Фонду була розробка і опублікування 2004 року Міжнародним Альянсом із ВІЛ/СНІДу спільно із Міністерством охорони здоров'я України національних клінічних протоколів щодо лікування (антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків; антиретровірусної терапії для дітей; лікування опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ/СНІД), а також для методичних рекомендацій лабораторного моніторингу за ВІЛ-інфекцією та антиретровірусною терапією [61]:

„... запроваджувалась система стандартизації (розроблення протоколів як лікувати, як надавати догляд тощо)”.

У подальші роки Міжнародний Альянс із ВІЛ/СНІД продовжував брати участь у посиленні нормативно-правового забезпечення розвитку ВІЛ-сервісу. Зокрема, 2005 року спільно із Українським СНІД-центром було розроблено національний протокол добровільного тестування та консультування на ВІЛ-інфекцію (затверджено МОЗ у листопаді 2005 року), 2006 року – клінічний протокол, який урегулює питання щодо надання паліативної допомоги (затверджено наказом МОЗ у липні 2007 р.). За ініціативи, технічної підтримки та адвокаційної діяльності Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні розроблено і схвалено низку нормативно-правових документів щодо запровадження замісної підтримувальної терапії, зокрема щодо метадонової терапії:

„Важливими змінами останнього [2007] року є низка наказів Міністерства охорони здоров'я про розвиток замісної підтримувальної терапії. І навіть така дуже закрита і, якщо сказати психіатричною мовою, фригідна організація, як Комітет по контролю за наркотиками, яка завжди стояла так десь в стороні цього процесу формально, а фактично чинила неабиякий спротив, то зараз і вона погодилась, що це треба якось все організувати. Цього б не сталося, якби не було втручання Глобального Фонду, не було фінансування такої кількості заходів різноманітних – від прес-конференцій, і телепередач, до навчальних заходів з фахівцям міністерств та організацій, робочих груп”.

Разом із тим, учасники дослідження відзначили низку не врегульованих питань, що пов'язані із подальшим розвитком ВІЛ-сервісу, забезпеченням його життєздатності та стабільності:

„По Глобальному Фонду мережа недержавних організацій створює так би мовити комюніті-центри, денні центри для ВІЛ-інфікованих діток. Але вони розвиваються як програми, вони не адаптуються в державну політику, не розробляються нормативні документи, які б забезпечували діяльність таких центрів після завершення програм”;

„Немає механізму соціального замовлення для того, щоб забезпечити фінансову спроможність неурядових організацій, які надають послуги, у подальшому без допомоги донорів відповідати на епідемію ВІЛ/СНІДу. Але це не стільки задачі Глобального Фонду, це задачі саме національні, внутрішні”;

„потрібна законодавча база щодо здійснення швидких тестів, бо зараз це питання не врегульоване”.

Втілення програми Глобального Фонду також привернуло увагу до **координації політики охорони громадського здоров'я та проблеми браку міжвідомчої взаємодії**.

Координацію заходів політики протидії епідемії ВІЛ/СНІДу покликана, зокрема, забезпечувати створена 2005 року Національна координаційна рада з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу [55] (а на регіональному рівні – відповідні обласні і міські координаційні ради), до складу якої входять як представники різних відомств, так і громадських, міжнародних, релігійних, комерційних організацій. Створення такої ради є вимогою для отримання й реалізації грантів Глобального Фонду, її діяльність, особливо на початковому етапі, активно підтримувалась Міжнародним Альянсом із ВІЛ/СНІД, **хоча був і вплив інших організацій – ЮНЕЙДС, ЮСЕЙД:**

„Глобальний Фонд допоміг координаційній раді більш чітко зрозуміти і сприйняти міжнародні процедури, процедури відкритості, відкритого прийняття рішень, прозорості, оскільки Глобальний Фонд опосередковано впливав на склад Національної ради”;

Проте, не всі експерти, опитані в межах дослідження, позитивно оцінюють наслідки діяльності цих рад. При цьому деякі респонденти вказують на відсутність будь-якої взаємодії. Співпраця у регіонах відбувається на рівні окремих проектів, а не спільно сформованої політики. Національна рада останнім часом діє спорадично, її секретаріат припинив існування, фактично вона має досить обмежені повноваження і зосереджується переважно на фінансових питаннях:

„... вона має статус дорадчого органу, тобто вона не приймає ніяких рішень, члени ради розглядають і розробляють доручення... Знову ж кого стосуються доручення? Центральних органів виконавчої ради, які тим чи іншим чином виконують свої завдання. Координаційна рада має сприяти координації. А цього немає. Збираються, розглядають питання, приймають рішення, які часто не виконуються”;

„Рада вирішує питання з Глобальним Фондом, однак знову ж таки, гроші, гроші, гроші, і так далі, але це одна сторона справи, а з іншого боку, Рада повинна формувати політику, розробляти якісь стратегії, оцінювати її, змінювати, керувати національними програмами, вона цього не робить”;

„Протягом трьох останніх років координаційна рада збирається тільки в тому випадку якщо потрібно подати заявку до Глобального Фонду, більше вони не збираються, бо їх нічого не цікавить”.

Разом із тим, експерти в цілому вважають позитивним сам факт створення координаційних механізмів, адже це слугує гарним прикладом співпраці між державними, недержавними організаціями з активним залученням ВІЛ-позитивних осіб:

„Покращилася взаємодія і партнерство. Наші організації під час моніторингу зверталися до управлінь охорони здоров'я і їм надавали інформацію. Раніше могли відмовити”.

Більш критичними в оцінках діяльності місцевих координаційних рад були опитані у Києві та у Львові („Координаційна рада – це формальність, яка конкретної роботи не проводить”), у той час, як в Одесі респонденти досить схвально відгукувались про координаційну раду:

„... чиновники сели за стол и как-то стараются помочь в этих вопросах, в результате начинает на местном уровне выделяться финансирование”.

Крім того, варто зазначити, що в Україні законодавчо не визначено єдиного координуючого органу політики протидії епідемії ВІЛ/СНІД, натомість діють такі структури, що вповноважені координувати цю політику: Координаційна рада з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії, Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам, Державна надзвичайна протиепідемічна комісія, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом та безпосередньо Міністерство охорони здоров'я.

На неофіційному рівні впроваджуються дещо інші координаційні механізми – регулярні зустрічі стейкхолдерів, що їх почав організовувати Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, зустрічі тематичної групи з питань ВІЛ/СНІДу структур ООН тощо. У міністерствах України формуються тематичні робочі групи або громадські ради, в яких беруть участь представники громадянського суспільства.

Перешкодою до належної координації політики респонденти визначили часту зміну керівництва МОЗ, низьку правову культуру і невиконання законів, орієнтацію координаційних механізмів не на результат, а на процес, брак зворотнього зв'язку. Крім цього, на думку опитаних фахівців, ВІЛ/СНІД в Україні продовжує залишатись суто медичною проблемою, МОЗ як провідний орган опікується суто медичними питаннями, а решті аспектів епідемії приділяється значно менше уваги, бо в Україні „дуже слабка і невізначена політика у сфері охорони громадського здоров'я”.

Наразі, брак координації як характерна риса політичного та інституціонального контексту політики стосовно ВІЛ/СНІДу в Україні є віддзеркаленням низької спроможності державного апарату до вироблення послідовної політики, сформованої в нашій державі політичної та управлінської культури, недостатньої взаємодії між різним зацікавленими міністерствами, владою національного і міс-

цевого рівнів, між урядом, громадянським суспільством і бізнесом [69]. Опосередковано це може підтверджувати недостатню розвиненість політичних мереж у цій сфері й більшу орієнтацію на групові конгломерати, зокрема, регіональні, сформовані навколо окремих осіб, що займають впливові посади в бюрократичному апараті або мають інші ефективні статуси, на що звертає увагу частина українських дослідників [28].

Проведене дослідження ще раз засвідчило наявність проблеми із впровадженням ухваленої політики: спостерігається нерозуміння владою, насамперед місцевою, важливості протидії епідемії; зволікання із фінансуванням заходів; опір фахівців-медиків, соціальних працівників державних служб; непідготовленість фахівців у ВІЛ-сервісних організаціях до надання якісних послуг тощо. Це ставить під сумнів життєздатність започаткованих у рамках програми Глобального Фонду місцевих ініціатив. І хоча в рамках нашого дослідження думки розділилися – у той час як переважна більшість представників місцевих органів влади висловлювала впевненість у можливості забезпечення продовження діяльності проектів, започаткованих за кошти донорів через механізм соціального замовлення, волонтерської праці тощо, майже всі представники НДО і в Києві, і в Одесі, і у Львові заперечували можливості й бажання місцевої влади надалі їх підтримувати.

Проблеми координації політики ВІЛ/СНІДу, яка за природою є багатосекторною, не є винятково українськими. Особливо це яскраво виявляється в країнах, де діє багато донорських організацій, що недостатньо узгоджують напрями діяльності між собою, і де завдяки зовнішньому фінансуванню часто-густо створюють паралельну до державної нову систему допомоги і підтримки ВІЛ-позитивних людей. Для багатьох країн регулювання діяльності на регіональному рівні та участі НДО залишається проблематичним [89].

Отже, проведені дослідження засвідчує, що впровадження програми Глобального Фонду сприяло вдосконаленню нормативно-правової бази, потрібної для розвитку ВІЛ-сервісу України, насамперед, через розроблення національних протоколів надання певних послуг. Оскільки наявність єдиного координаційного механізму

є однією з вимог Глобального Фонду, в Україні була створена Національна координаційна рада з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу (а на регіональному рівні – відповідні обласні і міські координаційні ради), проте координація політики на національному та місцевому рівнях є малоефективною, бо офіційно ради мають дорадчий статус, їм бракує механізмів впливу, і вони не впливають на розподіл ресурсів для ВІЛ-сервісу.

4.2. Оцінка результатів впровадження програми Глобального Фонду

4.2.1. Розвиток послуг для ВІЛ-позитивних людей та уразливих до ВІЛ груп

За 2004–2007 роки в Україні суттєво змінився як пакет послуг для ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД людей і представників уразливих до ВІЛ-груп, так і охоплення цими послугами. На думку опитаних респондентів, вагому роль у цьому відіграла програма Глобального Фонду:

„ВІЛ сервіс наш створений весь за рахунок коштів Глобального Фонду”;

Динаміка АРТ лікування

2003 рік – АРТ за кошти Держбюджету отримувало 53 особи
2004 рік – АРТ отримувало 135 людини
2008 рік – АРТ отримує 9 тис ВІЛ-позитивних (із них 6 тисяч – за кошти Глобального Фонду).

Дані опитування в організаціях засвідчують **зростання кількості клієнтів та числа візитів клієнтів**. Так, у Київському міському СНІД-центрі з 2004 року майже вдвічі зросла кількість клієнтів (з 464 у

2004 р. до 942 у 2007 р.), кількість візитів клієнтів збільшилась у 2,5 рази. В Одеському міському СНІД-центрі хоча кількість клієнтів майже не зростає (вона становила 14899 у 2004 р. і 16582 у 2007 р.), кількість візитів зростає вдвічі (з 20348 у 2004 р. до 40258 у 2007 р.). У Київському міському відділенні Всеукраїнської мережі людей, які живуть із ВІЛ, кількість клієнтів зростає майже втричі (з 150 до 700), а кількість відвідувань клієнтів збільшилась від 7-8 до 150 на тиждень. В Одеському благодійному фонді „Дорога додому” кількість клієнтів зростає майже в півтора рази (з 4500 до 7 050) і відвідувань – також. В Одеському громадському русі „Віра. Надія. Любов” кількість клієнтів зростає майже у 2,5 рази (з 1700 до 4020).

За даними Міжнародного Альянсу із ВІЛ/СНІД в Україні, досягнуто прогресу у виконанні більшості індикаторів програм Глобального Фонду першого та шостого раунду, зокрема, щодо забезпечення АРВ-терапією, охоплення представників уразливих груп програмами профілактики ВІЛ [29].

За сприяння Глобального Фонду на серпень 2008 року **понад 5 684 особи отримали лікування антиретровірусними препаратами** (плановий показник – 5680 осіб). Загалом, в Україні таке лікування зараз отримують 9 тисяч ВІЛ-позитивних. Для порівняння: на початку 2004 року, коли не було міжнародного фінансування на ці цілі, таке лікування отримували одиниці. Як згадував один із респондентів:

„Я пам'ятаю чудово, як перші чотири дорослих в центрі СНІДу міському тягнули жереб, кому пощастить і вони зможуть отримувати антиретровірусну терапію”.

Більшість опитаних респондентів наголошувало на винятковій ролі програми Глобального Фонду у системному розгортанні лікування ВІЛ-позитивних людей:

„Глобальний Фонд відіграв велику роль, щоб люди отримали лікування, до того ж за нормальними цінами. Були перевірені й відібрані якісні ліки, від яких у людей не виникало резистентності. Це велика зміна”;

„Завдяки Глобальному Фонду можна стало говорити про те, що у Львівській, Івано-Франківській областях. можна лікувати хворих і так далі, тобто в тих областях, де навіть не було жодної допомоги ВІЛ-інфікованим”.

Завдяки зусиллям громадських організацій вдалося суттєво знизити вартість АРТ. У 2004 р. вартість лікування становила 10 000 доларів на рік на одного пацієнта. Зараз в Україні середня вартість лікування дорівнює приблизно 300-400 доларів (залежно від схеми, за якою відбувається лікування) на одного пацієнта на рік [37]. Активна позиція громадських організацій, зокрема, Всеукраїнської мережі людей, які живуть із ВІЛ, сприяла зниженню вартості препаратів, які закупає держава для лікування ВІЛ-позитивних людей за кошти державного бюджету. Так, у 2006 році порівняно з 2005 роком ціни були зменшені в середньому у 40 разів [79]. 2007 р. одні й ті ж препарати Мережа людей, які живуть з ВІЛ, і Міністерство охорони здоров'я намагалися закуповувати за різною ціною (міністерство у п'ятеро дорожче, аніж громадська організація), проте після втручання громадськості, відповідної адвокаційної роботи ціна державних закупівель була знижена [7].

При цьому відбувалась не лише закупівля та розподіл медичних препаратів, а створювалась певна система лікування ВІЛ-позитивних людей:

„Работа Глобального Фонда позволила создать сеть лабораторную для диагностики, мониторинга и лечения ВИЧ-инфицированных”;

„Проект Глобального Фонда позволил практически начать широкомасштабное лечение, и вот именно подход комплексный – социальное сопровождение, обследование. До того вот не было опыта комплексного широкомасштабного лечения. На сегодняшний день такой подход комплексного лечения регламентирован и в государственной программе, и собственно, учитывается в государственном бюджете”.

За даними Міністерства охорони здоров'я, доступ до АРВ-терапії зростає, однак терапію отримують зовсім не всі, хто її потребує. Відсоток дорослих та дітей із прогресуючою ВІЛ-інфекцією, які

отримували антиретровірусну терапію в 2005 році, становив 21%, у 2006 році – 27% від оціночної кількості дорослих та дітей із прогресуючою ВІЛ-інфекцією, а в 2007 році він досяг 35%. При цьому більша увага приділялась охопленню лікуванням дітей: відсоток дітей, охоплених АРТ, у 2006 р. становив 58% від оціночної кількості дітей з прогресуючою ВІЛ-інфекцією, а в 2007 р. – 74,8% [39, 19]. Слід зауважити, що темпи зростання кількості охоплених АРВ-терапією значно відстають від темпів виявлення нових випадків ВІЛ-інфекції. Також варто взяти до уваги, що при розрахунку показника охоплення до уваги беруться лише офіційно зареєстровані випадки ВІЛ, якщо ж взяти до уваги експертну оцінку поширеності ВІЛ (орієнтовно 440 тисяч в Україні живуть із цим вірусом), то лікування отримує лише кожен п'ятий із носіїв вірусу.

Крім того, на думку респондентів, охоплення терапією стосується не всіх уразливих груп:

„... что касается осужденных, то если в 2006 году всего три человека получало лечение, на сегодняшний день их более 110-ти. Это, конечно, позитив, но с другой стороны, это ничтожно мало по сравнению с тем ростом больных, которые получают лечение на свободе...»

Кілька респондентів критично оцінило якість медичних препаратів, що поставляються в Україну за рахунок Глобального Фонду:

„Тревогу и беспокойство вызывает то, что вместо использования современных патентованных препаратов, завозятся генерические аналоги лекарств, имеющие много побочных эффектов и тем самым повышающие риск развития невосприимчивости, резистентности к лекарствам. Нельзя, чтобы фактор экономии доминировал над лечебной этикой. Врачи у нас фактически потеряли право выбирать схемы лечения, превратившись в распределителей бесплатной и не всегда качественной гуманитарной помощи”.

Важливо, що Глобальний Фонд поставив зобов'язання перед Українською державою щодо переведення з 1 жовтня 2008 року пацієнтів, які отримують антиретровірусну терапію, на державне фінансування.

За інформацією Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам, Міністерство охорони здоров'я нині має усі необхідні кошти для повного забезпечення цих пацієнтів усіма необхідними препаратами і навіть більше – для розширення кількості пацієнтів [22],

Динаміка замісної терапії

2003 рік – не було такої терапії взагалі

2006 рік – 436 клієнтів

2008 рік, травень – 1110 клієнтів

Однією з важливих умов Глобального Фонду було **впровадження в Україні замісної підтримувальної терапії, яка передбачає медико-соціально реабілітацію наркозалежних із застосуванням заміників наркотиків**. Це сталося за активної адвокаційної діяльності національних громадських та міжнародних структур, які домоглися розв'язання цього питання на рівні Президента України В. Ющенка [74].

Нині 1100 осіб отримують таку терапію, зокрема, з травня 2008 року – біля 270 осіб [29] отримують метадонову терапію (для порівняння: у 2006 році замісну терапію ібупренорфіном отримувало 436 пацієнтів). Хоча запланований індикатор Глобального Фонду (5 тисяч осіб) не виконано, респонденти відзначали позитивну роль цієї міжнародної структури у зміні ставлення до такого лікування і програм зменшення шкоди від вживання наркотиків уцілому:

„Глобальний Фонд виступив рушійною силою для запровадження замісної підтримуючої терапії, розширення програм зменшення шкоди, для запровадження профілактичних програм в тюрмах.

