

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

PUBLIC HEALTH WATCH



OPEN SOCIETY INSTITUTE
Public Health Program

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

PUBLIC HEALTH WATCH

ІНСТИТУТ ВІДКРИТОГО СУСПІЛЬСТВА

Андрій Бега
Міжнародний центр перспективних досліджень

Цей звіт підготовлено у рамках проекту “Громадський нагляд за охороною здоров’я”, який здійснював Міжнародний центр перспективних досліджень на замовлення програми Public Health Watch Інституту відкритого суспільства.

Керівник проекту: Андрій Бега

Переклад: Оксана Цісик, Ольга Шевченко

Літературне редагування: Надія Цісик

Верстка та дизайн: Остап Стасюк

Надруковано в Україні, ТОВ “Київська типографія”,
вул. Червоногвардійська 22а, Київ, Україна 02094

Фотографії:

Фронтальна обкладинка (по часовій стрілці зліва): група підтримки людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, Україна (Люк Волягевіч (WPN); центр догляду за покинутими дітьми, які живуть з ВІЛ/СНІД, В’єтнам (Associated Press); шістнадцятилітній юнак, який живе з ВІЛ/СНІД, та його мати, Центральна Америка (Донна ДеЧезаре).

Задня обкладинка (згори донизу): працівник лабораторії перевіряє кров на ВІЛ, Сенегал (Associated Press); координатор Національного проекту для тюрем ACLU бесідує з людьми у приміщенні для інфікованих ВІЛ/СНІД пенітенціарної системи штату Micicini (Associated Press).

Зміст

Передмова	5
Головне	8
Передісторія	12
Політичні зобов'язання	18
Громадська поінформованість і дії	21
Адміністрування та фінансування політики	25
Профілактика	33
Лікування	41
Догляд і підтримка	44
Моніторинг та оцінка	46
Рекомендації	49
Посилання	52

Передмова

У червні 2001 року під час спеціальної сесії Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД керівники 189 держав підписали Декларацію про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД (Декларацію UNGASS). Цей документ закликає держави, які його підписали, посилити на місцях боротьбу з епідемією СНІД та визначити завдання з фінансування цієї сфери, виробити спеціальні політику та програми.

Декларація також визначає, що уряди всіх країн, які її підписали, повинні періодично оцінювати досягнення для вимірювання поступу у виконанні взятих на себе зобов'язань. Визнаючи вкрай важливу роль громадянського суспільства у боротьбі з ВІЛ/СНІД, Декларація закликає уряди залучати громадянське суспільство, особливо людей, які живуть з цією хворобою, до таких оцінювань.

Заснована Інститутом відкритого суспільства 2004 року Програма Public Health Watch підтримує незалежний моніторинг дотримання Декларації UNGASS та інших регіональних і міжнародних зобов'язань щодо боротьби з ВІЛ/СНІД. Завданням Програми Public Health Watch є активізація залучення громадянського суспільства до вироблення політики щодо ВІЛ/СНІД і туберкульозу (ТБ) — двох тісно пов'язаних хвороб, що призводять до мільйонів смертей щороку, які можна було б попередити. Для цього Public Health Watch також підтримує моніторинг з боку громадянського суспільства за кроками щодо ТБ і ТБ/ВІЛ, вивчаючи дотримання Амстердамської декларації про зупинення ТБ і курсу Всесвітньої організації охорони здоров'я на спільні заходи боротьби з ТБ/ВІЛ.

Методологія Public Health Watch поєднує різноманітні можливості для проведення діалогу й обмін серед широкого кола зацікавлених сторін під час підготування звітів. Дослідники скликають дорадчу групу, до якої входять експерти з ВІЛ/СНІД і ТБ, активісти та політики. Вони готують попередні звіти, ґрунтуючись на напрацюваннях дорадчої групи, галузевих дослідженнях, інтерв'ю і виїздах на місця. Після цього дослідники організовують внутрішні круглі столи, щоб отримати відгуки й критику розробників стратегії, вчених, чиновників, представників уражених груп населення та інших ключових зацікавлених сторін. Врешті-решт, Public Health Watch підтримує дослідників, які на національному та міжнародному рівнях здійснюють цільову пропаганду здобутків і рекомендацій, які містяться у звітах.