„Є величезний прорив у замісній підтримуючій терапії, яка дістала широке розширення в Україні. Те, що її отримують біля тисяч людей, — це дуже значне досягнення, яке пов'язане з Глобальним Фондом”.

Впровадження нового різновиду лікування в Україні виявило чимало проблемних зон української системи охорони здоров'я: у державній системі немає кому здійснювати соціально-психологічний

супровід клієнтів замісної підтримувальної терапії, чинні норми обігу наркотичних засобів не дозволяють повноцінне функціонування такої терапії. Власне, відсутня державна інфраструктура охорони здоров'я, яка відповідає за замісну підтримувальну терапію. Це опосередковано підтверджують дані опитування, проведеного у ВІЛ-сервісних організаціях Києва та Одеси, де така терапія впроваджена: і державні медичні заклади (СНІД-центри), і недержавні соціальні прозвітувались, що вони надають послуги із замісної терапії.

Що стосується профілактичної роботи у сфері ВІЛ/СНІДу, то вона майже на 80% здійснюється в Україні за рахунок Глобального Фонду. Хоча за профілактичну роботу відповідає низка державних організацій, проте вони мають обмежене фінансування. Так, опитування, проведені в СНІД-центрах у межах проекту, засвідчили, що хоча респонденти називали інформаційно-профілактичні послуги з-поміж тих, які надаються в їх організації, проте фінансування на ці послуги не виділялось.

Опитані стейкхолдери відзначили активний розвиток програм профілактики в останні роки, оскільки саме поведінкові практики відіграють ключову роль у запобіганні поширенню інфекції, зокрема серед уразливих до ВІЛ-груп:

„Глобальний Фонд – це достатньо сталі програми профілактики серед уразливих груп населення, я би сказав, це наркоспоживачі та працівники секс-бізнесу, в минулому році, я вважаю, здійснився досить ефективний прорив щодо різних превентивних заходів серед чоловіків, що мають секс з чоловіками, зараз це сфера, яка була за-недбана, зараз це теж виходить на передові лінії”.

Міжнародний Альянс із ВІЛ/СНІД в Україні прозвітував, що на початок 2008 року послугами з профілактики була охоплено чимало представників уразливих до ВІЛ груп, причому ці послуги надавались як за кошти Глобального Фонду, так і ЮСЕЙД. Однак, дані ці є накопичувальними з моменту впровадження міжнародних проектів і не відображають частоту звернень клієнтів за послугами. Проте вони свідчать про виконання планових показників програм Глобального Фонду (табл. 4.2). За твердженням представників

Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, усі охоплені профілактичними послугами СІН, ЖКС та ЧСЧ отримали, принаймні, мінімальний пакет послуг – презервативи, шприци (якщо це були СІН), інформаційні матеріали, консультації соціальних працівників, переанправлення до інших спеціалістів, тестування на ВІЛ швидкими тестами тощо.

Таблиця 4.2. Охоплення представників уразливих до ВІЛ груп послугами з профілактики, що їх надавав Міжнародний Альянс із ВІЛ/СНІД в Україні (накопичувальні дані)

| | Наприкінці 2004 р. | Наприкінці 2005 р. | На початок 2008 р. | |
|--|--------------------|--------------------|---|----------------|
| | | | За кошти ГФ | За кошти USAID |
| Споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН) | 44 тис | 75 тис | 140, 5 тис. (35% оціночної кількості СІН в Україні – 325 тис.) | 113 580 осіб |
| Жінки комерційного сексу | 4,7 тис | 9 тис | 21 тис (19% із 110 тис. оціночної кількості) | 17 695 осіб |
| Чоловіки, які мають секс з чоловіками | 466 | 2 тис | 10 тис особа (6% із 177 тис. оціночної кількості) | 10 113 осіб |
| Засуджені | 3,6 тис | 10 тис | 45 тис осіб (34% із 130 тис. ув'язнених) | Немає даних |

Джерело: Річні звіти Міжнародного Альянсу із ВІЛ/СНІД в Україні [61; 62;63], Національний звіт із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби із ВІЛ/СНІДом за січень 2006р.-грудень 2007 р. [39].

Слід зауважити, що частина профілактичних заходів відбувалась у співпраці державних і недержавних організацій. Крім того, одна й та сама людина могла отримувати послуги в різних організаціях. Дані також свідчать, що ризиковані поведінки можуть перетинатися. Так, 19% підлітків, які надають секс-послуги за винагороду, споживають ін'єкційні наркотики, а 24% споживачів ін'єкційних наркотиків сказали, що вони отримали винагороду за надання сексуальних послуг [27]. Відтак, реальний відсоток охоплення цільових груп є нижчим, ніж він виглядатиме при підсумовуванні звітних результатів різних організацій та проєктів.

Важливо відзначити, що під час опитування національних та місцевих експертів висловлювались доволі критичні зауваження щодо спрямованості нинішньої профілактичної роботи.

По-перше, відзначалося, що міжнародні донори мало уваги приділяють питанням первинної профілактики:

“... ми занадто багато зосереджуємо своїх зусиль на групах ризику, в той час коли ми абсолютно нічого не робимо для профілактики загального населення»;

«[У межах програми Глобального Фонду] ... первинну профілактику можна було би проводити более активно, программа снижения спроса на наркотики должна была бы быть больше. С точки зрения государства она более полезна, чем обмен шприцов. А на нее средства уменьшаются с каждым годом. Не ведется работа в школах и т.д.»;

«[У заявці від країни до Глобального Фонду] у нас совершенно программа первичной профилактики отсутствует»;

«Глобальный Фонд працює лише з вразливими групами. А епідемія ВІЛ/СНІД – це не тільки вразливі групи. А профілактика, як вони кажуть, це вже проблема держави. А у держави обмаль державних коштів на профілактику. І ми маємо замкнене коло – не профілактикуючи, ми весь час поповнюємо вразливі групи і весь час збільшується кількість тих, хто потребує лікування. Бо профілактика мізерна».

По-друге, не завжди превентивна робота здійснюється ефективно. Так, деякі експерти критично ставляться до масового поширення шприців серед споживачів ін'єкційних наркотиків:

„Подходы профилактики, на мой взгляд, очень даже неправильные. Потому как обмен шприцов в таком количестве не нужен. Сейчас относительно недорогих, качественных импортных шприцов полно в каждой аптеке. И поэтому наркозависимые не ходят на эти пункты. И вот огромное количество денег, которое тратится на приобретение шприцов, идет неэффективно, потому что эти шприцы общественные организации не знают куда девать и начинают придумывать вторичный обмен, раздавать клиентам огромное количество, наркодилерам, кому-то еще...”

Ефективність програми обміну шприців знижується і сформованою в Україні наркотичною культурою: у нас поширена практика придбання наркотиків, одразу набраних у шприці. Так, 60% опитаних споживачів ін'єкційних наркотиків повідомили, що користувались саме такими шприцами [27].

Ще кілька зауважень респондентів стосувалось якості презервативів, шприців та інших засобів, що розповсюджуються у ході здійснення профілактичної роботи:

„Хоча класно, що поширюють презервативи та інше, але ж вони всі майже винятково китайського виробництва. І частина організацій просто відмовилась їх розподіляти, бо постійно зазначала критику від своїх клієнтів“.

Дані досліджень також засвідчують, що молодим людям 15-24 років, які брали участь у заходах, присвячених профілактиці ВІЛ, частіше за все пропонувались досить традиційні форми роботи – лекції та буклети, і значно рідше – інтерактивні форми [33]. А, як відомо, профілактична діяльність вважається ефективною тільки тоді, коли впливає на свідомість особистості та викликає зміни у поведінці. Тому найбільш „популярні“ в Україні профілактичні заходи для молоді є часто найменш результативними.

Важливу інформацію для роздумів щодо ефективності профілактичної роботи надають результати низки поведінкових та епідеміологічних досліджень, проведених за останні роки в Україні. Дані соціологічних опитувань слугували основою для визначення національних показників охоплення профілактичними програмами, що розраховувались за міжнародною методологією. Вони до певної міри засвідчують не завжди високу результативність профілактичної роботи (табл. 4.3).

Таблиця 4. 3. Національні показники охоплення профілактичними програмами

| Показник | Методика обрахунку | Значення показника |
|---|--|--------------------|
| Відсоток осіб, яких охоплено профілактичними програмами | | |
| - серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) | Кількість СІН, які за останні 12 місяців отримали разом шприц і презерватив, а також знають куди звернутись, щоб пройти тест на ВІЛ | 46% |
| - серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату | Кількість робітників комерційного сексу, які повідомили про використання презерватива за останні 12 місяців і знають куди звернутись за послугами з тестування на ВІЛ. | 69% |
| - серед чоловіків, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ) | Кількість ЧСЧ, які повідомили про використання презерватива за останні 12 місяців | 50% |
| - серед засуджених | Кількість засуджених, які повідомили про використання презерватива за останні 12 місяців і знають, де пройти тестування на ВІЛ | 8% |
| - серед молоді 15-24 роки (яка повідомила про те, що протягом останніх 12 місяців мала більше одного сексуального партнера) | Кількість сексуально активної молоді, яка протягом останніх 12 місяців отримувала безкоштовно презерватив і знає, де пройти тестування на ВІЛ | 16% |

Джерело: Національний звіт із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби із ВІЛ/СНІДом за січень 2006р.-грудень 2007 р.[39].

Окремо хочеться звернути увагу на дані опитування молоді 15-24 років. Вони демонструють, що профілактичній роботі з питань ВІЛ/СНІДу потрібно приділити додаткову увагу та надавати ресурси, оскільки:

- серед опитаних лише кожна п'ята молода людина брала участь у профілактичних заходах з питань ВІЛ/СНІДу (23 %). Серед них лише 30 % були активними учасниками цих програм. Значна частина молоді (76 %) не брала участі у профілактичних заходах з питань ВІЛ/СНІДу;
- значна частина молоді (65%) не отримувала за останні 6 місяців будь-яких друкованих інформаційних матеріалів, і лише третина респондентів їх отримувала (32%);
- основна увага щодо профілактики ВІЛ/СНІДу зосереджена переважно на молоді віком 14–17 років; найактивніше бере участь у профілактичних заходах молодь із початковою та

неповною середньою освітою. Молодь віком 20–24 років залишається найменш досяжною для профілактичної діяльності [80].

Складна ситуація із впровадженням ефективних профілактичних заходів залишається у в'язницях, де набір базових послуг є обмеженим і почасти зводиться до лекцій. Дані ж досліджень засвідчують, що переважна більшість ув'язнених (88%) повідомила про те, що мала статеві контакти з іншими ув'язненими за останні шість місяців, але 87% ув'язнених вказали, що ніколи не одержували презервативів з будь-якої профілактичної програми [27].

Коментуючи досить невтішну ситуацію із профілактичними програмами, експерти відзначають, що наявних ресурсів, переважно міжнародних проектів, очевидно не вистачило на здійснення широкомасштабних заходів, охоплення критичної маси представників цільових груп, проведення такої профілактичної роботи з ними, яка б сприяла призупиненню епідемії ВІЛ/СНІДу.

Динаміка тестування на ВІЛ населення 15-49 років

2003 р. – пройшли обстеження на ВІЛ 0,12% населення

2007 р. – пройшли обстеження на ВІЛ 15,5% населення

Так само проблемною сферою залишається діагностика ВІЛ-інфекції, хоча тут, на думку частини опитаних, відбувся значний прогрес:

„Благодаря международным организациям у нас створена система дотестового, післятестового консультирования”.

Опитування, проведені в Україні, засвідчують, що практика звернення до медичних закладів з метою добровільного тестування на ВІЛ є недостатньо розвинутою. Так, 2007 року лише 12 % респондентів з-поміж молоді 15-24 років особисто звертались до відповідних установ для проходження тесту на ВІЛ. Серед них половина (50 %) молодих людей проходили тестування через певні обставини

(тести на ВІЛ часто здійснюють без згоди особи, особливо в туберкульозних диспансерах і наркологічних клініках), а 46 % вказали на добровільне проходження тесту, 68 % опитаної молоді зазначили, що знають, куди слід звертатися з метою проходження тесту на ВІЛ, проте майже третина респондентів (32 %) не володіє відповідною інформацією. При цьому тільки 2% тих, хто проходив тестування на ВІЛ, отримали повний пакет послуг із дотестового консультування, власне тестування та післятестового консультування [33].

Трохи кращою виглядає ситуація у середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків. Так, у 2007 році, за даними опитувань, відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12-ти місяців та знають свої результати, дорівнював 29% серед усіх опитаних. 2004 року цей показник становив 27%, але через принципову зміну методики реалізації вибіркової сукупності порівняння цих показників некоректне [39]. Тому вести мову про позитивну динаміку звертання за послугою тестування неможливо.

Разом із тим, респонденти відзначали, що впровадження нових послуг, зокрема, **експрес-тестів на ВІЛ**, що почали робити в Україні в останні роки за рахунок коштів Глобального Фонду (на серпень 2008 року їх було проведено понад 46 тисяч), рухається з великими реперонами:

„Чому зараз розвивається епідемія? Тому, що немає тестування. Вже два роки, починаючи з 2006 р., ми відстоюємо, аби неурядові організації, використовуючи швидкі тести, могли тестувати уразливі групи (в медичні заклади вони не йдуть – немає конфіденційності, стигма-дискримінація). Ми не можемо зрушити цю машину. Був проведений семінар, зібрані робочі групи, розроблена стратегія використання швидких тестів, але все так повільно...”.

Як велике позитивне зрушення національні та регіональні стейкхолдери називали активне **проведення профілактики вертикальної трансмісії** (передачі вірусу від матері до дитини):

„Україна показала приклад в профілактиці і досягнення досить позитивних результатів вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції від матері до дитини”;

„Самая успешная программа – это программа вертикальная трансмиссия, которая финансируется частично из Глобального Фонда, частично из местного бюджета”.

За даними Міністерства охорони здоров'я, відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які отримали антиретровірусні препарати з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини, становив 91% у 2006 році, 92,5% у 2007 році [39]. Це дозволило значно зменшити рівень передачі ВІЛ від матері до дитини.

Впровадження програми Глобального Фонду також дало поштовх розвитку таких послуг, як **соціальна підтримка та догляд**, на що звертали увагу респонденти:

„За рахунок програм Глобального Фонду на місцевому рівні розвивалася інфраструктура надання соціальних та соціально-медичних послуг. Це що було надзвичайно важливе для нас. Тому що реально допомогти тим клієнти, з якими ми розпочинали роботу, в 2002 року ми практично не могли”.

Наприкінці 2004 року Всеукраїнська мережа людей за підтримки Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні впроваджувала низку міні-проектів, завдяки яким послугами з догляду та підтримки було охоплено більш як 4 тис. ВІЛ-позитивних людей у 15 регіонах України, було вперше у нашій країні створено 5 громадських центрів, що надають комплексні послуги (консультації психологів, лікарів, соціальний супровід, денні центри, організація дозвілля тощо) [61, 25].

На серпень 2008 року, за даними Всеукраїнської мережі людей, які живуть із ВІЛ, послугами із догляду та підтримки було охоплено близько 40 тисяч тих, кого зачепила епідемія ВІЛ: 35 тисяч дорослих і 5,5 тисяч дітей. 940 тисяч – це приблизно третина тих, у кого виявлено ВІЛ-інфекцію, і майже половина від тих, хто нині перебуває на диспансерному обліку в СНІД-центрах, і фактично менше 10% оціночної кількості ВІЛ-позитивних людей у країні. Слід зазначити, що в 2008 році в 22 містах України діяло 27 громадських центрів (ком'юніті-центрів), які надають комплексні послуги, передовсім СІН та ЖКС, і також слугують мобілізації спільнот. Ство-

рені вони були, зокрема, за фінансової підтримки програми Глобального Фонду [29].

За результати комплексної зовнішньої оцінки національних заходів із протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, більшість послуг із немедичного догляду та підтримки надавались 45 НДО, що отримували фінансування Глобального Фонду і координувались Всеукраїнською мережею людей, які живуть із ВІЛ [27].

У деяких випадках послуги із немедичного догляду та підтримки надаються НДО за участі державних соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, які офіційно не отримують кошти від Міжнародного Альянсу, але все ж таки долучаються до реалізації проєктів. На це звертали увагу як представники національних, так і регіональних державних соціальних структур:

“Гроші від Глобального Фонду наше міністерство [Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту] не отримує ні на жодну програму, жодну програму не підтримано Глобальним Фондом”;

„За рахунок Глобального Фонду, нам [міській державній соціальній службі] в рамках наших спільних програм з громадськими організаціями, зокрема з Мережею людей, що живуть з ВІЛ/СНІД, вдавалося кошти, ресурси поєднувати”.

У 2007 році в окремих регіонах України, зокрема у м. Києві, за сприяння Програми Глобального Фонду почали впроваджуватись **програми паліативної допомоги ВІЛ-позитивним**. Протягом 2007 року таку допомогу отримало 842 особи.

До 2004 року програми немедичного догляду та підтримки були рідкістю і лише з приходом Глобального Фонду в Україну вони почали розвиватися. Їх створення гальмується браком професійно підготовлених соціальних працівників і соціальних закладів, які функціонують лише у великих містах:

„К большому сожалению, социальные службы, не имеют подготовленных специалистов, которые могли бы в полной мере комплексно оказывать эти услуги”.

Організація надання послуг ВІЛ-позитивним, що підтримувались за фінансування програми Глобального Фонду, яскраво виявили низку серйозних системоутворюючих прогалин в організації охорони громадського здоров'я в Україні, зокрема:

- відсутність взаємозв'язків між медичною та соціальною сферою, брак соціальних працівників у медичних закладах, неможливість сформувати міждисциплінарні команди (як вихід було знайдено модель міжорганізаційних стосунків – підписання угод між СНІД-центром та громадською організацією, яка забезпечує до- та післятестове консультування, соціально-психологічне консультування клієнтів, що проходять лікування тощо, що призводить до скорочення реального обсягу ВІЛ-сервісу);
- розпорошеність різних служб охорони здоров'я (чимало ВІЛ-позитивних людей мають потрібний діагноз – ВІЛ/наркоманія/туберкульоз, у той час, як взаємодії між програмами боротьби з ВІЛ/СНІДом, туберкульозом і наркотичною залежністю бракує);
- порушений баланс лікувальних та профілактичних заходів у бік перших, інституційна (без)відповідальність за проведення профілактичної роботи серед найбільш уразливих до ВІЛ груп, а це переважно молодь;
- недотримання державних гарантій на охорону здоров'я, в тому числі на безкоштовне медичне обслуговування (фінансування за рахунок міжнародних структур зобов'язань держави перед своїми громадянами).

Опитування експертів засвідчило той факт, що міжнародна допомога лише поглибила наявний зараз дисбаланс розподілу ресурсів на користь пом'якшувальних та лікувальних заходів та швидке розгортання антиретровірусної терапії. Між тим, на їх думку, недостатність профілактики становить значну загрозу життєздатності національної відповіді на ВІЛ/СНІД та загальної середньо- і довгострокової спроможності сектору надання медичної допомоги справлятися з наслідками росту захворюваності на ВІЛ/СНІД та зростаючого числа ВІЛ-позитивних пацієнтів, які потребують лікування та догляду.

Дослідження, проведені в інших країнах, засвідчують, що впровадження глобальних ініціатив призвело до медикалізації відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу, оскільки в багатьох країнах лікування почало домінувати над профілактикою. Це, на думку дослідників, порушує питання щодо життєздатності започаткованих програм та їх залежності від зовнішнього фінансування [587].

Отже, за останні роки відбулись значні зрушення у спектрі послуг для ВІЛ-позитивних людей та уразливих до ВІЛ-груп. Але, як зазначено у Національному звіті із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби із ВІЛ/СНІДом за січень 2006р.-грудень 2007 р., незважаючи на те, що досягнення країни вказують на значний прогрес, який відбувся за звітний період, важливо визнати, що існуючий рівень охоплення, обсяг та якість програм все ще залишаються недостатніми для значного впливу на епідемію [39]. Крім того, в Україні, як і в інших країнах, лікування домінує над профілактичними програмами.

4.2.2. Якість та доступність послуг ВІЛ-сервісу

Опитування **клієнтів**, проведені у 2007 і 2008 роках, засвідчили, що вони **в цілому задоволені якістю отримуваних послуг**.

Так, 2007 року на запитання «Наскільки Ви задоволені якістю тих послуг, які Ви отримуєте в цій організації?» граничну позитивну відповідь «абсолютно задоволений» дав 61 респондент із 93-х опитаних клієнтів ВІЛ-сервісних організацій. При цьому гранична негативна відповідь «абсолютно незадоволений» була отримана тільки в одному із інтерв'ю. Середню оцінку задоволеності послугами дали 19 респондентів.

Під час глибинних інтерв'ю у 2008 році спектр думок клієнтів був більш широким. Так, більшість одеситів та львів'ян зазначили, що відчують себе досить захищеними у своїй організації і отримують послуги в ній на високому рівні. Однак у львів'ян ця відповідь стосувалась лише громадських організацій (вони є одночасно клієнтами як громадських організацій, так і державної – СНІД-центру). Також,

красномовним прикладом оцінки послуг Львівського центру СНІДу є такі слова одного з респондентів:

«Таке враження, що треба тільки для профілактики взяти, скільки людей мають зареєструвати..., ну, скільки людей тим задоволені. Більше їх нічого не інтересує».

Кияни ж у більшості випадків задоволені послугами. Вони вважають, що організаціям не вистачає коштів на розширення асортименту безкоштовних медикаментів для клієнтів, які не можуть їх собі самостійно придбати; на роботу з людьми, що вийшли з місць позбавлення волі, а також недостатньо соціальних працівників. Останнє зауваження стосується Київського центру СНІДу. Цьому центру для покращення діяльності, на думку, клієнта потрібно:

„... чтоб была просто взаимосвязь, то есть это касается мультидисциплинарной команды, был бы социальный работник, медсестра и врач. Я думаю, что здесь нужны социальные работники, которые могли бы мотивировать, консультировать, нужно привлечь священников, в независимости от конфессии, если человек хочет, если это его последние дни, дать ему уйти покаявшимся или нет, это право выбора каждого человека,.. ну и плюс какие-то даже информ-материалы, чтоб их можно было брать, литература, создать библиотеку”.

Аналізуючи відповіді респондентів про їх стосунки з надавачами послуг, можна побачити, що вони варіюються від гарних стосунків („относится персонал хорошо, как к родному”) до повного непорозуміння з окремими працівниками. Інколи респонденти заперечують існування труднощів при особистому спілкуванні з медичними працівниками, але підтверджують такі факти у інших:

“Нет у меня нет....я знаю, что многие жалуются, я вот лежу достаточно давно в этот раз и соседи по палате иногда жалуются на кого-то из докторов, что может надо было как-то по-другому, ну это чисто индивидуально...”.

Примітним є те, що лише двоє респондентів вказали на ускладнені стосунки з надавачами послуг у своїй організації. Цією організацією в обох випадках є СНІД-центр м. Києва. Заслугує на увагу й той факт, що клієнт СНІД-центру м. Львова хоча і не вказував на труднощі в спілкуванні з персоналом закладу, але у пропозиціях щодо покращення його роботи зазначив: „А також толерантне ставлення медперсоналу у СНІД-центрі”. Також один з клієнтів ГО „Вертикаль” м. Києва, розповідаючи про труднощі в організації зазначив:

„...я не могу сказать какие-то определенные личные вещи, кто-то находится рядом, тоже самое врача в коридоре, я вот некоторые вещи придерживаю в себе, не могу сказать, что очень существенно...”.

Така поведінка респондента може пояснюватись лише тим, що він не бажає (або боїться) доводити свою точку зору до відома працівників організації.

Вказували респонденти й на те, що частина **приміщень ВІЛ-сервісних організацій потребують ремонту** (це стосується, переважно, державних організацій, зокрема СНІД-центру у м. Києві) **або збільшення площі** (ця проблема є спільною для більшості як державних, так і громадських організацій):

„Маленькое помещение, раньше года 3-4 назад было меньше людей, видно на учете стояло меньше, сейчас большое количество пациентов, бывает действительно столпотворение, просто неудобство... маленькое помещение действительно”.

Однак, **усі респонденти висловили готовність користуватись і надати послугами своїх організацій**. Навіть одна з клієнтів наркологічного диспансеру висловила побажання:

„Главное, чтобы существовала эта программа....если это прекратит – люди будут озлоблены, будет очень плохо».

Опитування провайдерів ВІЛ-сервісних послуг у 2007 році засвідчило, що майже всі респонденти оцінили як позитивну якість послуг у своїй організації. 57 із 88 опитаних респондентів назвали якість послуг максимальною за 4-бальною шкалою, 25 осіб оцінили її вище середнього.

Така оцінка клієнтів та провайдерів якості послуг у ВІЛ-сервісних організаціях обраних регіонів не збігається із думками зовнішніх експертів, що оцінювали національні заходи із протидії ВІЛ/СНІДу. На думку експертів, якість профілактичних послуг є більш-менш адекватною для споживачів ін'єкційних наркотиків, для ЖКС вона не є постійною, бо різні організації відповідають за різні компоненти профілактики, мало орієнтується на сучасні втручання, це ж стосується і профілактичної роботи серед ЧСЧ, у той час як якість послуг із догляду та підтримки залежить від тих, хто впроваджує відповідні проекти на місцях, що значною мірою обумовлено відсутністю стандартів якості надання соціальних послуг [27].

Оцінювання доступності послуг ВІЛ-сервісних організацій виявило суперечливість оцінок. Так, і в 2007, і в 2008 роках респонденти-провайдери послуг зазначили, що **у переважній більшості випадків усі клієнти, що звертаються, отримують допомогу в певній організації.**

Причому, найбільше проблем з наданням допомоги мають ВІЛ-сервісні організації Львова. Це швидше за все пов'язано з тим, що Львів є відносно новим регіоном, який підтримується Глобальним Фондом, і тому не має розвиненої мережі ВІЛ-сервісних організацій та широкого спектру доступних послуг.

Беручи до уваги тип ВІЛ-сервісної організації, можна помітити, що відчутно більше клієнтів недержавних соціальних організацій можуть не отримати допомогу в організації, до якої звертаються, ніж клієнтів державних медичних закладів. Це може свідчити, скоріше, як про недосконалість ВІЛ-сервісу НДО як такого, так і про не зовсім критичні оцінки працівників державних організацій щодо можливостей їх закладів.

Переважна більшість стейкхолдерів та представників НДО вважає, що **послуги для клієнтів є доступними**, зазначаючи, що ті, хто

хоче отримати послуги, завжди їх отримує. Досить важко оцінити доступність до різних послуг для клієнтів, тому що, на думку респондентів з числа представників НДО, ВІЛ-сервіс є досить неоднорідним, адже є організації, які надають комплексні послуги, а є такі, що надають тільки якусь одну послугу.

У всіх регіонах респонденти відзначили **як важливі перешкоди доступності послуг ВІЛ-сервісу, нестачу обладнання й медикаментів, брак інформації про наявні послуги**. Стейкхолдери також наголошували на тому, що для підвищення рівня доступності послуг потрібні обладнання, засоби захисту лікарів тощо:

Мы делали ряд операций ВИЧ-позитивным пациентам, в том числе и операции на сердце, это очень дорогостоящее и т.д. И первое, мы столкнулись с теми случаями, когда к нам приходили пациенты и говорили, нам отказываются делать операцию. В 99% случаев мы звонили врачам и ходили, приезжали, встречались, говорили: „Если мы вам купим все средства защиты, вы возьмете этого пациента на операцию. И там дадим вам набор послеоперационный“. 99% нам сказали: «Да, конечно». Как только у врача появляются средства защиты, которые ему необходимы, как только он понимает, что он как человек, у которого есть семья, дети и еще миллион пациентов в очереди, он защищен, сразу же барьер он падает”.

Також, **стейкхолдери наголошували про географічну недоступність ВІЛ-сервісу значній частині ВІЛ-позитивних та уразливих до ВІЛ-груп:**

„Развивается сеть негосударственных организаций по всей Украине, які займаються сервісом. Але в селах і малих містах, в районах – немає. Навіть якщо цей сервіс є, то він закінчується на рівні обласного центру”.

Поглиблюється ця географічна недоступність і тим фактом, що чимало організацій діють на одній базі, фактично обслуговуючи одних і тих самих клієнтів. Значною мірою це спричинено структурою медичних закладів, у тому числі ВІЛ-сервісних, зокрема, СНІД-центрів, штатному розписі яких до останнього часу не було передбачено со-

ціальних працівників і психологів. І такий спосіб забезпечується хоч якось комплексний підхід, але це означає, що реальний обсяг ВІЛ-сервісу є меншим і скромнішим, ніж він видається на папері, де перелічено чимало ВІЛ-сервісних організацій.

Суттєво позначаються на доступності послуг **неукомплектованість закладів кваліфікованим персоналом**, а також не завжди позитивне ставлення наявного персоналу, особливо у медичних закладах, до ВІЛ-позитивних клієнтів. Ключовою соціальною перешкодою отримання послуг ВІЛ-сервісу є **дискримінація ВІЛ-позитивних людей і представників вразливих до ВІЛ груп, недостатня поінформованість суспільства**. Так, опитування провайдерів 2008 року продемонструвало, що саме цей чинник найчастіше згадувався серед відповідей на запитання щодо чинників, які впливають на доступність послуг організації для клієнтів. Підтвердженням цієї думки можуть слугувати дані комплексної зовнішньої оцінки національних заходів з протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, згідно із якими з-поміж отримувачів АРТ-терапії налічується лише 5% споживачів ін'єкційних наркотиків, у той час як серед усієї кількості зареєстрованих ВІЛ-позитивних людей вони становлять майже третину [27].

Деякі стейкхолдери привертали увагу до того, що стигма і дискримінація стосується не тільки ВІЛ-позитивних людей, вона є значно глибшою і стосується того культурного контексту, в якому розвивається український ВІЛ-сервіс і впроваджуються глобальні ініціативи:

„У нас не толерантне ставлення не тільки до ВІЛ-позитивних, а взагалі не толерантне ставлення один до іншого. Взагалі населення не притримується елементарних норм ввічливості“;

„В реальности я не вижу дискриминации, она не исследована, случаи не описаны. Все, что я вижу – это тоже дискриминация малообразованными чиновниками каких-то людей и т.д., но это тоже единичный случай. У нас такой дискриминации подвергаются все люди: сельские жители, очкарики, геи, одинокие мамы, вдовы, вообще как всегда, как тысячу лет тоже самое, я думаю было и две тысячи лет назад. Просто сейчас мы на это обращаем внимание и говорим об этом, но на само деле дискриминация всегда зависит

от устоев самого сообщества. Дискриминация ВИЛ-позитивных людей ничем не отличается от традиционной дискриминации людей, которые более слабы».

Ці чинники призвели до того, що в Україні все ще важко вести мову про широку доступність ВІЛ-сервісних послуг, що підтверджується результатами дослідження «Оцінка потреб та можливості розширення універсального доступу до профілактики, лікування, догляду та підтримки з ВІЛ/СНІДу» в 11 областях України, проведеного 2007 року Українським Інститутом соціальних досліджень ім. О.Яременка [44], і висловами опитаних стейкхолдерів:

“Універсального доступу нет – это ... миф. Миф, которым отчитываются организации, которые получают за это деньги. Столько всяких посредников реализации глобальных инициатив. На самом деле на жизнь простого человека, у которого есть ВИЧ или членов семьи – эти инициативы не влияют” (Національний стейкхолдер, НДО)

Думки клієнтів стосовно доступності послуг ВІЛ-сервісних організацій є доволі неоднозначними. Так, 2007 року на запитання стосовно того, наскільки доступними є послуги ВІЛ-сервісних організацій, 35 респондентів із 93 відповіли, що послуги є цілком або більш-менш доступними, у той час як 48 респондентів оцінюють їх як тією-чи іншою мірою недоступні, причому ці респонденти є клієнтами ВІЛ-сервісних організацій, тобто фактично вважаються отримувачами послуг.

Під час глибинних інтерв'ю, проведених у 2008 році, клієнти визначили такі труднощі в отриманні послуг у ВІЛ-сервісних організаціях:

- далеке місце розташування організації;
- неможливість отримання послуг на дому;
- відсутність можливості здачі певних аналізів;
- відсутність коштів для придбання препаратів;
- труднощі у спілкуванні з лікарями;
- проблеми з отриманням прописки:

„У меня были трудности в организации, но не с социальными работниками, а с паспортисткой. Эта организация занимается пропиской после выхода с мест заключения. Сколько раз я не приезжал к паспортистке, а они там меняются постоянно, постоянно меня отправляет за какими-то справками. Вот уже 5 месяцев я не могу прописаться, не могу начать терапию, так как нужно заключение эндокринолога (у меня сахарный диабет), не могу пойти на прием к эндокринологу, так как нет прописки“.

Половина опитаних користуються послугами лише однієї організації. До інших організацій, що пов'язані з ВІЛ, клієнти звертаються за тими послугами, яких їм не вистачає в організації, де вони обслуговуються, а саме: замісна терапія, пайки, соціальна чи психологічна підтримка, участь у групах взаємодопомоги. Хоча, як зазначають опитані, останнім часом намітилась тенденція до збільшення спектру послуг в організаціях:

„Мне нравится, что в одном помещении можно получить массу услуг. Раньше, например, шприцы получали в одном месте, а проконсультироваться или взять буклеты надо было идти в другую организацию. Здесь сразу можно и с врачом проконсультироваться, и с юристом, и экспресс-тесты сдать“.

Як зазначали самі клієнти, можливість отримання різних послуг в одній організації значно полегшує життя людей з ВІЛ-статусом:

„Люди находятся на разной стадии заболевания и достаточно сложно мотаться в разные стороны города для того, чтобы получить услуги“.

Слід зазначити, що в Україні немає інституціоналізованої системи перенаправлення (referral system) клієнтів від однієї організації до іншої. Тому таке перенаправлення має неформальний характер і свідчить про рівень взаємодії між організаціями, що надзвичайно важливо в умовах відсутності інтегрованих медико-соціальних закладів. Проведені опитування серед клієнтів засвідчують, що в більшості випадків клієнти дізнаються про послуги, які надає ВІЛ-сервісна організація, завдяки особистим контактам, зокрема, з клі-

ентами організацій, які користуються послугами, так і від фахівців інших організацій, переважно соціальних працівників. Це суперечить даним опитування провайдерів послуг 2007 і 2008 років, які стверджували, що лєвова частка клієнтів направляється до них іншими організаціями (СНІД-центрами, державною поліклінікою, НДО тощо) і що вони майже всіх своїх клієнтів спрямовують до інших організацій.

Важливо також відзначити **непрозорість системи ВІЛ-сервісу, недоступність інформації про реальні, а не декларовані послуги, реальні умови їх отримання.** Так, за даними опитування провайдерів послуг, у багатьох випадках для отримання послуги потрібно подавати паспорт (цей документ вимагали не тільки державні медичні заклади, а й НДО), медичну картку та інші документи про стан здоров'я, наприклад, довідки про флюорографію, довідку із шкірвендиспансера тощо. В деяких організаціях потрібно робити грошовий внесок для отримання послуги (цікаво, що частина респондентів обрала відповідь „Не знаю” на запитання „Чи роблять клієнти грошовий внесок для користування послугами цієї організації?”).

Найбільшою проблемою в житті з ВІЛ, на думку опитаних клієнтів, і досі залишається негативне ставлення суспільства до людей з ВІЛ-статусом:

„непонимание людей, отношение к ВИЧ-позитивным как к какой-то касте, которую надо изолировать, закрыть”.

Респонденти зауважували, що психологічно досить важко пережити, коли люди:

«отворачиваются от человека, чураются его».