Для Проекту з моніторингу ВІЛ/СНІД партнери Public Health Watch від громадянського суспільства у В'єтнамі, Нікарагуа, Сенегалі, Сполучених Штатах Америки й Україні підготували оцінку державної політики, спираючись на стандартизовані анкети, які допомагають структуровано оцінити дотримання урядами ключових елементів Декларації UNGASS.

Щоб отримати звіти Проекту з моніторингу ВІЛ/СНІД і дізнатися більше про Public Health Watch, у тому числі про Проект з моніторингу ТБ і Проект з пропаганди щодо ТБ/ВІЛ, відвідайте www.publichealthwatch.info.

Подяка

Автор цього звіту про політику з ВІЛ/СНІД в Україні — Андрій Бега, координатор проекту Міжнародного центру перспективних досліджень (Київ). Співробітники Public Health Watch підготували оглядовий звіт, здійснили редагування і надали адміністративну допомогу. Додаткову допомогу з редагування і випуску документа надало Управління зв'язку Інституту відкритого суспільства.

Особлива подяка Еммі Бек, Данієлю Вольфу, Крісові Коллінзу та Костянтиніві Леженцову за їхню допомогу у випуску попередніх варіантів цього документа.

Хочемо окремо відзначити вагомий внесок фахівців, які допомагали розробити концепцію звіту, давали інтерв'ю, переглядали попередні варіанти документа або брали участь обговоренні під час круглого столу щодо першого варіанта звіту. Їхні коментарі та пропозиції були справді безцінними під час узагальнення роботи над цим звітом:

Лідія Андрущак	Об'єднана програма ООН зі СНІД (UNAIDS)
Інна Банах	Благодійний фонд Кіровоградської області "Повернення до життя"
Тетяна Білик	Трансатлантичні партнери проти СНІД
Тетяна Бордуніс	Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД
Террі Вайт	Європейська коаліція позитивних людей
Анатолій Вієвський	Міністерство охорони здоров'я України
Леонід Власенко	Міжнародний фонд "Відродження"
Олена Воскресенська	СНІД Фонд "Схід-Захід"
Ярослава Гайович	Український центр профілактики і боротьби із СНІД
Дмитро Гройсман	Вінницька правозахисна група
Олексій Дашенко	Всеукраїнська Рада захисту прав та безпеки пацієнтів
Максим Демченко	Благодійна асоціація "Світло надії", Полтава
Роман Дрозд	Полтавське обласне відділення Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ/СНІД
Сергій Жук	Благодійна асоціація "Світло надії", Полтава
Світлана Іванченко	Міжнародна програма розвитку зменшення шкоди
Вадим Кащенко	Кіровоградський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІД
Наталія Ковнір	Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД
Леся Костюк	Благодійний фонд "Вертикаль"
Олена Кучерук	Міжнародний фонд "Відродження"
Борис Лазоренко	Український центр профілактики та боротьби зі СНІД
Ігор Мацицький	Полтавський обласний наркодиспансер
Володимир Місютін	Полтавський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІД
Олена Нечесіна	Коаліція ВІЛ-сервісних організацій
Артур Овсепян	Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД
Олександр Остапов	Всеукраїнська асоціація зменшення шкоди

Жанна Пархоменко	“Лікарі без кордонів”
Світлана Півень	Полтавський обласний центр соціальних служб для сім’ї, дітей і молоді
Наталія Підлісна	Коаліція ВІЛ-сервісних організацій
Станіслав Покутний	Благодійна організація “Клуб Еней”
Денис Полтавець	Міжнародний фонд “Відродження”
Олена Сабініна	Полтавський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІД
Марія Савчук	Міжнародний фонд “Відродження”
Павло Скала	Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні
Олег Тимошенко	Полтавський регіональний офіс Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ/СНІД
Валерій Хмарський	Група впровадження проекту Світового банку “Контроль над туберкульозом і ВІЛ/СНІД в Україні”
Олександр Юрченко	Київський центр профілактики та боротьби зі СНІД