Більшість членів суспільства, на думку опитаних:

«не понимают, что мы такие же, как и все»;

«ВИЧ-инфицированные — это тоже люди, с такими же правами и обязанностями, у них есть и сердце и душа, не наша вина, что мы ВИЧ-позитивные, я же не хотел стать ВИЧ-позитивным, так случилось».

З цих причин шоста частина респондентів боїться повідомити рідним про свій статус. Ще у стількох же на перших порах були непорозуміння з сім'єю, але згодом ситуація змінилась на краще. Хоча позитивні зміни в цьому напрямку все ж таки відбуваються, як розповів один з опитаних:

„те люди, которые относились ко мне негативно, не воспринимали меня на протяжении 2-3 лет, полностью изменилось отношение, на сегодняшний день я общаюсь с этими людьми“.

Половина опитаних зазнавали негативного ставлення, відторгнення через ВІЛ-статус. Це, в основному, порушення конфіденційності чи відмова надавати послуги медичними працівниками, а саме: в поліклініці не приймали аналізи, стоматологи відмовляли в лікуванні, швидка не приймала виклик. У результаті таких дій ВІЛ-позитивній жінці довелось перевести здорову дитину в іншу поліклініку, інший опитаний не отримав роботу, ще один потрапив у лікарню лише на третій день від початку звернення за медичною допомогою. В таких ситуаціях свої права пробували захищати лише одиниці — це подання в суд на керівника за звільнення з роботи, заява до керівництва закладу про відмову лікаря у наданні медичної допомоги. Інші не пробують це робити через небажання «портити себе нерви». Також є респонденти, які вважають, що раніше зазнавали дискримінації через незнання власних прав:

«Были такие случаи раньше, где-то лет 5-6 назад, такие конкретные, когда врачи отказывали в помощи, перебрасывали с друг на друга никто не хотел заниматься, но это я связываю с тем, что я был менее подготовлен, просто меньше знал законы и как-то верил больше людям в бедах халатах...были отказы, не хотели доставлять в больницу с температурой... Изучил законы...Я просто знаю, умею не грубить, рассказать...врачи некоторые не знают того, что знаю я».

До проблеми поширеності в Україні стигми та дискримінації привертають увагу, також, й фахівці та дослідники. Так, комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні наголошує, що практика підписання людьми,

у якій виявлено ВІЛ-позитивний статус, документу, яким визнається власна кримінальна відповідальність за подальшу передачі ВІЛ, призводить до того, що інфіковані починають уникати працівників СНІД-центрів та інших служб. У звіті також зазначено, що споживачам ін'єкційних наркотиків відмовляють в АРТ, що призводить до їх передчасної смерті, ВІЛ-позитивним вагітним замість лікування і профілактики вертикальної трансмісії пропонують перервати вагітність [27]. Дослідження „Оцінка вразливості людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом, в Україні”, проведене 2007 року Київським міжнародним інститутом соціології, виявило, що ЛЖВ часто отримують медичне обслуговування нижчої якості або принизливим способом, від них вимагають неофіційних платежів, часто прямо чи опосередковано відмовляють у наданні медичної допомоги [41, 9].

Отже, усі клієнти, хоча і висловлювали критичні зауваження і описували труднощі отримання послуг у ВІЛ-сервісних організаціях, висловили бажання і необхідність обслуговуватись і надалі у своїх організаціях. Незважаючи на певні недоліки, ВІЛ-сервісні організації залишаються чи не єдиним місцем, де такі люди можуть отримати допомогу. Останнім часом все більшої ваги набуває саме психологічна допомога — позбутись „духовної самотності”, відчутти себе повноправним членом суспільства. Можливості отримати послуги ВІЛ-сервісу оцінюються вище в Києві та Одесі, аніж у Львові, де лише кілька організацій спеціалізується на допомозі ВІЛ-позитивним та представникам уразливих до ВІЛ груп. Також, порівняно з медичними послугами, меншими є можливості отримати соціально послуги, що можна пояснити і недостатньою розвиненістю соціальних служб в Україні.

Слід зазначити, що схожі дослідження, проведені в інших країнах, також виявили географічну недоступність послуг для ВІЛ-позитивних людей, особливо у сільській місцевості. Дослідники привертають увагу, що послуги, які підтримуються Глобальним Фондом, часто розвиваються у столиці держави, а не там, де спостерігається найвищий рівень поширеності інфекції (такий приклад демонструє Киргизстан, де найбільші вкладення фінансових ресурсів був у Бішкеку, а епіцентром епідемії є Ош). Дослідження виявили, що хоча послуги в межах реалізації Програми Глобального Фонду, на-

даються безкоштовно, проте клієнтам доводиться робити неформальні платежі (таке спостерігається у пост-радянських країнах – Грузії, Киргизстані), або ж частина ВІЛ-сервісу, як-от тестування на ВІЛ, що не фінансується Глобальним Фондом, є надто дорогою для клієнтів (В'єтнам). Значною перешкодою доступності послуг у багатьох країнах є брак відповідної та культурально прийнятної інформації щодо умов отримання цих послуг та організацій, що їх надають. У країнах з концентрованою епідемією ВІЛ (Грузія, Киргизстан, Перу тощо) стигма та дискримінація суттєво перешкоджають доступності послуг для ВІЛ-позитивних та уразливих до ВІЛ людей, що спостерігається як на рівні формування політики, так і у відмові у послугах конкретним організаціям [87]. Така схожість ситуації в Україні та інших країнах, де проводились дослідження впливу Глобальних ініціатив у сфері ВІЛ/СНІДу, засвідчує важливість врахування природи епідемії (її поширеність серед маргіналізованих груп суспільства, що часто є виключеними, відторгненими із суспільного життя) та особливості організації системи охорони здоров'я, побудованих, переважно, за моделлю Семашка, яка вже не відповідає ринковим умовам суспільств, що трансформуються.

Отже, виявлені в ході дослідження суспільні чинники доступу до ВІЛ-сервісних організацій підтверджують думку про те, що контекст формування і втілення політики протидії ВІЛ/СНІДу і впровадження Програми Глобального Фонду зокрема, в Україні, як і в деяких інших країнах, є радше несприятливим. Ставлення до людей, що живуть із ВІЛ/СНІДом, продовжує залишитися стигматизуючим і дискримінуючим як серед більшості населення, так і політиків та фахівців, що суттєво позначається як на мотивації користуватися послугами ВІЛ-сервісу, так і виділенні державних ресурсів для його розвитку.

4.3. Оцінка наслідків впровадження програми Глобального Фонду

4.3.1. Динаміка епідеміологічної ситуації в Україні

Перший випадок захворювання на ВІЛ в Україні було зареєстровано 1987 року. Епідемія почала стрімко поширюватися 1994 року, коли в Миколаєві було виявлено перший випадок ВІЛ-інфікування в ін'єкційного наркозалежного.

За останнє десятиліття частота ВІЛ-інфікувань зростає тривожними темпами: в середньому щорічно на 33 відсотки, починаючи з 1994 року (рис 4.2).

Попри впровадження в Україні масштабних програм протидії, фінансованих, переважно, міжнародними донорами впродовж останніх п'яти років, спостерігається як зростання інфікування ВІЛ, так і діагностування СНІДу. Лише 2007 р. дещо зменшився приріст нових випадків СНІДу та смертності від нього: кількість нових випадків скоротилась з 4723 у 2006 р. до 4573 (рис.4.3).

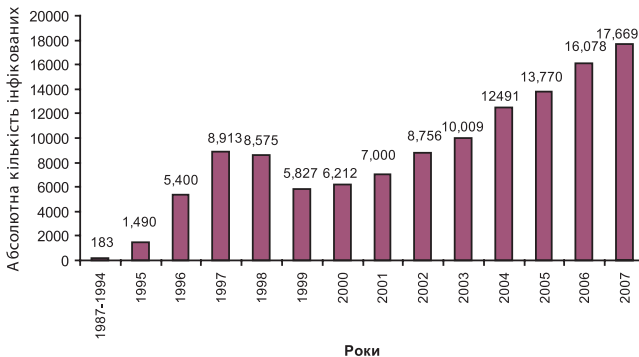


Рис.4.2. Динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України по роках за період 1987-2007 рр.

Джерело: Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України, 2008 [10].

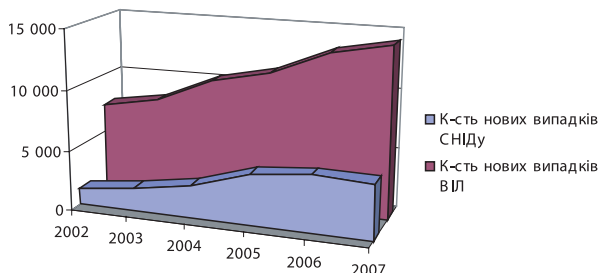


Рис.4.3. Динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції та нових випадків СНІДу у 2002-2007 рр.

Джерело: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2008 [19].

Згідно з деякими джерелами, офіційні показники смертності можуть становити лише частину справжньої кількості смертей від цієї інфекції. За оцінками Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, на кожну людину, яка помирає від СНІД, припадає троє ВІЛ-позитивних осіб (переважно молодих ін'єкційних наркозалежних), які вмирають від вторинних причин — від передозування до самогубства.

Епідемія ВІЛ-інфекції залишається концентрованою у групах найбільшого ризику. За цей період, як і раніше, частка шляху передачі ВІЛ внаслідок введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом залишається високою і становить 40% серед випадків, зареєстрованих у 2007 році. Частка споживачів ін'єкційних наркотиків продовжує знижуватись кожного року — з 87,6% у 1997 році до 40,1% у 2007 році. Водночас, аналізуючи дані епідеміологічних досліджень та статистику проведення тестування на ВІЛ з використанням швидких тестів (табл. 4.4), можна дійти висновку, що поширеність ВІЛ серед уразливих груп продовжує залишатися високою.

Таблиця 4.4. Поширеність ВІЛ-інфекції серед представників найбільш уразливих до ВІЛ груп

| | Поширеність ВІЛ за результатами епідеміологічних досліджень 2006-2007 рр. | Відсоток позитивних результатів швидких тестів, 2007 р. |
|--|---|---|
| Споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН) | від 18% (Суми) до 63% (Полтава) Медіана – 41,8% (у 2004 р. -32%) | 18,5% |
| Робітники комерційного сексу | від 4% (Київ) до 31% (Полтава) Медіана – 13,3% (у 2004 р. – 18%) | 16,2% |
| Чоловіки, які мають секс з чоловіками | від 4,4% (Київ) до 23,2% (Одеса) Медіана – 9% | 8,2% |
| Засуджені | Немає даних | 17,0% |

Джерела: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні [63]; ЮНЕЙДС/ВООЗ [27].

Особливістю поширення цієї соціально небезпечної хвороби є те, що епідемія збіглася в часі з епідемією туберкульозу. Ці хвороби, взаємно підсилюючи одна одну, руйнують імунну систему людини. Тому лівова частка ВІЛ-інфікованих (біля 60%) вмирають від легеневого та позалегеневого туберкульозу.

За даними Міністерства охорони здоров'я, на 1 липня 2008 р. в країні офіційно зареєстровано майже 131,7 тисяч ВІЛ-позитивних громадян. Більше 13 тисяч українців померли від СНІДу. Кількість ВІЛ-позитивних на диспансерному обліку – 87 тисяч, у тому числі вхворих на СНІД – 9,8 тисяч [81].

Разом з тим існує значна недооцінка кількості ВІЛ-інфікованих. Зокрема, згідно з узгодженою оцінкою вітчизняних та зарубіжних експертів (Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України, ВООЗ, ЮНЕЙДС, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу»), в Україні загальна кількість ВІЛ-інфікованих (усі вікові групи) на кінець 2007 р. становила майже 440 тис. осіб, у тому числі 395,3 тис. осіб у віці 15-49 років, з яких 163,7 тис. є ін'єкційними споживачами наркотиків. ВІЛ-інфікованим в Україні є 1,63% населення у віці 15-49 років [10].

Станом на 1 січня 2008 р. частка зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфікування серед громадян віком від 0 до 14 років становила 19,5% (2006 р. – 17,6%), віком від 15 до 17 років – 0,7% (2006 р. – 0,7%).

Завдяки комплексному підходу до проведення профілактики передача ВІЛ від матері до дитини суттєво знизилась (рис. 4.4). Так, якщо за даними оціночного базового дослідження у 2001 році рівень передачі ВІЛ від матері до дитини становив 27,8%, то за розрахунками МОЗ України у 2004 році цей рівень становив 8,2%, а в 2006 році – 7,1%, при цьому в деяких регіонах цей показник знизився майже до 4% [39].

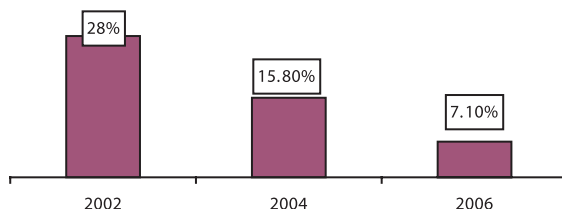


Рис. 4.4. Динаміка показника вертикальної трансмісії ВІЛ за період 2002-2006 років

Джерело: Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України, 2008 [10].

Як відзначають фахівці, опитані під час дослідження, в останні роки:

„... зменшилися темпи приросту ВІЛ-інфекції. Кількість нових випадків ВІЛ-інфекції у 2006 році в порівнянні з 2005 роком зросла на 16,8%, а у 2007 в порівнянні з 2006 – 9,9%. Зменшилися темпи приросту СНІДу. Якщо темпи приросту у 2006 році були 10,6%, то у 2007 – 3,8%. Ми це пов'язуємо із запровадженням антиретровірусної терапії. Світовий досвід показує, що зменшення темпів приросту смертності від ВІЛ-СНІДу здійснюється через 2-3 роки від широкого охоплення населення антиретровірусною терапією».

Вплив програми Глобального Фонду на протидію епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні респонденти оцінюють доволі виважено:

„Смотря какие индикаторы рассматривать. Дело в том, что ситуация не стабилизировалась, ситуация по СПИДу непосредствен-

ная, епідеміологіческая в общем-то не улучшается, признаков улучшения мы пока не видим. Единственное, что действительно мы можем пощупать, и стало лучше – это лечение. Больше процента обхвата и это мы видим по снижению темпов прироста смертности и заболеваемости СПИДа в целом по Украине, а в Одессе вообще эти показатели прекрасные стали...»;

“Хоч проблеми з поширенням ВІЛ-інфекції залишаються, але ми дуже багато зробили»;

«Якби робота ця не здійснювалася і не було б Глобального Фонду, то я взагалі не знаю, якою була б ситуація. Може б тоді, не два чи п'ять міст були в генералізованій стадії, а вся Україна».

Деякі респонденти висловили більш критичне ставлення стосовно ефективності Програми Глобального Фонду та її можливості вплинути на епідемію:

„...нонсенс: коштів багато, мережа велика, розвивається система підвищення кваліфікації і сервіси, і служби. А ефективності нема. Ми не можемо говорити про те, що епідемію призупинено, чи зменшено показники. Показники більші!»;

«По великому рахунку, з тими коштами, ресурсами, які були виділені останнім часом на південні райони, можна було взагалі покращити ситуацію, а вона погіршується. Це нонсенс, який потребує детального визначення і пояснення»;

„... ми не досягли якихось дуже суттєвих результатів в плані поширення ВІЛ-інфекції серед уразливих груп населення, тобто ВІЛ-поширення серед споживачів наркотиків, жінок секс-бізнесу, цей показник залишається достатньо високим. І через, мабуть, неповний, або недосягнутий рівень охоплення всіх представників цієї групи профілактичними заходами, але, мабуть, грошей Глобального Фонду було б недостатньо для того, щоб, впровадити такий пакет послуг і з таким рівнем охоплення, який би дійсно суттєво вплинув на ситуацію»;

„...тої критичної маси, яка б дозволила сказати, що є результат, якось епідемію ми взяли під контроль, навіть, і повернули вспять, поки, що мені здається, у нас немає достатньо підстав так вважати”.

Отже, аналіз епідеміологічних даних засвідчує, що не відбулось позитивної динаміки епідемії в Україні: кількість нових випадків продовжує зростати. Разом із тим фахівці відзначають певне зни-

ження темпів приросту нових випадків захворюваності на ВІЛ та смертності від СНІДу.

4.3.2. Знання та поведінка уразливих до ВІЛ груп

Протидія епідемії ВІЛ/СНІДу потребує активного розвитку програм профілактики, оскільки саме поведінкові практики відіграють ключову роль у запобіганні поширенню інфекції. Населенню важливо знати шляхи передачі ВІЛ і те, як можна від нього вберегтися, де і як можна пройти тестування на ВІЛ. Наявність правильних знань у представників груп ризику про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ є важливою передумовою зміни поведінки на менш ризиковану щодо інфікування ВІЛ. Водночас, негативне ставлення до тих, хто живе із ВІЛ/СНІДом, слугує вагомим мотиваційним чинником для відмови від проходження тестування на ВІЛ, а, отже, і переривання специфічних ланцюгів поширення інфекції, пов'язаних із закритим, латентним характером його передачі.

У межах впровадження Програми Глобального Фонду ставилося завдання підняти рівень обізнаності саме уразливих до ВІЛ груп і опосередковано населення у цілому. Результати цієї діяльності можна оцінити завдяки моніторингам поведінки представників цільових груп, що знайшли відображення в Національних звітах із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби із ВІЛ/СНІДом за 2003-2005 рр. [38], а також за січень 2006 р. - грудень 2007 р. [39]. Слід зауважити, що поведінкові дослідження, що здійснювались 2004 і 2007 року, базувались на дещо відмінній методології і розрахунках національних показників. Тому безпосереднє порівняння значень показників у динаміці не є коректним. Проте, можна констатувати певне зростання рівня знань серед груп ризику.

У табл. 4.5 представлені результати досліджень, проведених 2007 року різними науково-дослідними організаціями, переважно за фінансової підтримки Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні у межах програми Глобального Фонду (за винятком дослідження поведінки молоді). Дані досліджень свідчать, що в цілому менше по-

ловини представників цільових груп правильно визначають шляхи передачі ВІЛ. При цьому значна частина респондентів (від 74 до 99 %) правильно відповіла, що ризик зараження ВІЛ можна знизити через використання презервативу під час статевого контакту, однак ці знання випереджають статеву практику, адже відсоток використання презервативів є значно нижчим.

Таблиця 4.5. Знання та поведінка представників уразливих до ВІЛ груп (за даними поведінкових досліджень 2007 р.)

| | Відсоток осіб, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається | Відсоток осіб, які правильно відповіли, що ризик інфікування ВІЛ можна знизити, якщо користуватися презервативом під час кожного сексуального контакту | Відсоток опитаних осіб, які повідомили про використання презервативу під час останнього статевого акту |
|--------------------|--|--|--|
| СІН | 47 | 74 | 55 |
| ЖКС | 48 | 99 | 86* |
| ЧСЧ | 47 | 93 | 39** |
| Засуджені | 43 | 80 | - |
| Військовослужбовці | 44 | 89 | 73*** |
| Молодь 15-24 роки | 40 | 88 | 63 |

* Під час статевого контакту з останнім партнером

** Під час статевого контакту з партнером-чоловіком

*** Під час статевого контакту з непостійним партнером

Джерела: Національний звіт із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби із ВІЛ/СНІДом за січень 2006р.-грудень 2007 р. [39]; Шербина В. [80].

Результати поведінкових досліджень свідчать, також, про збереження (порівняно з 2004 р.) досить високого ступеня відчуження української молоді стосовно ВІЛ-позитивних людей, що свідчить про нерозуміння ними природи інфекційного захворювання.

Зважаючи на те, що у „Декларації про прихильність справі боротьби з ВІЛ/СНІД”, ухваленій Спеціальною сесією Генеральної Асамблеї ООН з ВІЛ/СНІД у 2000 році, було визначено до 2005 року досягти рівня обізнаності у 90%, отримане у ході дослідження значення (40,4%) можна вважати доволі низьким. Зауважимо,

що значення обрахованого комбінованого показника обумовлене низьким рівнем знань молоді щодо можливості зараження ВІЛ через спільне використання туалету, басейну, сауни з ВІЛ-інфікованою людиною, а також у випадку використання однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною.

Узагальнюючи, можна зробити внесок, що значення національних показників обізнаності з питань ВІЛ/СІД та поведінки вказують на те, що як серед загального населення, так і серед груп підвищеного ризику, все ще широко розповсюджені хибні уявлення про природу інфекційного захворювання та ризикована поведінка, яка напряду впливає на рівень поширеності ВІЛ.

4.3.3. Вплив Глобального Фонду на систему охорони здоров'я та політику протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні

Здійснення в межах програми Глобального Фонду широкомасштабних заходів із протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні супроводжувалось втіленням і розвитком національних ініціатив у цій сфері, відбувалось на тлі браку реформ у системі охорони здоров'я та з огляду на можливості системи охорони здоров'я. Діяльність реципієнтів коштів Глобального Фонду і позиція самого Глобального Фонду відігравали певну роль в українській політиці протидії епідемії і політиці охорони здоров'я в цілому.

Слід зазначити, що думкам багатьох респондентів щодо впливу Глобального Фонду на систему охорони здоров'я властива неоднозначність і навіть амбівалентність. Частина респондентів вважала цей вплив позитивним і пов'язувала його із:

– **впровадженням нових напрямів лікування (АРВ-терапією, замісною терапією):**

„...им удалось там начать терапию – это огромное достижение, им удалось убедить людей, что терапия важна и нужна. Они прекрас-но поработали с врачами за это время. И все-таки они заставили го-сударство относиться к этой проблема так достаточно серьезно“;

– розвитком ресурсів і потенціалу медичних закладів і структур:

„Естественно, просто дать препараты было невозможно. Поэтому в первую очередь, что делал Глобальный Фонд, он как бы восстанавливал, строил систему здравоохранения в Украине. То есть, он учил врачей, он ремонтировал помещения, закупал оборудование, которого не было в Украине...”;

„ ... огромное количество денег Глобального Фонда, они ушли именно на capacity building, на построение системы здравоохранения, на ремонты во всех регионах, на тренинги для персонала, на вообще приведения нашей системы здравоохранения в какой-то нормальный вид, что бы с ней можно было работать”;

– зміною підходів до управління охороною здоров'я:

„Глобальный Фонд підштовхував до кращого менеджменту і МОЗ, і обласні управління охорони здоров'я. Зараз покращилася взаємодія, наприклад, Центрів СНІДу й неурядових організацій”;

– збільшенням прозорості системи охорони здоров'я:

„Глобальный Фонд был механизмом, когда пришлось очень четко сформулировать прозрачность. Прозрачность и всякие вещи, связанные, условно говоря с справедливым распределением средств. Впервые какой-то гранд стал достоянием общественности и в реализации, и в планировании, и в мониторинге”.

Один із посадовців державної системи охорони здоров'я зауважив, що міжнародні ініціативи, зокрема, ініціативи Глобального Фонду, впроваджені в Україні, „змінюють світогляд” медиків і організаторів охорони здоров'я.

Значна частина стейкхолдерів зауважувала, що система охорони здоров'я України, побудована на старих принципах організації та фінансування медичних послуг (так звана модель Семашка), залишається інертною і не готовою до інновацій, що їх пропонують міжнародні організації. Тому вони не змогли дати позитивну оцінку впливу Глобального Фонду на систему охорони здоров'я, відзначаючи проблеми й специфіку цієї системи:

„...нинішня система охорони здоров'я виявилася не готовою для тих змін, які були запропоновані Глобальним Фондом. З одного боку, тому що були якісь принципи і засади формування цієї системи, які закладені Семашком ще на початку Радянського Союзу, і в рамках всього цього йшли всі ці процеси. На даний момент Глобальний Фонд запропонував розглянути ці підходи на засадах сучасної медичної галузі в розвинених країнах з залученням пацієнтів до надання медичної допомоги, що в Радянському Союзі не пропагувалось і не обговорювалось, тобто пацієнт був піддослідним кроликом і на цьому, власне, будується вся галузь системи охорони здоров'я, коли ні права, ні якісь вимоги пацієнта не використовуються”;

„Система здравоохранения она достаточно объёмна и начиная от скорой медицинской помощи и диспансеризации ,ведь Глобальный Фонд работает сегодня для одной группы людей — это ВИЧ — позитивные ... Поэтому очень трудно сказать, что Глобальный Фонд может повлиять на всю систему здравоохранения”.

Кілька стейкхолдерів категорично заперечували можливості Глобального Фонду та його реципієнтів — недержавних організацій — покращити існуючу систему охорони здоров'я:

«Що стосується впливу на систему охорони здоров'я, то його нема абсолютно, я вважаю, ніякого, тому що в рамках самого гранту Глобального Фонду не було заплановано якихось заходів, які б були спрямовані на реформу системи охорони здоров'я, в такому стратегічному значенні. Звичайно, скажімо так, була зміцнена матеріальна база ВІА/СНІД, підвищився рівень спроможності системи епідеміологічного нагляду, але це такі окремі моменти. А в цілому, система охорони здоров'я як була, так вона і залишається, несучасною»

„Не могу говорить, що ГФ мав вплив на систему охорони здоров'я. Перше, системи охорони здоров'я немає, є система здравоохранення. Це такий вислів, тому що на сьогодні дійсно системи немає, і це проблема”;

„[Реципієнти Глобального Фонду] не в змозі змінити систему, починаючи від закупівлі, цих тендерних процесів і закінчуючи функціонуванням виконавчих структур, тієї ж самої системи охорони здоров'я, тому що всі ці проведення грантів, розширення АРТ, ДКТ, вони всі потребували перегляду засад функціонування системи ОЗ, які зараз розглядають усі ці речі, як додаткове навантаження, яке просто заважає їм працювати”.

Оцінюючи вплив Глобального Фонду, його програми та рецепієнтів на українську політику протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, респонденти висловили низку тверджень як позитивного, так і негативного змісту, які можна згрупувати за складовими трикутника політики охорони здоров'я: зміст, актори та процес політики.

На думку респондентів, **зміст політики протидії епідемії ВІЛ/СНІДу** в Україні, зокрема, концепції національної програми на 2009-2011 рр. [66], багато чим визначається впровадженням Програми Глобального Фонду:

„Національна програма заздалегідь складається з орієнтацією на індикатори Глобального Фонду, щоб країна могла за цими індикаторами звітувати“;

„...на даний момент готується нова національна програма і в цій новій національній програмі передбачені ті активності, які були запроваджені в проектах Глобального Фонду...“;

„Програми Глобального Фонду підсилювали національну політику і допомагали вибудувати ту стратегію подолання ВІЛ/СНІДУ, яка є в державі“;

«[Глобальный Фонд] задаёт очень хороший тон для государства, направляя усилия государства в нужное русло»;

„Програми Глобального Фонду власне кажучи, виглядають таким локомотивом, який взагалі тягне це все за собою. В деяких випадках вони, можливо, не зовсім в контексті національної політики протидії, можливо це пов'язано з тим, що деякі норми цієї політики створювалися в середині 90-х років і не переглядалися до цього моменту, через те програми Глобального Фонду призвели до того, що вони рушають ці стереотипи, йдуть через ці шлагбауми, рвуть їх щоб щось змінити, хоча є такі приклади коли це не в рамках нинішнього законодавства. Наприклад, у міжнародній політиці і в програмах Глобального Фонду дуже багато говориться про уразливість і уразливі групи щодо ВІЛ/СНІДу. В українському законодавстві визначення, що таке уразливість і кого ми відносимо до уразливих груп, немає, і тільки зараз, при формуванні нової програми взагалі здалися питанням, яким чином це можна внести до державної політики і що потрібно змінити, щоб ці усталені, встановлені міжнародні дефініції визначення ввійшли в національну політику“.

Відзначили респонденти й те, що завдяки Глобальному Фонду відбулось переосмислення балансу лікування та профілактики в державній політиці протидії епідемії:

„на даний момент [національна] програма повинна бути більше спрямована на профілактику, а не на діагностико-лікувальну спрямованість, що власне відбулося завдяки імплементації проекту Глобального Фонду”.

Як важливий аспект зміни підходів до формування політики респонденти відзначили поступову відмову від визначення пріоритетних регіонів і спрямування ресурсів у них.

Реалізація ініціатив Глобального Фонду сприяла, за оцінками респондентів, тому, що до політики протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, яка традиційно розглядалась як суто медична проблема, почали долучатися численні структури, формуючи в такий спосіб горизонтальний рівень публічної політики:

„Завдяки великій кількості таких проектів і значущої такої маси людей, що беруть участь в цьому, іде захват і на державному рівні, тобто тут не тільки працюють НДО, ...лідери, а це піднімає пласт і на державному рівні – міністерства, і лікувальні установи, і навчальні установи і таке інше. Тобто на мій погляд – це дуже серйозний вплив, не тільки з точки зору на ВІЛ/СНІД, на епідемію, а взагалі з точки зору, як повинні в сучасному суспільстві повинні вирішуватись серйозні, глобальні проблеми”;

„На уровне государства, правительства, и это видно з того количества нормативных документов, указов, постанов. И очень много различных организаций, социальных служб теперь более задействованы в решении проблем ВИЧ-инфицированных, как и министерство образования, МВД. То есть отношение изменилось к этой проблеме, и все больше участников привлекаются к решению этой проблемы”.

Разом із тим, деякі респонденти висловлювали доволі критичні думки щодо розширення кола акторів політики і її виконавців, вважаючи, що, з одного боку, різні структури звітуються за одну й ту саму роботу, а, з іншого, це дозволяє розслабитися представникам держави і сприяє згортанню діяльності міжнародних донорів:

„Є великий сектор – це центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, які працюють за державне фінансування. Дуже часто те, чим звітують соціальні служби, робиться за гроші Глобального Фонду і якраз недержавними організаціями, а соціальні служби звітують, ніби вони виконали цю діяльність” ;

„Как появился Глобальный Фонд государство и местный уровень сложили лапки и стали потихонечку себе что-то тратить, какие-то деньги выделенные для них на закупки, на тендеры на то в чем могут заработать местные чиновники. Другие доноры практически не тратят деньги, потому что они все вкладывают в Глобальный Фонд и за чем им тратить еще дополнительные деньги. Из Украины ушли все доноры и реально Глобальный Фонд не может выйти даже на 50% эпидемии”;

„Країна «підсаджена», як на наркотик, на кошти Глобального Фонду. Держава не опікується питанням протидії епідемії”.

Відзначали респонденти й вплив впровадження Програми Глобального Фонду на зміни процесу формування, реалізації та оцінки політики охорони здоров'я:

„Сильна сторона Глобального Фонду в тому, що процес розробки заявки, це інклюзивний процес, там приймали участь усі. Не міністерство з охорони здоров'я розробляло цю заявку, тому що зразу відмовилася держава, і не міністерство сім'ї, молоді і спорту, а колектив, великий колектив, який зібрав всіх”;

„...до підготовки заявки, особливо на шостому раунді, були задіяні чиновники всіх рівнів – від міністра і там віце-прем'єра до найнижчих там керівників в міністерстві і управліннях, і виконавців, керівників громадських організацій. Тобто, власне, не дивлячись на всі суперечки, Україна змогла мобілізуватися, чиновники змогли мобілізуватися і показати, що можна процес зробити прозорим — підготовки подачі заявки. Були розроблені відповідні процедури, вони обговорювалися всією спільнотою, міжнародною в Україні, представниками міжнародних організацій, державних і недержавних. Всі прийшли до спільного вирішення і працювали за тими визначеними процедурами”.

Важливий аспект впливу Глобального Фонду на політику охорони здоров'я в Україні – це стимулювання до здійснення моніто-

рингу та оцінки впроваджуваних програм (така практика не надто поширена в державі загалом). Хоча діюча на 2007 рік система моніторингу та оцінки протидії епідемії ВІЛ/СНІДу далека від досконалої, але, починаючи з 2004 року, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД активно сприяв розробленню та впровадженню національних показників моніторингу та оцінки протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, затверджених, зрештою, постановою Кабінету Міністрів України [65]. За фінансової та методологічної підтримки Альянсу проводились регулярні поведінкові та епідеміологічні дослідження, які дають змогу здійснювати оцінки, потрібні для визначення ефективності політики:

„Заслуга Глобально Фонду – це, звичайно, створення системи оцінки та моніторингу як епідеміологічної ситуації, так і моніторингу програмних заходів. Я вважаю, досить успішне звітування України у виконанні Декларації про прихильність справі боротьби із ВІА загальновідоме, і внесок у це міжнародних організацій значний”.

Оцінка респондентами впровадження Програми Глобального Фонду співпала із доволі схвальними коментарями щодо цієї програми, висловленими у Національному звіті із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби із ВІЛ/СНІДом за січень 2006р.-грудень 2007 р. [39], а також комплексною зовнішньою оцінкою національних заходів з протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні [27]. В останньому документі виразно наголошується, що потреби України, особливо у профілактичних програмах, виходять далеко за фінансові можливості міжнародних організацій, і тому потрібно збільшити державне фінансування на профілактичну роботу.

У цілому ситуація в Україні цілком відповідає уявленням науковців про зв'язок формування національної політики з вимогами міжнародних, наднаціональних утворень що розглядали такі вчені, як, Е. Айрі [93], М. Барнет та М. Фіннемор [86], Д. Розенберг [97], Д. Свонк [100] та інші, які неоднозначно оцінюють активну діяльність глобальних суб'єктів. Ці науковці відносять до сучасних тенденцій міжнародну співпрацю у встановленні пріоритетів соціальної політики, світових стандартів праці, здоров'я, соціальних

стандартів, створенні атмосфери, що сприяє соціально відповідальним інвестиціям, а також у моніторингу реалізації політики. Частина вчених, зокрема, Б. Дікон, М. Халс, П. Станс [16], Б. Менді [36], наголошують, що участь у формуванні політики міжнародних утворень сприяє прийняттю загальних еталонів розв'язання проблем, незалежних від соціальних, культурних та політичних особливостей конкретної країни.

Отже, впровадження Програми Глобального Фонду справило певний вплив на систему та політику охорони здоров'я. Принаймні, воно яскраво продемонструвало труднощі і слабкі місця системи охорони здоров'я, поставило на порядок денний питання зміни підходів до управління охороною здоров'я, потребу в посиленні її організаційної спроможності та прозорості, сприяло здійсненню моніторингу реалізації політики.

4.3.4. Вплив Глобального Фонду на розвиток громадянського суспільства в Україні

В останні роки в Україні спостерігається становлення громадянського суспільства як своєрідного самоврядного середовища, що виникає між людиною і державою. У Національному звіті із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби із ВІЛ/СНІДом за січень 2006р.-грудень 2007 р. відзначено, що „однією із сильних сторін відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні, особливо за звітний період, є зростаюче лідерство, адвокація та професійна спроможність неурядових організацій в Україні, включаючи, зокрема, організації людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом” [39, 63].

Як зазначають експерти, розвиток громадянського суспільства і його долучення до протистояння епідемії означають, що це питання перестало бути винятковою прерогативою держави, а перетворилось у свого роду наріжний камінь, на якому почали випробовуватися демократичні амбіції країни [8, 8].

У цілому, думки опитаних національних та регіональних стейкхолдерів підтверджують справедливість цієї тези. Респонденти часто наголошували на тому, що вплив Глобального Фонду на розвиток громадянського суспільства в Україні відбувався як через те, що основними реципієнтами Гранту були недержавні організації, так і те, що з-поміж субгрантерів домінують НДО. За роки впровадження програми Глобального Фонду ВІЛ-сервісні НДО **зміцнилися, змінилися напрями їх роботи, вони стали силою, з якою має рахуватися держава**

Громадянське суспільство набуло свого нового розвитку, що отримало свій вияв у тому, що ВІЛ-сервісні організації, якщо порівнювати їх за останні 5 років, значно виростили як в технічному, так і в професійному плані. Вони є потужною силою”;

„Вже зараз можна говорити про Мережу людей, які живуть з ВІЛ (організація, яка розпочинала з ініціативних груп), Міжнародний Альянс в Україні, Коаліція ВІЛ-сервісних організацій й чимало інших організацій, які досить сильно розвинулись за цей період а й проводять активну роботу”.