Міжнародна дорадча група Public Health Watch

Фарук Ахмед	Комітет розвитку села, Бангладеш (BRAC)
Жаклін Батарінгя	Міжнародний консультант з ВІЛ/СНІД
Петра Гайткамп	Секретаріат партнерства “Зупинити туберкульоз”
Клаудіо Гальвес-Ковачіч	Директор Інституту SOIS Institute: Інновації та розвиток у здоров’ї
Гортензе Гбагуїді-Нямке	Ініціатива відкритого суспільства у Західній Африці (OSIWA)
Боббі Джон	Основний партнер, Global Health Advocates
Араху Кастро	Гарвардська медична школа; “Партнери у здоров’ї”
Рене Лермінез	Голландська асоціація боротьби з туберкульозом
Мартін МакКі	Лондонська школа гігієни і тропічної медицини
Сісонке Мсіманг	Ініціатива відкритого суспільства у Південній Африці (OSISA)
Ніна Швальбе	Глобальний альянс розроблення протитуберкульозних препаратів

Працівники Public Health Watch

Емілі Белл	Координатор проекту
Рейчел Гуглієльмо	Директор проекту
Маніша Найі	Асистент проекту
Елеонора Хіменез	Партнер проекту
Хелена Чой	Координатор проекту

Головне

Політичні лідери в Україні оголосили про свою відданість справі боротьби з поширенням ВІЛ/СНІД і захисту інтересів людей, які живуть з ВІЛ/СНІД. Утім, зусилля уряду не були цілком успішними, й епідемія продовжує стрімко поширюватися. Серед основних перешкод, які заважають контролювати епідемію ВІЛ/СНІД, — нездатність уряду розподілити донорські кошти та забезпечити достатнє фінансування програм ВІЛ/СНІД, а також часті порушення прав людини.

Епідемія ВІЛ в Україні

За рівнем поширення ВІЛ/СНІД і темпами росту епідемії СНІД Україна перебуває на першому місці в Європі. Близько 410 тис. осіб (1,4% населення) в Україні живуть з ВІЛ/СНІД. Ін'єкційне вживання наркотиків досі залишається головною рушійною силою поширення епідемії та причиною понад 60% випадків ВІЛ/СНІД. Щороку прямою чи опосередкованою причиною близько 70% випадків інфікування ВІЛ є вживання наркотиків. Особливо вразлива група до ВІЛ/СНІД в Україні — молодь: у близько 80% усіх зареєстрованих випадків зараження ВІЛ-інфікованими є люди віком від 15 до 39 років. Ця тенденція матиме тривалі соціально-економічні наслідки.

Існують тривожні ознаки, що епідемія СНІД поширюється на широкі кола населення України через сексуальний контакт. З 1997 до 2005 року частка нових випадків заражень внаслідок гетеросексуальних контактів потроїлася — з 11 до 34%. Попри суттєві успіхи в зменшенні випадків передавання інфекції від матері до дитини, 18% випадків ВІЛ, зареєстрованих 2004 року, припадали на дітей, народжених ВІЛ-позитивними матерями.

Національні політичні лідери України взяли на себе обов'язок контролювати ВІЛ/СНІД і захищати інтереси людей, які живуть з ВІЛ/СНІД. Український уряд був одним з перших, хто закликав провести спеціальну сесію Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй щодо ВІЛ/СНІД у червні 2001 року. Україна також була однією зі 191 країни, які ухвалили Декларацію про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД. Крім того, Верховна Рада розробила закон про СНІД, який гарантує доступ до конфіденційних тестів та консультування, а також соціальний захист і медичну допомогу людям, які живуть із ВІЛ/СНІД. Уряд також прийняв серію національних програм боротьби з ВІЛ/СНІД. Найостанніша, яка триватиме з 2004 до 2008 року, містить положення про збільшення центрів добровільного консультування та тестів (ДКТ) й забезпечення догляду та підтримки людям, які живуть з ВІЛ/СНІД.

Одним із важливих кроків уперед було створення Національної координаційної ради з ВІЛ/СНІД (НКР) у травні 2005 року. НКР допомагає більш координовано втілювати програми з ВІЛ/СНІД, залучаючи широкий спектр зацікавлених сторін, зокрема громадські організації. Однак у жовтні 2006 року високопосадовці піддали сумніву повноваження та легітимність НКР, і статус ради знизи-

ли до дорадчого органу, що може обмежити корисну участь громадянського суспільства у процесах вироблення політики.

Головні перешкоди

Багато хто вважає, що брак адміністративної спроможності та координації між донорами та міністерствами — головні перепони у виконанні програм ВІЛ/СНІД. Наприклад, переслідування споживачів наркотиків правоохоронними органами ускладнює надання послуг, спрямованих на запобігання та лікування, а також здійснення заходів зі зменшення шкоди (такі як програми заміни використаних голочок на нові та замісна терапія).

Існує різкий розрив між законами, які стосуються ВІЛ/СНІД, і реальною практикою в Україні. Наприклад, у законі, який стосується ВІЛ, сказано, що лікування антиретровірусними (АРВ) препаратами та інша медична допомога має бути безплатною та доступною для всіх. На практиці це далеко не так. Є численні свідчення, що в людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, вимагають заплатити за аналізи для виявлення захворювання та за лікування від опортуністичних інфекцій. Представники найбільш уразливих до ВІЛ груп свідчать, що їх змушували платити за "безплатні" послуги у 70% випадків.

Міжнародні донори та інші організації розчаровані відсутністю координування державної політики щодо замісної терапії та інших питань, а також неефективністю уряду у використанні донорських коштів. Наприклад, у квітні 2006 року Світовий банк оголосив про замороження проекту, покликаного припинити поширення ВІЛ і туберкульозу та розрахованого на чотири роки на суму 60 млн. дол. США, через нездатність уряду розподілити кошти та втілювати програми. Програму було відновлено в листопаді 2006 року за умови, що Україна поліпшить управління проектом і пришвидшить реалізацію програм. 2004 року Глобальний фонд відкликав дворічний грант урядові на суму 25 млн. дол. США і передав його в управління неурядовій організації — Міжнародному альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні.

Недостатнє фінансування також є однією з причин, чому проблему ВІЛ/СНІД досі вирішували неефективно. Існує чимала нестача ресурсів попри суттєву підтримку міжнародних донорів. За сприяння Глобального фонду на вересень 2006 року понад 4 100 осіб отримали лікування АРВ. Для порівняння, на початку 2004 року таких було лише 135 осіб. Утім, близько 17 тис. осіб досі потребують лікування. Оскільки під час вироблення державної політики бюджет часто не беруть до уваги, багато запропонованих програм з ВІЛ/СНІД не набагато реальніші за мрії. Уряд також неохоче бере на себе фінансові зобов'язання щодо продовження лікування після 2008 року, коли закінчиться період дії гранту Глобального фонду.

Очікується, що новий грант Глобального фонду, який фокусуватиметься на профілактиці, покриє лише 24% загальних фінансових потреб на період 2007—2011 років. Отже, український уряд має бути готовий збільшити витрати на лікування та інші програми.

Дискримінація людей, які живуть з ВІЛ/СНІД

На заваді зусиль з контролю за ВІЛ/СНІД також часто стають порушення прав людини. Сімдесят п'ять відсотків ВІЛ-позитивних осіб у країні не знають про те, що вони інфіковані, а більшість населення має обмежені знання про ВІЛ і те, як захиститися від інфікування. Через низьку поінформованість громадськості багато людей відчують страх і мають хибні уявлення про ВІЛ/СНІД. Роки негативної пропаганди про ВІЛ/СНІД упродовж 1980-х і початку 1990-х років міцно закріпилися в уяві людей і досі великою мірою впливають на ставлення до тих, хто зараз живе з хворобою. Усі ці чинники долучалися до створення атмосфери, в якій таврують і дискримінують людей, які живуть із ВІЛ/СНІД.

Тести на ВІЛ часто здійснюють без згоди особи, особливо в туберкульозних диспансерах і наркологічних клініках. Попри вимогу конфіденційності, яку містить український закон щодо ВІЛ/СНІД, медичні працівники часто розголошують позитивний діагноз інфікованих осіб їхнім родичам або співробітникам без згоди пацієнта. Людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, часто не беруть на роботу або звільняють, відмовляють у наданні допомоги або надають незадовільну допомогу в лікувальних закладах. Опитування ВІЛ-позитивних вагітних жінок виявило, що медичний персонал тиснув на більшість із них, переконуючи зробити аборт.