Громадянському суспільству, зазвичай, властива наявність певних, суспільно або нормативно погоджених регуляторів, система взаємодій. Висловлювання респондентів свідчать, що в Україні поступово відпрацьовується така **взаємодія між НДО та державою, а також недержавних організацій між собою:**

„... гроші Глобального Фонду вони зреалізовані були у значній мірі в напрямку розвитку громадянського суспільства, у його розвитку у відповіді на епідемію, ВІЛ-сервісні організації, регіональні відділення Всеукраїнської мережі, через систему тендерів, там були прозорі тендери, я сама була членом експертної групи, знаю як вони боролися, здобували собі право на виконання того чи іншого проекту. І зараз можна сказати, що громадянське суспільство, воно вже набуло якогось потенціалу до виконання ВІЛ-сервісу”;

„... вони вплинули також на те, що координаційний механізм. Я маю на увазі не структуру, яка створена, а координацію взагалі між партнерськими, донорськими організаціями: вона посилилася. І шляхом проведення цих зустрічей зацікавлених партнерів”;

„Громадянське суспільство було однією із ключових персон в цій грі, тому що воно, з одного боку, є експертом, відіграло свою роль експерта, так, в тому як, які напрямки діяльності повинні бути визначені в тих рамках роботи, наприклад уразливими групами. З іншого боку, громадянське суспільство ... дивилося, чи дотримуються чи не дотримуються процедури, правила гри, які були обумовлені між усіма, і які відповідали вимогам Глобального Фонду“;

„... ситуация меняется на местном уровне, и очень активную роль играют общественные организации в этом. И в принципе в работу активно включились и государственные структуры, если говорить о последних двух годах“.

Респонденти відзначали, що за останні роки змінилася громадська думка стосовно деяких складних аспектів протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, поведінка людей, зокрема, лідерів громадських організацій, самоорганізація суспільства, спостерігався розвиток адвокації та зміцнення правової культури, поширення ідеї громадянських прав:

„ Это вот на самом деле одно из побочных эффектов, которое я очень ценю. То есть, это развитие гражданского общества и адвокативных этих действий, поскольку было очень много тренингов, было очень много всяких там вещей по мобилизации сообществ. Это очень ценно и важно для Украины, потому что через ВИЧ/СПИД люди приходят к лидерству, люди меняют свой образ жизни, люди меняют свое мироощущение, они понимают политические интриги и которые стоят не только за метадоном, понимаете. Метадон, это просто маленькая песчинка, да, и там наркомания – это маленькая песчинка, и ВИЧ/СПИД – это маленькая песчинка. На самом деле, когда ты обучаешься, проходишь эти тренинги, работаешь в общественной организации, у тебя меняется все: стиль жизни, описание мира, лидерская позиция и т.д“;

“... профілактика [ВІЛ] ведеться громадськими організаціями, тобто це ж осередками громадянського суспільства, які виникають під ці програми, навіть. Люди якимось згуртовуються, щоб впроваджувати це в життя. І звичайно ж люди вчать керувати цими проектами, вивчають проблему, вивчають шляхи її подолання. Тобто згуртовуються у боротьбі з цією проблемою і вчать, взагалі гуртом вирішувати цю проблему. Якимось спілкуватися з може різними верствами, прошарками суспільства. Якщо раніше представники груп СНІ і груп ЧСЧ зазвичай ставилися до один до одного досить, м'яко кажучи

стримано, то зараз, працюючи в цих програмах спільно, вчать ся спілкуватися, вчать ся вирішувати разом проблеми”;

„А на самом деле не знаю, возможно, было бы вообще такое развитие гражданских инициатив если бы не было программ Глобального Фонда и не было возможности давать ту информацию, которая в действительности есть”.

„Люди растут и развиваются. Вот особенно программа по адвокации. Люди знают свои права и уже умеют их защищать. Само общество растет и меняется”.

Окремі респонденти висловлювали міркування, що на даному етапі в Україні радше діють окремі активістські групи, відбувається формування елементів громадянського суспільства, відтак потрібен ще час для реального становлення громадянського суспільства, розвитку механізмів взаємодії між державою, недержавними організаціями та громадянами:

„Якщо говорити про громадянське суспільство, то знову ж таки, то програми якраз і запроваджувались із залученням неурядового сектору, через можливість формування цього громадянського суспільства. Я не можу сказати про те, що вони були досить успішними у першому раунді, можливо тому, що пройшло недостатньо багато часу, адже на формування самого громадянського суспільства потрібно значно більше часу, але ці зародки вони вже з'явилися і я думаю, що якщо ми гатимо якусь підтримку протягом якогось часу, то я думаю що в нас поступово буде йти формування цього суспільства”.

У цілому, респонденти схвально оцінили вплив Глобального Фонду на розвиток громадянського суспільства, що відбувається і через надання гранту реципієнтам — недержавним організаціям, і через виділення значного фінансування для розвитку громадських ВІЛ-сервісних організацій, і через підтримку координаційних механізмів, і через проведення тренінгів і організацію спільної роботи представників різних громадських організацій, здійснення адвокаційних заходів із захисту громадських прав ВІЛ-позитивних людей.

РОЗДІЛ 5. Оцінка респондентами впровадження проекту Світового Банку

Впровадження кредитного проекту Світового Банку в Україні відбувалось із труднощами та затримками. Публічної інформації щодо результатів цього проекту бракує. Відтак, більша частина опитаних національних та регіональних стейкхолдерів зазначила, що не обізнана із тим, яким саме чином впроваджувався проект Світового Банку щодо протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, або уникла відповіді на запитання щодо змін, пов'язаних із діяльністю цього проекту.

Частина респондентів мала уявлення про те, що проект «розморожений» і вважала його проблемним, невдалим, в якому було дуже багато «ініціативи, але жодна із них не доведена до логічного завершення».

Більшу обізнаність із впровадженням проекту продемонстрували ті поодинокі респонденти, що долучались до його втілення:

«наши специалисты, там разрабатывали модули для ликарей-консультантов и для осужденных по работе по профилактике ВИЧ в сфере, ну в рамках программы «Равный равному». Разработаны такие модули и начаты семинары. Проведен один семинар для ликариив-консультантов, собрали один куст и планируется еще несколько таких семинаров и проведено уже более 10-ти семинаров в 10-ти колониях для осужденных».

Деякі національні експерти відзначали, що:

„за сприяння Світового Банку вперше було отримано можливість запровадження лікування супутньої патології такої, як вірусні гепатити чого раніше не було ні в державному бюджеті, ні в Глобальному Фонді“.

Проте представники регіонів турбувалися, що таке лікування ускладнюється бюрократичними перепонами:

„За деньги Мирового Банка были закуплены дополнительные препараты для лечения сопутствующих заболеваний, т.е. оппортунистических инфекций для ВИЧ-положительных... Но Минздрав не может оформить документы и передать препараты, лежащие на складе...».

Схожа ситуація, на думку опитаних, і з реалізацією програм первинної профілактики, що їх мав намір втілювати Світовий Банк:

«...запровадження програм первинної профілактики для загального населення поки що не видно, але можливо це дасть якийсь поштовх в подальшому».

Деякі респонденти наголошували на певній «віртуальності» проекту Світового Банку:

«... реально, мне кажется, там, только существует группа внедрения, а самого проекта нет»;

«...я багато про них [програми Світового Банку] чую, але ніколи їх не бачив. Я маю на увазі щоб хтось, щось отримав від того самого Світового Банку».

Один із респондентів висловився про те, що на початковому етапі виявилась та обставина, що:

„проект Всесвітнього Банку полностью дублирует, полностью дублирует то, что делает Глобальный Фонд».

Чимало респондентів вважало, що Світовому Банку „ті програми які планувалися, ... реалізувати не вдалося” і провина в цьому державних структур, переважно Міністерства охорони здоров'я, яке відповідає за впровадження цього проекту:

“МОЗ практично завалило впровадження кредиту Світового Банку...”; „Минздрав пока не может справиться с этими деньгами», «Минздрав .. до сих пор не в состоянии ничего сделать с этими деньгами».

З-поміж причин невдачі цього проекту Світового Банку респонденти назвали:

1) обмежені можливості Міністерства охорони здоров'я управляти значними проектними коштами («це є через саму інституційну неспроможність системи впроваджувати такі великі гранти»);

2) проблеми української нормативної бази («ми маємо таку, ну дуже, різницю невідповідність наших процедур, нашої нормативної бази міжнародним вимогам»);

3) корупційність та непрозорість державної системи охорони здоров'я («Ми не можемо впливати, моніторити, як ці кошти були використані. Ми не бачимо. У нас були спроби прослідкувати, як витрачались кошти, але ми не маємо важелів впливу на державу»; «...там деньги непонятно куда распределялись...»);

4) процедури надання допомоги, визначені самим Світовим Банком («... весь час вони посилаються, що у них якісь складнощі, труднощі, такі процедури, що вони не можуть домовитись з урядом, що в них там щось не виходить»).

Таким чином, переважна більшість респондентів або не обізнана щодо проекту Світового Банку в Україні або вважає його неуспішним, переважно з вини Міністерства охорони здоров'я України.

РОЗДІЛ 6. Узагальнення та практичні рекомендації

Проведене у межах проекту «Дослідження впливу глобальних ініціатив у сфері ВІЛ/СНІДу на систему охорони здоров'я» вивчення ситуації в Україні на національному та регіональному рівнях та порівняння з результатами інших досліджень, здійснених в Україні та в інших країнах, дає підстави для низки узагальнень щодо процесу, результатів та наслідків реалізації в Україні глобальних ініціатив у сфері ВІЛ/СНІДу, переваг та обмежень втілення міжнародних програм і проєктів у сфері охорони громадського здоров'я України.

1. Політика протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні відзначається суперечливістю і неоднозначністю, їй бракує міжвідомчого підходу. Вона визнана державним пріоритетом, але не отримує достатнього фінансування з державного бюджету, чимало відомств зобов'язані займатися протидією епідемії, але основним актором політики залишається відомча „вертикаль” Міністерства охорони здоров'я. Це посилюється тим фактом, що Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам хоча і вважається урядовим органом державного управління, проте функціонує в складі Міністерства охорони здоров'я, що обмежує його можливості впливати на інші відомства і втілювати міждисциплінарний, інтегрований підхід.

2. Глобальний Фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією та інші міжнародні організації відіграють вагомую роль у фінансуванні заходів із протидії ВІЛ/СНІДу в Україні. Так, у 2006 році частка фінансування Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією сягала 35% усіх національних витрат на ВІЛ/СНІД. Глобальні ініціативи із протидії ВІЛ/СНІДУ, що реалізуються в Україні, не завжди є ефективними, почасти через організаційну неспроможність їх українських партнерів. Прикладом цього може слугувати грантова позика Світового Банку для реалізації

проекту «Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні, який розпочався 2003 року і кошти якого так і не були освоєні його реципієнтом — Урядом України в особі Міністерства охорони здоров'я та Державного Департаменту з виконання покарань. Разом із тим, втілення заходів із протидії епідемії відбувається набагато ефективніше, коли держава активно долучається до реалізації тих чи інших ініціатив, прикладом чого може слугувати профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ.

Дослідження підтвердило, що оцінити конкретний внесок державних, громадських і міжнародних структур у протидію епідемії виявляється складним, оскільки інформація про наслідки та результати діяльності не завжди є відкритою та однозначною, а ролі організації дублюються.

3. Міжнародні ініціативи в сфері ВІЛ/СНІДу, зокрема, програма Глобального Фонду, сприяли зміцненню фінансової, організаційної та правової спроможності ВІЛ-сервісних організацій. Зокрема, вони дали поштовх до розвитку нормативно-правової бази у сфері протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, сприяли розробленню національних клінічних протоколів. Разом із тим, респонденти звертали увагу на необхідність вдосконалення механізмів розподілу коштів усередині країни реципієнтами програми Глобального Фонду, розробку механізмів соціального замовлення, що сприятиме життєздатності започаткованих ініціатив, посилення уваги до подальшої професіоналізації ВІЛ-сервісу й якості навчання персоналу.

4. Програма Глобального Фонду чимало зробила для розвитку людського потенціалу ВІЛ-сервісних організацій завдяки навчанню працівників ВІЛ-сервісних організацій, підняття їх статусу та мотивації до роботи. Результати дослідження засвідчують, що у структурі підготовки та перепідготовки фахівців переважають кількадевні тренінги, у той час як значна частина персоналу ВІЛ-сервісних організацій не має фахової освіти

5. Завдяки міжнародній фінансовій допомозі суттєво розширено обсяг медичних і соціальних послуг. Виняткова роль програми Глобального Фонду полягає у розгортанні лікування ВІЛ-позитивних людей антиретровірусними препаратами, впровадженні програм

зменшення шкоди і замісної підтримувальної терапії, налагодженні лабораторної діагностики тощо.

Однак рівень охоплення цільових груп послугами з діагностики, лікування, догляду та профілактики поки що залишається на недостатньому рівні (2007 року АРВ-терапію отримували 35% дорослих і дітей із прогресуючою формою ВІЛ, послугами з профілактики охоплено від 6 до 34% представників уразливих др. ВІЛ груп). Національні показники охоплення профілактичними програмами, які демонструють не кількісний, а якісний вимір наслідків профілактичної роботи, засвідчують недостатню роботу із представниками груп найвищого ризику.

Відносно низький рівень охоплення заходами із протидії спричинюється не стільки прорахунками міжнародних ініціатив, як браком національних ресурсів на протидію епідемії.

6. Завдяки підтримці міжнародних донорів, передовсім Глобального Фонду, ВІЛ-позитивні люди отримують безкоштовні послуги і в цілому задоволені якістю цих послуг. Проте ВІЛ-сервіс в Україні залишається фрагментованим, деякі послуги надаються в обмеженій кількості, наприклад, послуги замісної терапії, система перенаправлення між закладами працює на неформальному рівні. Стандарти надання соціальних послуг відсутні і тому якість послуг залежить від можливостей ВІЛ-сервісної організації, яка їх надає.

Практикується надання послуг різних ВІЛ-сервісних організацій на одній базі (спричинено це функціональними обмеженнями медичних закладів щодо надання психологічної і соціальної допомоги), проте й це не забезпечує належної комплексності медико-соціальної підтримки ВІЛ-позитивних людей та членів їхніх сімей.

7. Послуги ВІЛ-сервісних організацій мають обмежену доступність. В Україні у цілому недостатньо розвинутий сектор надання соціальних послуг. Системі охорони здоров'я притаманні структурні проблеми, відомча розпорошеність і вузька спеціалізація окремих служб – протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, наркозалежності.

Заклади ВІЛ-сервісу переважно зосереджені у великих містах, що ускладнює користування ними значної частини потенційних клієнтів, і часто працюють на одній базі. Вагомим обмеженням до-

ступності ВІЛ-сервісних послуг є стигматизація та дискримінація вразливих до ВІЛ-груп, що посилюється розголошенням їх ВІЛ-позитивного статусу та підписанням документів щодо кримінальної відповідальності за подальше поширення інфекції. Іншими перешкодами доступності послуг респонденти визначили брак необхідного обладнання, медикаментів, кваліфікованого персоналу, брак інформації про послуги та умови їх отримання.

8. Відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні погано координується на національному та місцевому рівнях; наявне дублювання певних функцій, а, з іншого боку, чимало питань державної ваги є нерозв'язними. Національна координаційна рада з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу та регіональні координаційні ради мають статус дорадчого органу і діють досить формально, за винятком окремих регіонів, зокрема Одеси.

Фактично, координацією відповіді на епідемію переймаються реципієнти коштів Глобального Фонду – громадські організації, які не зможуть швидко й радикально вплинути на запровадження необхідних змін у державній політиці, хоча й проводять значну адвокаційну роботу й досягають успіхів у поступовій зміні державних підходів.

9. Респонденти в цілому позитивно оцінюють вплив міжнародних структур на лікувальну практику, організацію системи охорони здоров'я і формування політики охорони громадського здоров'я, зокрема, її горизонтальної складової, встановлення системи пріоритетів і стандартів. Однак здійснення міжнародними організаціями широкомасштабних заходів із протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні хоча й супроводжувалось втіленням і розвитком певних національних ініціатив у цій сфері, відбувалось на тлі браку реформ у системі охорони здоров'я та з огляду на обмежені можливості вітчизняної системи охорони здоров'я.

10. Незважаючи на суттєве фінансування з боку Глобального Фонду, національна система охорони здоров'я не справляється з епідемією ВІЛ/СНІДу, у ній залишається чимало лакун та слабких місць, насамперед, відсутність інтегрованого підходу до надання послуг, переважання лікувальних заходів над профілактичними. Разом із тим фахівці відзначають певне зниження темпів приросту нових випадків захворюваності на ВІЛ та смертності від СНІДу.

Проведене дослідження дає підстави для висловлення низки практичних рекомендацій, зокрема:

Реципієнтам коштів Глобального Фонду:

- переглянути систему розподілу коштів між суб-реципієнтами Глобального Фонду для забезпечення більшої прозорості (оголошення конкурсів та їх умови, перегляд умов оплати праці фахівців, системи звітності, урахування побажань регіонів);
- обміркувати можливості розширення підтримки державних соціальних служб, що діють зараз в Україні і за чинним законодавством повинні брати участь у протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, але не мають фінансування на такі заходи, зокрема, соціальних закладів на рівні районних центрів;
- здійснювати моніторинг та оцінку навчальних програм із розвитку персоналу ВІЛ-сервісних організацій, приділяти більше уваги тривалому і системному навчанню фахівців, зокрема, в соціальних службах та організаціях;
- оцінити якість проведених профілактичних заходів серед уразливих до ВІЛ-груп у бік впровадження більш ефективних методик і технологій, віднайти матеріальні та інтелектуальні ресурси для проведення сучасної структурованої профілактичної роботи, орієнтованої на мотивацію до реальної зміни поведінки. Слід, також, звернути більшу увагу на організацію ефективних превентивних програм для сексуально активної молоді, зокрема, неучнівської молоді;
- під час роз'яснювальної роботи серед молоді слід ініціювати її до визнання нормальною практикою добровільного проходження тестування на ВІЛ-інфекцію;
- ініціювати перегляд відомчо роз'єднаних підходів до надання медичних і соціальних послуг ВІЛ-позитивним особам через розробку інтегрованої моделі надання таких послуг та просування ідеї такої моделі на практичному та нормативному рівнях;

- продовжувати інформаційно-роз'яснювальну роботу як щодо поглиблення знання про саму проблему, методики допомоги, наявні послуги тощо, так і цілеспрямоване формування більш сприятливої громадської думки і позитивнішого ставлення персоналу ВІЛ-сервісних організацій, зокрема, через роботу зі ЗМІ.