Колишні споживачі наркотиків, які є ВІЛ-позитивними, часто повідомляють, що їх дискримінує міліція. У деяких випадках міліція під час арешту конфіскувала АРВ-препарати, змушуючи пацієнтів перервати їхнє лікування. Згідно зі звітом Human Rights Watch, споживачі наркотиків та особи, які надають сексуальні послуги за плату, також стикаються з іншими формами міліцейської наруги, зокрема з жорстоким побиттям, тортурами й арештами, що перешкоджає та ускладнює їм доступ до послуг.

Рекомендації

Український уряд може реагувати на епідемію ВІЛ/СНІД більш комплексно та ефективно, поліпшивши зміст і втілення програм боротьби з ВІЛ/СНІД у такі способи:

- Надати пріоритет і збільшити фінансову підтримку ВІЛ/СНІД, щоб перекрити очікуваний брак фінансування в розмірі понад 464 млн. дол. США упродовж 2007–2011 років і забезпечити ефективне використання та управління ресурсами.
- Суттєво підвищити рівень залучення громадянського суспільства до планування, втілення та моніторингу програм ВІЛ/СНІД — наприклад, залучити неурядові організації (НУО) до здійснення добровільного консультування й тестування та інших послуг.
- Забезпечити однаковий доступ до послуг із профілактики, лікування, догляду та підтримки для членів уразливих груп, таких як споживачі ін'єкційних

наркотиків, особи, які надають сексуальні послуги за плату, в'язні та чоловіки, які мають секс з чоловіками.

- Розширити надання АРВ-лікування та лікування супутніх (опортуністичних) інфекцій — наприклад, наймаючи та навчаючи більше фахівців у сфері ВІЛ/СНІД.
- Забезпечити доступ до замісної терапії для 60 — 238 тис. наркозалежних, які її потребують, щоб запобігти поширенню ВІЛ і підвищити ефективність АРВ-терапії та лікування супутніх інфекцій.
- Заохочувати більше людей проходити тест на ВІЛ, особливо в групах ризику, таких як споживачі ін'єкційних наркотиків та особи, які надають сексуальні послуги за плату.
- Розпочати комунікаційну кампанію для інформування людей про способи передавання ВІЛ, доступ до тестів і послуг, а також про важливість боротьби зі стигмою та дискримінацією.

Передісторія

Після проголошення незалежності 1991 року Україна зазнала десятиліття економічної кризи. 1994 року спад валового внутрішнього продукту становив 23%. З 2000 року економіка вийшла на траєкторію сталого розвитку: у 1999–2004 роках ВВП зріс на 50%. 2004 року зростання становило 12,1% — це найвищий показник у Європі [1]. Утім, попри зростання реальних доходів, понад 57% сімей 2004 року жили за межею офіційного прожиткового рівня¹ [2].

Перехідний період також негативно вплинув на демографічну ситуацію в країні. З 1991 до 2005 року населення зменшилося з 52 млн. до 47 млн. осіб [3]. Демографічні показники в Україні набагато гірші, ніж середньоевропейські. 2003 року рівень смертності в Україні становив 16,1 на 1 тис. осіб порівняно з 9,8 на 1 тис. осіб у Європейському Союзі (ЄС) [4]. Середня тривалість життя в Україні становить 62,3 року для чоловіків і 73,6 року для жінок. Для порівняння: в ЄС тривалість життя становить 75,1 і 81,4 року відповідно [5].

Очікується, що ВІЛ/СНІД негативно впливатиме на економіку впродовж наступних років. У недавньому дослідженні припускають, що витрати на лікування від СНІД, несплачені податки та втрати продуктивності до 2014 року можуть сягнути 418 млн. гривень (близько 82 млн. дол. США) і спричинити сповільнення економічного зростання [6].

Частка інфікованого населення та поширення ВІЛ/СНІД

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. Зараз Україна має найшвидші темпи поширення епідемії та найвищий рівень захворюваності в Європі. Кількість зареєстрованих випадків захворювання на СНІД зросла на 36% з 2003 до 2005 року. За деякими оцінками, приблизно 410 тис. осіб (1,4% населення) живуть із ВІЛ/СНІД [7]. За оцінками Світової організації охорони здоров'я, 2005 року 17 тис. осіб потребували АРВ-терапії [8]. Якщо не вжити заходів, загальна кількість випадків захворювання на ВІЛ може сягнути 820 тис. (3,5% дорослого населення) до 2014 року, а СНІД буде причиною кожної третьої передчасної смерті чоловіків віком від 15 до 49 років [9].