Уряду та урядовим структурам України:

- посилити контроль за впровадженням міжнародних проєктів в Україні у сфері ВІЛ/СНІДу та, зокрема, за діяльністю структур, що виступають українськими партнерами таких проєктів;
- відновити діяльність Національної координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, активніше залучати до діяльності рад на національному та регіональному рівнях ВІЛ-позитивних активістів, розширити повноваження рад;
- розглянути можливість надання Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам статусу надвідомчої державної структури, вивівши його із складу Міністерство охорони здоров'я;
- звернути увагу на фінансове та організаційне забезпечення універсального доступу ВІЛ-позитивних людей до діагностики, лікування, а також до профілактичних послуг, зокрема, через механізм соціального замовлення;
- регламентувати проведення експрес-діагностики на ВІЛ-інфекції через розробку відповідного нормативного документа;
- запровадити спеціалізовані курси підготовки медичних та соціальних працівників для роботи у ВІЛ-сервісі, виділяти державне фінансування для підвищення кваліфікації працівників ВІЛ-сервісу; сприяти стандартизації такого навчання;
- з метою забезпечення послуг належної якості інтенсифікувати роботу із розробки та впровадження стандартів соці-

альних послуг ВІЛ-позитивним та уразливим до ВІЛ групам;

- переглянути практику підписання ВІЛ-позитивними людьми форми щодо кримінальної відповідальності за подальше розповсюдження ВІЛ;
- встановити норми збереження конфіденційної інформації щодо ВІЛ-статусу, зокрема, через розробку відповідного нормативного акта, який регулюватиме оформлення, збереження та поширення інформації;
- впровадити на державному рівні первинну профілактику, яка сприятиме поширенню інформації щодо проблеми ВІЛ, подоланню хибних уявлень щодо ВІЛ.

ВІЛ-сервісним організаціям:

- посилити прозорість і публічну звітність щодо поточної та проектної діяльності;
- надавати клієнтам більше інформації про умови отримання послуг;
- посилити роботу з персоналом щодо ставлення до ВІЛ-позитивних людей, попередження ефекту вигорання;
- оцінювати рівень адміністративного навантаження на працівників і в разі потреби вживати заходів щодо його зменшення;
- залучати більше професіоналів до роботи і сприяти справжній професіоналізації тих співробітників, що не мають освіти за фахом;
- посилити інтенсивність програм профілактики та охоплення ними груп високого ризику, переглянути зміст, форми та методи профілактичних програм;
- підвищувати рівень правової інформованості серед ЛЖВ щодо їх прав і механізмів захисту цих прав.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналітичний звіт за ключовими результатами досліджень щодо відповіді країни на епідемію ВІЛ/СНІД і рекомендації для вироблення програм / Бочкова Л. та ін.. — К., 2005. — 18 с.
2. Балакірева О., Жилка Н., Карпенко О. Догляд та виховання дітей, які живуть з ВІЛ. Аналіз ситуації, проблеми та шляхи вирішення. — К., 2004. — 162 с.
3. Бега А. Громадський нагляд за державною політикою з ВІЛ/СНІД в Україні: Цикл звітів про політику у сфері ВІЛ/СНІД у В'єтнамі, Нікарагуа, Сенегалі, Сполучених Штатах Америки й Україні. — К., 2007. — 63 с.
4. Бойко І., Савельєв Ю. Лікування ВІЛ-позитивних осіб антиретровірусною терапією в умовах тимчасового затримання // Соціальна політика і соціальна робота. — 2008. — № 1. — С. 5-15.
5. Вайс К. Оцінювання: Методи дослідження програм та політики. — К.: Основи, 2000. — 671 с.
6. Варбан М.Ю., Демченко І.Л. Політики та програми боротьби з ВІЛ/СНІД на робочих місцях. — К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2005. — 28 с.
7. Васютин В. Хронічна жадібність: Український бізнес на епідеміях [Електронний ресурс] // Україна кримінальна. — Режим доступу: <http://www.cipro.com.ua>
8. Виклик та подолання: ВІЛ/СНІД та права людини в Україні / Бордуніс Т., Брисюк Н., Буяджі Д. та ін. — К.: ПРООН, 2008. — 191 с.
9. Вієвський А.М., Дворяк С.В., Сидяк С.В. Лікування наркозалежності в Україні та його результативності : Звіт про дослідження. — К., 2008. — 150 с.
10. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень. №29.— К.: МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІДом, 2008.
11. Впровадження сучасних методів епідеміологічного нагляду за ВІЛ в Україні /Яременко О.О., Балакірева О.М., Варбан М.Ю. та ін. — К., 2003. — 52 с.
12. Говлет М., Рамеш М. Дослідження державної політики: цикли та підсистеми політики. — Львів: Кальварія, 2004. — 264 с.
13. Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Принята резолюцией S-26/2 специальной сессии Генеральной Ассамблеи от 27 июня 2001 г. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?page=1&nreg=995_846.

14. Демченко І.Л., Варбан М.Ю., Салабай Н.В. Чинники формування державної політики з ВІЛ/СНІД в Україні: аналітичний звіт за результатами опитування посадовців різних рівнів. — К.: 2005. — 84 с.
15. Дешко Т. та ін. Права ВІЛ-позитивних людей і доступність для них послуг // Соціальна політика і соціальна робота. — 2005. — № 2. — С.31-52.
16. Дікон Б., Халс М., Станс П. Глобальна соціальна політика: Міжнародні організації та майбутнє соціального добробуту: Пер. з англ. — К.: Основи, 1999. — 346 с.
17. Довбах Г.В., Погоріла Н.Б., Польщикова Є.А. Моніторинг поведінки представників груп-містків як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: Аналітичний звіт за результатами дослідження. — К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2005. — 31 с.
18. Доступность и качество информации о расходах на программы про ВИЧ/СПИДу: Адвокационный отчет [Електронний ресурс]/ Всеукраїнський благодійний фонд «Коаліція ВІЛ-сервісних організацій». — К., 2008. — режим доступу: <http://www.hiv.org.ua/news/content?id=33>
19. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції/СНІД в Україні. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.aidsalliance.kiev.ua>.
20. Закон України “Про ратифікацію Угоди про позику (Проект “Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні”) між Україною та Міжнародним банком реконструкції та розвитку» від 18 листопада 2003 р.
21. Закон України від 12 грудня 1991 року № 1972-ХІІ “Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення”.
22. Звіт 15-ої зустрічі зацікавлених сторін (28 серпня 2008 р.) [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.network.org.ua>.
23. История Глобального Фонда [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.theglobalfund.org/ru/history/?lang=ru>.
24. Кадрові ресурси у сфері ВІЛ/СНІД в Україні: Проект результатів оцінки для консультацій / Бюро ВООЗ в Україні. — К., 2008. [Не опубл.]
25. Кампанія «Єднаймося заради дітей, єднаймося проти СНІДу»: Запитання та відповіді [Електронний ресурс]. — режим доступу: <http://www.pr-center.org.ua/hiv/docs/campaign.doc/>.
26. Кілієвич О.Англо-український глосарій термінів і понять з аналізу державної політики та економіки. — К.: Основи, 2003. — С. 17.
27. Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: Зведений звіт. Варіант „0”. — К., 2008 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.unaids.org.ua/evaluation/users>.
28. Ліснічук О. Групи інтересів у багатоскладовому суспільстві. Політологічний аналіз: Автореферат дис. ... канд. політ. наук 23.00.02 / Інститут політичних і етнонаціональних відносин НАН України. — К., 2000 [Елек-

тронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.lib.ua-ru.net/inode/17362.html>.

29. Матеріали 15-ої зустрічі зацікавлених сторін (28 серпня 2008 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.network.org.ua>.

30. Микитюк М. Стандарти соціальних послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу: нормативно-правові передумови // Соціальна політика і соціальна робота. – 2006. – № 1. – С. 13-24.

31. Моніторинг епідемії ВІЛ/СНІДу. Оцінка ефективності протидії: Соціальний аспект / За ред. Ю.І. Саєнко. – К.: Фоліант, 2004. – 416 с.

32. Моніторинг поведінки жінок, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: Аналітичний звіт за результатами дослідження / Артюх О.Р., Балакірева О.М., Бочкова Л.В. та ін.- К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2005. – 59 с.

33. Моніторинг поведінки молоді як компонент епіднагляду другого покоління (за результатами соціологічного дослідження „Рівень знань щодо ВІЛ/СНІДу, поведінка та ставлення до людей, що живуть із ВІЛ/СНІДом”): Аналітичний звіт / Керівник творчого колективу В.Л. Щербина. – К.: Державний інститут розвитку сім’ї та молоді, 2007. -121 с. [Не опубл].

34. Моніторинг поведінки молоді як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: Аналітичний звіт / Балакірева О.М., Галустян Ю.М., Дікова-Фаворська Д.М. та ін.- К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2005. – 43 с.

35. Моніторинг поведінки споживачів ін’єкційних наркотиків як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: Аналітичний звіт за результатами дослідження / Артюх О.Р., Балакірева О.М., Бочкова Л.В. та ін.- К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2005. – 68 с.

36. Мэнди Б. Роль надгосударственных организаций в формировании социальной политики и определении направлений развития социальной работы: на примере Европейского Союза // Взаимосвязь социальной политики и социальной работы / Под ред. Ш. Рамон: Пер. с англ. – М.: Аспект Пресс, 1997.

37. На Першому Національному відбувся телемарафон «Заради життя» присвячений проблемі профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД [Електронний ресурс] // Перший канал. Офіційний сайт.- Режим доступу: <http://www.itv.com.ua/>

38. Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Звітний період: січень 2003р.-грудень 20-05р.- К., 2006. – 78 с.

39. Національний звіт із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби із ВІЛ/СНІДом за січень 2006р.-грудень 2007 р. — К., 2008. — 142 с.

40. Одеська обласна Програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки, затверджена рішенням обласної Ради від 20 жовтня 2004р. № 505-IV [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://oda.odessa.gov.ua/Main.aspx?sect=Page&IDPage=8067&id=1>.

41. Оцінка вразливості людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом, в Україні: Результати соціологічного долідження. — К.:ПРООН, 2008. — 104 с.

42. Оцінка консультигування щодо ВІЛ/СНІД пацієнтів з інфекціями, які передаються статевим шляхом : Аналітичний звіт за результатами дослідження /Саєнко Ю.І., Привалов Ю.О., Амджадін Л.М. та ін. .- К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2005. — 36 с.

43. Оцінка можливостей розвитку програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків /Балакірева О.М., Варбан М.Ю., Яременко О.О. та ін. — К., 2003. — 230 с.

44. Оцінка потреб та можливості розширення універсального доступу до профілактики, лікування, догляду та підтримки з ВІЛ/СНІДу: Короткий виклад результатів дослідження / Український інститут соціальних досліджень ім. О.Яременка. — К., 2008. — 16 с. [Не опубл.].

45. Оцінка чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні: Аналітичний звіт за результатами дослідження / Балакірева О.М., Гусак Л.М., Довбах Г.В. та ін. — К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2006. — 28 с.

46. О ЮНЕЙДС [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.unaids.org/ru/AboutUNAIDS/default.asp>

47. Павленко П., Семигіна Т. Чинники, що впливають на політику охорони здоров'я у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу і контролю за його поширенням//Соціальна політика і соціальна робота. — 2006. — №2. — С 18-32.

48. Пал Л.А. Аналіз державної політики. — К.: Основи, 1999. — 422 с.

49. Погоріла Н.Б., Сасько О.В., Пашкович В.Л. Моніторинг поведінки військовослужбовців як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: Аналітичний звіт за результатами дослідження. — К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2005. — 59 с.

50. Постанова Кабінету Міністрів України від 09.03.1999 р. № 341 «Про Програму профілактики СНІДу та наркоманії на 1999 — 2000 роки».

51. Постанова Кабінету Міністрів України від 11.07.2001 р. № 790 «Про Програму профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2001-2003 роки»

52. Постанова Кабінету Міністрів України від 14.03.1995 р. № 176 «Про Національну програму профілактики СНІДу в Україні на 1995-1997 роки».

53. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.02.1992 р. № 98 «Про Національну програму профілактики СНІДу в Україні на 1992-1994 роки».

54. Постанова Кабінету Міністрів України від 31.05.2006 р. № 759 „Про утворення Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам”

55. Постанова Кабінету Міністрів України від 16.05.2005 р. № 352 “Про утворення Національної координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу”

56. Постанова Кабінету Міністрів України від 4 березня 2004 року № 264 «Про затвердження Концепції стратегії дій уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки”

57. Постанова Кабінету Міністрів України від 16.01. 2008 р. N 14 „Програма діяльності Кабінету Міністрів України „Український прорив: для людей, а не для політиків” [Електронний ресурс].- Режим доступу: http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=104231107&cat_id=47292901

58. Програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки у Львівській області, затверджена розпорядженням Голови Львівської обласної державної адміністрації від 17 листопада 2004 року № 927.

59. Профилактика ВИЧ-инфекции среди новорожденных: Документирование и исследование опыта Украины / ЮНИСЕФ. — К., 2007.- 104 с.

60. Риторика та ризик. Порушення прав людини перешкоджає боротьбі України з ВІЛ/СНІДом / Організація “Нагляд за правами людини” [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.hrw.org/ukrainian/docs/2006/03/02/ukrain12735.htm>.

61. Річний звіт МБФ „Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні”: 2004. — К., 2005.

62. Річний звіт МБФ „Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні”: 2005. — К., 2006.

63. Річний звіт МБФ „Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні”: 2007. — К., 2008.

64. Рішення Київради від 9 березня 2006 р. № 161/3252 «Про затвердження Програми по запобіганню поширенню ВІЛ-інфекції в м. Києві,

забезпеченню допомоги та лікування людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, на 2006–2008 роки» [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.km.gov.ua/divisions.asp?Id=3551>.

65. Розпорядження Кабінету Міністрів України „Про моніторинг і оцінку ефективності заходів, що забезпечують контроль стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу за національними показниками” від 13 грудня 2004 р. N 890-р.

66. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 21.05.2008 р. № 728-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки»

67. Романов В., Рудік В., Брус Т. Вступ до аналізу державної політики. — К.: Основи, 2001. — 238 с.

68. Рудий В. Законодавство України у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом: Сучасний стан і шляхи вдосконалення. — К.: Сфера, 2004. — 187 с.

69. Семигіна Т. Політика протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: між надіями і розчаруваннями // Наукові записки НаУКМА: Політичні науки. - Т. 69. — К., 2007. — С. 22-27

70. Система моніторингу й оцінки з питань ВІЛ/СНІДу: регіональний рівень /Балакірева О. та ін. — К.: USAID — НРІ, 2006. — 64 с.

71. Скуйбіда Ю.В. Проблема ВІЛ/СНІДу як питання порядку денного в публічній політиці України // Наукові записки НаУКМА. — Т. 45. Політичні науки. — 2005. — С. 71-77.

72. Стан епідемії ВІЛ/СНІДу в Києві та аналіз заходів протидії: Ситуаційний аналіз розвитку програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків /Балакірева О., Бочкова Л., Белова І. та ін. — К.: вид-во Раєвського, 2006. — 136 с.

73. Указ Президента України від 30.11.2005 р. № 1674/2005 «Про вдосконалення державного управління у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу в Україні».

74. Указ Президента України №1208/2007 «Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні» від 12 грудня 2007 р.

75. Указ Президента України від 17.03.2008 р. № 220/2008 „Про Координаційну раду з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії”

76. Україна в 2015 році: Цілі розвитку тисячоліття, адаптовані для України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.undp.org.ua/ua/millennium-development-goals>.

77. Холожило І.І. Міжгалузєва співпраця у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу в Україні: методика оцінювання // Державне управління: теорія

і практика. — 2007. — № 2 (6) [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/Dutp/2007-2/>.

78. Худоба О.В. Удосконалення формування та реалізації державної політики у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДУ та наркоманії в Україні (на прикладі Львівської області). Автореферат дис. канд. наук з державного управління / Львівський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентові України. — Львів, 2008. — 20 с.

79. Ціни на ліки завищували в 40 разів [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.likar.org.ua>.

80. Щербина В. ВІЛ/СНІД і молодь: знання та поведінка // Соціальна політика та соціальна робота. — 2008. — № 1. — С. 27-36.

81. Щербінська А.М. Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції. Моніторинг епідемії. Огляд Національного звіту із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби із ВІЛ/СНІДом за 2007 р. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.aidsalliance.org.ua/ru/gfund/monitoringandevaluation/4conf/2409/plenarni2409/shcherbinskaya2409.ppt#2>.

82. Що таке Світовий Банк? [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.worldbank.org.ua>.

83. Якобчук А.В. Вирішення проблем ВІЛ/СНІДУ на державному рівні з урахуванням міжнародного досвіду // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2006. — № 2. — С. 75-81.

84. Almond G. A.. Political Theory and Political Science // Contemporary Political Science: Toward Empirical Theory / Ed. by I. de S. Pool. — New York: McGraw-Hill Book, 1967. — P. 1-21.

85. Analytical report on Spending as a Necessary Tool to Plan and Implement Policy to Overcome HIV/AIDS epidemic in Ukraine — Kyiv, 2006. — 32 p.