На лютий 2006 року було 103 572 офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ (89 819 дорослих і 13 753 дітей), 17 692 зареєстрованих випадків СНІД та 9 910 смертей від початку епідемії [10]. Утім, згідно з деякими джерелами, офіційні показники смертності можуть становити лише частину справжньої кількості смертей. За оцінками неурядової організації Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, на кожну людину, яка помирає від СНІД, припадає троє ВІЛ-позитив-

¹ Мінімальний прожитковий рівень становив 311,30 грн. на особу 2001 року, 342 грн. у 2002–2003 роках та 362,23 грн. 2004 року.

них осіб (переважно молодих ін'єкційних наркозалежних), які вмирають від вторинних причин — від передозування до самогубства [11].

Споживачі ін'єкційних наркотиків — це основна група ризику зараження ВІЛ. На січень 2005 року вони становили 60% усіх випадків інфікування ВІЛ. Водночас їхня частка у загальній кількості всіх випадків інфікування ВІЛ зменшилася з 84% 1997 року до 46% 2004 року. Цей спад відображає той факт, що дедалі більше випадків зараження ВІЛ стається через статевий контакт. З 1997 до 2005 року кількість випадків інфікування через гетеросексуальні контакти потроїлася — з 11 до 34%. Утім, один з експертів з ВІЛ/СНІД зазначив, що хоча кількість заражень внаслідок спільного користування однією голкою зменшується, кількість випадків інфікування сексуальних партнерів споживачів наркотиків зростає. Як результат, вживання наркотиків досі є прямою чи опосередкованою причиною понад 70% нових інфікувань [12].

Через поширення ВІЛ-інфікування серед жінок кількість ВІЛ-позитивних дітей, народжених від ВІЛ-позитивних матерів, постійно зростає. Попри успіх України у зменшенні зараження від матері до дитини з 30 до 10%, 2004 року 18% нових зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ становили діти, народжені ВІЛ-позитивними жінками [13]. За приблизними підрахунками, поширення ВІЛ серед вагітних жінок становить менше 1% у всіх областях, крім Миколаївської та Одеської. Однак останні тенденції тривожні: поширення ВІЛ серед вагітних жінок скоро може досягти "узагальненого" рівня, тобто понад 1% на державному рівні.

Таблиця 1. Способи поширення ВІЛ в Україні [14]

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 [15]
Ін'єкційне вживання наркотиків	7 448	6 516	3 771	3 881	3 964	4 587	4 815	5 778	6 103
Гетеросексуальні контакти	1 007	1 385	1 323	1 427	1 885	2 499	3 043	4 041	4 652
Від матері до дитини	196	378	527	727	914	1 371	1 830	2 273	2 524
Невизначено	260	294	202	173	231	295	314	389	355
Інше	2	2	4	4	6	4	7	10	8
Разом	8 913	8 575	5 827	6 212	7 000	8 756	10 009	12 491	13 642

Випадки інфікування ВІЛ зареєстровано в усіх регіонах України. Найбільшу частку інфікованого населення зареєстровано в Одеській області, де в січні 2005 року на 100 тис. осіб припадало 432 інфікованих. Інші регіони з високою часткою інфікованих — Миколаївська, Дніпропетровська, Донецька та Черкаська області, Крим, Севастополь і Київ. Ін'єкційні наркомани в цих областях становлять приблизно 75% усіх ВІЛ-інфікованих. Історично в західній Україні рівень поширення ВІЛ/СНІД був нижчим, аніж в інших регіонах. Наприклад, 2005 року в Закарпатті поширеність ВІЛ становила 13 на 100 тис. осіб. Однак того ж року в звіті щодо України, представленому на спеціальній сесії Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй, було зазначено, що поширення ВІЛ у Луцьку серед ін'єкційних наркоманів досягло 26% — це тривожний знак, що ВІЛ поширюється в усіх регіонах [16].

Групи ризику

Епідемія ВІЛ/СНІД в Україні збіглася в часі з епідемією ін'єкційної наркоманії. На 1990 рік державна наркологічна служба зареєструвала близько 20 тис. наркозалежних. 2005 року ця кількість зросла до 116 231 (247 випадків на 100 тис. осіб) [17]. За оцінками деяких експертів, загальна кількість споживачів наркотиків становить 560 тис. осіб. Утім, більш поширена думка, що їхня кількість наближається до 397 тис. [18, 19]. Згідно з одним описом споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), близько 74% з них — чоловіки, 46% молодші за 24 роки, а 73% безробітні або частково зайняті [20].

Ризик заразитися ВІЛ для споживачів ін'єкційних наркотиків в Україні вкрай високий. Згідно з дослідженнями, рівень поширення ВІЛ серед СІН постійно зростає. 1995 року 2% СІН, які брали участь у дослідженні, було ВІЛ-інфіковано. На 1999 рік близько 7% були ВІЛ-позитивними, а на 2003 рік — уже близько 15% [21]. Проте ця статистика, можливо, й не достеменно відображає реальність. Державний інститут проблем сім'ї та молоді повідомляє, що багато серопозитивних наркозалежних, які здають аналізи на ВІЛ, не повертаються до клінік за результатами своїх аналізів. Вони часто не приходять у призначений час до лікарів або не здають матеріал для повторного тесту після першого, позитивного результату. Як наслідок, багато випадків не зареєстровано в офіційному реєстрі [22]. Цю непевність у достовірності даних відображено в тому, що в офіційних підрахунках 2005 року поширення ВІЛ серед СІН оцінюють "між 10 і 59%" [23].

Ризик заразитися ВІЛ для працівників секс-бізнесу (ПСБ) також високий. Дослідження, яке за підтримки Глобального фонду здійснювали в семи регіонах, виявило, що поширення ВІЛ у цій групі в середньому становило 19%, а загалом коливалося від 4 до 31% [24]. До того ж дослідження виявило, що 60% ПСБ зізналися у вживанні наркотиків і що рівень ВІЛ-інфекції серед ПСБ, які ін'єкційно вживали наркотики, був у п'ятеро вищим, ніж серед ПСБ, які не вживали наркотики ін'єкційно.

ВІЛ і туберкульоз

Поширення епідемії ВІЛ/СНІД в Україні почалося водночас зі сплеском туберкульозу. За даними Академії медичних наук України, кількість випадків туберкульозу, пов'язаних із ВІЛ, щороку зростала приблизно на 23% впродовж кількох останніх років (див. Таблицю 2). 2004 року туберкульоз діагностували в 55% випадків захворювань на СНІД. Туберкульоз — це найпоширеніша причина смертей серед пацієнтів зі СНІД, через яку 2005 року сталося понад 1 300 (60%) смертей, пов'язаних зі СНІД [25, 26].

Дослідження серед пацієнтів, у яких недавно було виявлено туберкульоз, у Києві виявило, що головним чинником ризику інфікування водночас ВІЛ і туберкульозом є ін'єкційне вживання наркотиків. Частка хворих на туберкульоз ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які сказали, що вживають ін'єкційно наркотики, зросла з 62,5% 2002 року до 66,7% 2004 року [27]. За даними Міністерства охорони здоров'я 2004 року, близько 700 тис. людей хворі на туберкульоз [28]. Як і у

випадку з ВІЛ/СНІД, найбільша частка хворих на туберкульоз — в південних і східних регіонах України.

Таблиця 2. ВІЛ-асоційований туберкульоз

	2000	2001	2002	2003	2004
Кількість випадків ВІЛ-асоційованого туберкульозу [29]	233	313	414	955	1 218
Загальна кількість випадків захворювання на туберкульоз (зарєєстрованих) [30]	32 945	36 784	40 175	37 043	38 403

Попри ознаки почастищення одночасного інфікування туберкульозом і СНІД та очевидного зв'язку між вживанням наркотиків і ВІЛ/СНІД, між програмами боротьби з ВІЛ/СНІД, туберкульозом і наркотичною залежністю існує мало взаємодії чи координації. У структурі, яка залишилася у спадок від радянської системи охорони здоров'я, окремі вертикальні інституції та програми займаються цими питаннями, хоча всі заклади перебувають під керівництвом Міністерства охорони здоров'я. Розробляють і керують програмами фахівці, які не хочуть ані поступатися контролем над своїми галузями, ані співпрацювати з іншими секторами.