86. Barnett M.N., Finnemore M. The Politics, Power, and Pathologies of International Organizations // International Institutions: An International Organization Reader / ed. by L.Martin, B.Simmons. — Cambridge, MA: The MIT Press, 2001. — P. 403-436.

87. Briefing Sheet 1. Scale-up and access to HIV/AIDS services [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.ghinet.org/news.htm#sheets>.

88. Briefing Sheet 2. Human Resources [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.ghinet.org/news.htm#sheets/>

89. Briefing Sheet 3. The challenge of coordination [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.ghinet.org/news.htm#sheets/>

90. Evans G., Newnham J. The dictionary of world politics: A reference guide to concepts, ideas and institutions. — London: Harvester Wheatsheat, 1992. — 382 p.
91. Getting Health Reforms Right: A Guide to Improving Performance and Equity / Roberts M.J. et al. — Oxford: Oxford University Press, 2004. — 332 p.
92. Global Fund Observer (GFO). — 2004, 18 October. — N 33 [Електронний ресурс]. — Режим доступу.— www.aidspace.org/gfo/archives/newsletter.
93. Iriye A. Global Community: The Role of International Organizations in the Making of Contemporary World. — Berkeley: University of California Press, 2002. — 246 p.
94. Joint United Nations Programme of Support on AIDS: Ukraine, 2007-2010. — К., 2007. — 56 p.
95. Nitsoy A. The perspectives of providing the cost estimation of measures directed to prevention of HIV/AIDS spread in Ukraine. Thesis for receiving the 'Master of Health Care Management'. — Kyiv, SPH NaUKMA, 2006. — 168 p.
96. Pavlenko P. Factors affecting public health policy in the area of HIV/AIDS prevention and control in Ukraine: Thesis for receiving the Master in Health Care Management / SPH NaUKMA. — Kyiv, 2006.
97. Rosenberg J. The Follies of Globalization Theory. — London and New York: Verso, 2000. — 205 p.
98. Socioeconomic Impact of HIV/AIDS in Ukraine /World Bank and International HIV/AIDS Alliance in Ukraine [Електронний ресурс]. — Kyiv, 2006. — Режим доступу: <http://www.worldbank.org/ua/aidsstudy>.
99. Support for HIV and AIDS Prevention, Treatment and Care for Most Vulnerable Populations in Ukraine: Ukraine Proposal for GFATM Sixth Call for Proposals. — Kyiv, 2006.
100. Swank D. Global Capital, Political Institutions, and Policy Changes in Developed Welfare States. — Cambridge: University Press, 2002. — 334 p.
101. Ukraine TB and IV/AIDS Control Project: Current status. — Матеріали 13 зустрічі зацікавлених сторін (7 грудня 2007 р.) [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.network.org.ua>.

ДОДАТКИ

Додаток А

ОРГАНІЗАЦІЇ, ЯКІ БРАЛИ УЧАСТЬ У ДОСЛІДЖЕННІ

Національний рівень

Державні структури

1. Міністерство охорони здоров'я України (Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам)
2. Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України
3. Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту
4. Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді
5. Міністерство освіти та науки України

Міжнародні структури

1. UNAIDS
2. BOO3/WHO
3. UNISEF
4. USAID (проект Constella Group)

Недержавні організації

1. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні
1. Всеукраїнська мережа людей, які живуть із ВІЛ
2. Коаліція ВІЛ-сервісних організацій
3. Фонд „АнтиСНІД”
4. Український інститут досліджень політики громадського здоров'я
5. Мережа організацій, що працюють у пенітенціарній сфері
6. БО “Фонд профілактики хімічних залежностей та СНІДу” (SAAPF)
7. Міжнародний інститут проблем ВІЛ/СНІДу
8. Фонд Клінтона
9. СНІД Фонд „Схід-Захід” (AFEW)

м. Київ

Державні структури та організації

1. Головне управління охорони здоров'я м. Києва
2. Міський СНІД-центр (Київська міська клінічна лікарня № 5)
3. Міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
4. Міський протитуберкульозний диспансер
5. Міський центр „Наша родина” (комунальна міська установа для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді)

Недержавні організації

1. Київське міське відділення Всеукраїнської мережі людей, які живуть із ВІЛ
2. Реабілітаційний центр „Сходи”
3. ГО „Еней”
4. Інститут проблем наркоманії та наркозлочинності
5. „Соціум-XXI”
6. „Жіноча мережа”
7. „Гей-Альянс”
8. „Вертикаль”
9. „Крок за кроком”
10. “ТАБО”

м. Одеса

Державні структури та організації

1. Управління охорони здоров'я та медицини катастроф м. Одеси
2. Міський СНІД-центр
3. Обласний наркологічний диспансер
4. Обласний тубдиспансер
5. Міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

Недержавні організації

1. ОБФ „Дорога к дому”
2. Реабілітаційний центр „Сходи”
3. Громадський рух „Віра. Надія. Любов”
4. “За майбутнє без СНІДу”
5. Об'єднання НДО „Разом за життя”

6. “Подолання»
7. «Солнечный круг»

м. Львів

Державні структури та організації

1. Головне управління охорони здоров'я облдержадміністрації
2. Обласний СНІД-центр
3. Жовківський районний центр соціальних служб для сім'ї та молоді
4. Львівське комунальне міське медичне об'єднання (тубдиспансер)

Недержавні організації

1. Обласне відділення Всеукраїнської мережі ЛЖВ
2. БФ „Салюс”
3. БФ „Аванте”

BRIEF INFORMATION ON THE RESULTS OF THE RESEARCH PROJECT “TRACKING GLOBAL HIV/AIDS INITIATIVES AND THEIR IMPACT ON HEALTH SYSTEMS IN UKRAINE”

The idea and background of research

In 2002 Ukraine was one of the first countries of the world to apply to the Fund for financing to be directed first of all to increase medical assistance to HIV/AIDS positive people, care and support to people living with HIV/AIDS. At the same time the country started the process of getting the World Bank Loan for implementation of the project “Control over tuberculosis and HIV/AIDS in Ukraine” (see figure 1).

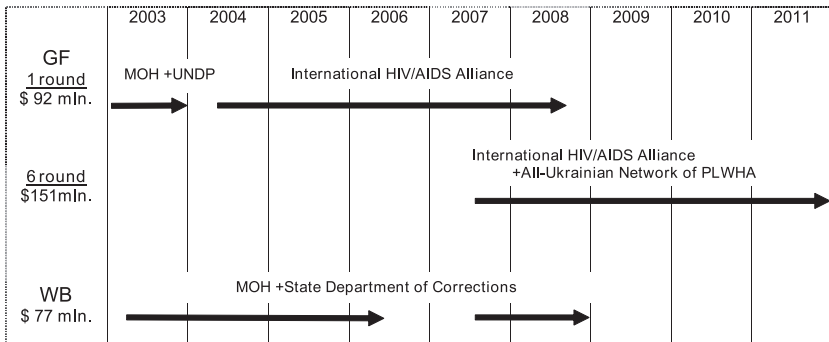


Figure 1. Information on implementation of the GF and WB programs in Ukraine.

National structures and international donor organizations are also involved in HIV/AIDS prevention in Ukraine. Quite active are the structures of the UN — the World Health Organization (WHO), Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS), United Nations Children's Fund (UNICEF), United Nations Development Program (UNDP), International Labor Organization (ILO), etc. which have developed a special joint plan of prevention of HIV spread in Ukraine for 2007-2010.

Other international initiatives in the sphere of HIV/AIDS being implemented in Ukraine are the activities of the following organizations in the area of epidemic prevention: Regional Mission of the US Agency for International Development (USAID) in Ukraine, International charity foundation "Renaissance", international organization "Transatlantic partners against AIDS", Clinton Foundation "HIV/AIDS Initiative", Elton John AIDS-Foundation, SIDA (the project of the Swedish Agency for International Development in Central and Eastern Europe), Open Society Institute, National Red Cross Committee in Ukraine, etc.

In 2006 the state budget provided 28.1 mln. USD and the expenses of international organizations were 27.3 mln. USD out of which the Global Fund's contribution was 20.1 mln. USD, bilateral organizations — 4.5 mln. USD, the UN agencies — 1.7 mln. USD and other organizations — nearly 0.87 mln. USD.

Despite the increasing of national and international inputs the situation with HIV/AIDS epidemic in Ukraine became worse. There were around 46 thousands of officially registered HIV-cases, and in July 2008 this figure reached the 131 thousands (while the experts say about 400 thousands of HIV-positive people in Ukraine).

Studying the influence of GHIs in Ukraine is particularly important given the slow progress that the country has made in stabilising and reducing the spread of HIV/AIDS. This is despite the legislative, political, organizational and administrative measures which have been taken in response to the epidemic, including the recently formed National Coordination Council for HIV/AIDS and increased activities of nongovernmental organizations (NGOs) providing HIV/AIDS services. Previous research has not provided a detailed and structured analysis of the GHIs that operate in Ukraine and their influence on HIV/AIDS services and the health system.

In July 2006 the School of Public Health and the School of Social Work at the National University “Kyiv-Mohyla Academy”, began work on the Ukrainian part of an international research project. This set out to explore the effects of Global HIV/AIDS Initiatives (GHIs) on health systems. The research, funded by the Open Society Institute in New York, was completed in December 2008*.

The Ukrainian team is part of the Global HIV/AIDS Initiatives Network (GHIN), a network of researchers in 22 countries that studies the effects of the three largest GHIs on health systems**. These are the Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria (GFATM) the United States President’s Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), and the World Bank Global HIV/AIDS Program including the Multi-country AIDS Program (MAP). The Network focuses on collecting evidence of these effects from regions, services, and communities, in order to inform policy development at national and international level. GHIN is coordinated by the London School of Hygiene and Tropical Medicine, UK, and the Royal College of Surgeons in Ireland.

* The following individuals participated in the study: Dr. Irena Gryga, PhD in Medicine, the head of the School of Public Health of the National University “Kyiv-Mohyla Academy”; Dr. Valeriy Levchenko, PhD in Science, associate professor at the National Aviation University; Ms. Daryna Bogdan, lecturer at the School of Social Work of the National University “Kyiv-Mohyla Academy”; Ms. Tetyana Chernysh, lecturer at the School of Social Work of the National University “Kyiv-Mohyla Academy”; Ms. Nataliya Tilikina, the head of the Sociology Center of the State Institute of Family and Youth Development; Ms. Oksana Sira, research assistant at the Sociology Center of the State Institute of Family and Youth Development; Ms. Olena Plevako, research assistant at the Center of Social and Psychological Analysis of the State Institute of Family and Youth Development; Ms. Irina Shevchenko, Ms. Victoriya Bondar, Ms. Karetyna Fuks, Ms. Lesya Nechiporenko, Ms. Olga Kidalova, Ms. Kateryna Olhovets and others- students of the National University “Kyiv-Mohyla Academy”.

We express our deep gratitude to the partners of the project – Prof. Gill Walt and Dr. Neil Spicer (the London School of Hygiene and Tropical Medicine) and Prof. Ruairi Brugha (the Royal College of Surgeons in Ireland) for their methodological support.

** The countries involved in the network are: Angola, Belgium, Benin, China, Ethiopia, Georgia, Ireland, Kyrgyzstan, Lesotho, Malawi, Mozambique, Peru, Portugal, South Africa, Sweden, Tanzania, Uganda, Ukraine, United Kingdom, United States, Vietnam and Zambia.

Situational, interim and concluding reports have now been completed. These reports are available from the website of the School of Public Health of the National University “Kyiv-Mohyla Academy” (<http://www.sph.ukma.kiev.ua>) and on the GHIN website (<http://www.ghinet.org>).

Methodology of the study

During 2007 and 2008, 139 stakeholders were interviewed in three regions of Ukraine: Kyiv, Odessa and L’viv. Stakeholders are defined as individuals making decisions about HIV/AIDS programs or implementing those programs at national and regional levels. They include representatives from government and international organizations, from regional government departments, and from national and regional NGOs including members of national and regional HIV/AIDS Coordination Councils.

The research also included interviews with HIV-service providers and clients. 138 service providers representing both government organizations providing medical and social services and nongovernmental organizations providing social services were interviewed in 2007 and 2008. 118 clients of HIV-service organizations were also interviewed over these two years.

Qualitative and quantitative research methods were used to collect the data. These include: analysis of documents (reports, presentations, statistics and policy documents); semi-structured interviews with local stakeholders and members of NGOs and semi-structured and structured interviews with clients of HIV-service organizations; and structured interviews with providers of medical and social services. Instruments for the study were developed jointly by the Ukrainian team and GHIN partners.

Key findings

- **Government policy to combat the HIV/AIDS epidemic in Ukraine lacks a multi-sectoral approach.** Whilst HIV/AIDS is recognized as a priority at the national government level, it does not receive sufficient financing from the state budget to operate effectively. The Ministry of Health (MoH) remains the main actor in forming and implementing HIV/AIDS policies even though many departments are required to combat the epidemic. The situation

is further aggravated by the fact that the Committee for Combating HIV/AIDS functions within the MoH. This limits its ability to influence other departments and to adopt a multi-sectoral, integrated approach.

- **GHIs and other donors play a considerable role in financing activities to combat HIV/AIDS in Ukraine.** In 2006, GFATM contributions amounted to 35% of all national expenses for HIV/AIDS. A World Bank loan for a project “Control over tuberculosis and HIV/AIDS in Ukraine” (total value 77 mln USD) started in 2003, however, a limited amount of the loan was utilized by the Government of Ukraine. The study highlights the difficulties in distinguishing the specific contribution of the government, nongovernmental and international organizations. This is because information about the impact of their activities is not always available and can be ambiguous. Further, the roles and activities of organizations often duplicate each other.
- **The GFATM rounds 1 and 6 grants contributed to strengthening the financial, organizational and legal capabilities of HIV-service organizations.** The GFATM has stimulated the development of legislation relating to HIV/AIDS and has promoted the development of national clinical protocols. At the same time respondents pointed out the necessity for GFATM recipients to continue to improve the mechanism for distributing money in the country, the development of mechanisms of social contract which would promote the sustainability of initiatives that had been started by NGOs, bring more attention to making HIV-service more professional in the future and to the quality of personnel training.
- **The GFATM program has helped to develop the capacity of many workers at HIV-service organizations.** The GFATM has provided training for employees raising their status and increasing motivation to work. The results of the study show that whilst specialists receive training for a few days, as well as re-training sessions, the majority of staff working at HIV-service organizations does not receive any specialised training.

- **Funding from the GFATM has been used to expand medical and social services for HIV/AIDS.** The GFATM program has led to a substantial increase in the number of people living with HIV/AIDS (PLWHA) receiving antiretroviral drugs and the development of laboratory and diagnosis services. It has also led to the creation of prevention programs including harm reduction and drug dependence reduction programs including needle/syringe exchange and substitution therapy, and a range of care and support programs. However, the level of coverage of the target groups with diagnostic, treatment, care and prevention services remains insufficient. For example, in 2007 only 35% of adults and children with HIV received ARV therapy who needed it, and between 6% to 34% of representatives of the different vulnerable groups accessed preventative services. National indicators of the the preventative programs coverage also show that access to vulnerable groups is insufficient.
- **Support from the GFATM has enabled HIV-positive people to receive free services that they considered to be of satisfactory quality.** However, many HIV-services in Ukraine remain fragmented and some are limited in availability. The system of referrals between HIV services functions on an ad hoc, informal basis. Since there are no formal standards set by the government for social services their quality depends on the capabilities of individual staff members. Whilst there is a practice of providing services by different organizations on one premise, this does not ensure that all medical and social support services are available to PLWHA and their families.
- **HIV-services are not always accessible.** The Ukrainian health system is characterized by structural constraints, particularly the narrow specialization of different aspects of the health service, including those specialising in HIV/AIDS, tuberculosis and drug addiction. The study found that there are problems of geographical accessibility: HIV-services are concentrated mostly in large cities and this makes it difficult for a considerable number of potential clients to reach them. Stigma and discrimination of PLWHA further restricts their use of services. Stigma is aggrava-

ted by the requirement that PLWHA disclose their status to service providers and sign documents making them criminally liable if they transmit the infection to others. Clients responding to the survey identified other important obstacles to accessing services including: lack of necessary equipment, medications, qualified personnel, and information about services.

- **The response to HIV/AIDS epidemic in Ukraine is poorly coordinated at national and local levels.** The national Coordination Council for Prevention of the spread of HIV/AIDS and the regional coordination councils have the status of advisory bodies limiting their decision making powers, and exist only as a formality within some regions, especially L'viv. Study respondents included that the Odessa regional council is much more effective. Poor coordination between the bodies has led to duplication of certain functions and responsibilities whilst at the same time a lot of issues remain unresolved. In Ukraine it is the recipients of the GF-ATM's financing who are most concerned about the coordination of the response to the epidemic. These organizations, mainly NGOs are, however, unable to quickly and radically influence the state policy and achieve the necessary changes. Rather, they do a lot of advocacy and achieve success by gradually changing the state approaches.
- **Most respondents consider the GFATM to have had a positive influence on the health system and public health policies.** Respondents identified the establishment of a system of priorities and standards, and focus on the whole health system as positive changes. Although the implementation of large-scale activities to combat HIV/AIDS has been accompanied by the development of nationally led initiatives in this area, there continues to be a lack of reform of the health system.

Наукове видання

ТЕТЯНА ВАЛЕРІЙВНА СЕМИГІНА
**ПОЛІТИКА ПРОТИДІЇ ЕПІДЕМІЇ
ВІЛ/СНІДУ В УКРАЇНІ:
РОЛЬ МІЖНАРОДНОЇ ДОПОМОГИ**

**За матеріалами дослідження глобальних ініціатив
у сфері ВІЛ/СНІДУ**

Комп'ютерна верстка та дизайн обкладинки: Тілікіна Н.В.

Редагування: Крицька Т.І.

Підписано до друку 20 січня 2009 р. Формат 60х90/16. Папір офс.
Гарнітура Newton. Ум. друк. арк. 6,98. Фіз. друк. арк. 7,5.
Тираж 500 пр. Зам. № 553/12

ТОВ «Агентство "Україна"»
Київ, вул. О. Гончара, 55, оф. 60