Коаліція ВІЛ-сервісних організацій домагалася включення напряду боротьби з туберкульозом у роботу Національної координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ/СНІД, що поліпшило б координацію програм туберкульозу та ВІЛ/СНІД, однак без особливого успіху [31]. Як сказав один з активістів, "Більшість людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, є наркозалежними, і приблизно половина з них хворі на туберкульоз, тож важливо, щоб ці програми співпрацювали ефективніше. Люди не повинні відвідувати до трьох клінік, щоб одержати потрібне лікування. Пацієнти в туберкульозних клініках повинні мати змогу отримати АРВ-препарати" [32]. Інтегрування програм туберкульозу та ВІЛ/СНІД має поліпшитися внаслідок реалізації чергового гранту Глобального фонду, яка почнеться 2007 року. У недавньому прийнятному проєкті йдеться про кілька перешкод, які заважають ефективному вирішенню проблеми одночасного інфікування туберкульозом і ВІЛ/СНІД, та зазначено потребу спільних протоколів, підготованих фахівців і доступу до послуг з лікування туберкульозу для наркозалежних і людей, які живуть з ВІЛ/СНІД [33].

Між українськими фахівцями досі немає згоди щодо можливості застосування міжнародної стратегії контролю над туберкульозом — DOTS (Directly-Observed Treatment Short-course). Вона має п'ять складників: політичні зобов'язання з потужнішим і сталим фінансуванням; діагностика за допомогою якісної бактеріології; стандартизоване лікування з наглядом над пацієнтами та їх підтримкою; ефективні забезпечення ліками та системи управління; система моніторингу й оцінювання. Багато лікарів, які спеціалізуються на туберкульозі, експерти з охорони здоров'я та чиновники з Міністерства охорони здоров'я зазначають успішність післявоєнної системи контролю над туберкульозом у Радянському Союзі, яка ґрунтувалася на рентгенологічному діагностуванні й обов'язковому стаціонарному лікуванні, як на найвідповіднішій моделі [34]. Лікування від туберкульозу (яке в Україні безплатне) великою мірою відбувається через загальнодержавну мережу зі 124 туберкульозних диспансерів, в яких працюють 3 147 фахівців і які мають 25 251 лікарняне ліжко [35].

Як наслідок, стратегію DOTS було запроваджено як експеримент лише в деяких областях. Що більше, Академія медичних наук повідомила, що пілотна програма в Донецьку мала погані результати порівняно з середньоукраїнськими, зокрема — вищий рівень смертності від туберкульозу та вищу частку захворювання на туберкульоз серед дітей. У висновку сказано, що ці погані результати зумовлені тим фактом, що стратегія DOTS передбачає мінімальне перебування пацієнтів у шпиталі або взагалі не передбачає його. Дослідники з Академії медичних наук та інші прибічники радянської схеми лікування стверджують, що довше перебування в лікарні потрібне для забезпечення суворого дотримання лікування, особливо тому, що велика частка хворих на туберкульоз в Україні (43% 2004 року) безробітні й не мають достатньо їжі та грошей, внаслідок чого їм важко щодня діставатися до клінік [36]. Погані результати пілотної програми DOTS утвердили переконаність багатьох українських фахівців у тому, що для того, аби DOTS стала ефективною, потрібно пристосувати її до українського контексту.

Навіть без повної підтримки фахівців з туберкульозу уряд планує розширити дію стратегії DOTS, частково завдяки переговорам зі Світовим банком щодо відновлення 60-мільйонної позики [37]. У загальнодержавній програмі боротьби з туберкульозом на 2007 — 2011 роки, ухвалений Кабінетом Міністрів у червні 2006 року, зазначено, що "оптимальний варіант вирішення проблеми [туберкульозу] полягає у впровадженні стратегії DOTS, пристосованої до української специфіки" [38].

Недавнє дослідження також виявило, що теперішня система лікування туберкульозу неефективна для лікування маргіналізованих і малодоступних груп, які найбільше ризикують заразитися. Безпритульні, безробітні або ті, хто зловживає алкоголем, найімовірніше відвідають туберкульозні диспансери та лікарні тільки на запущеній стадії хвороби, тож для них ризик смертності є високим. Ці пацієнти часто пояснюють, що вони "гадали, що симптоми зникнуть" або що симптоми не здалися їм достатньо серйозними для того, щоб звертатися до лікаря [39]. Деякі представники НУО вважають, що хворих на туберкульоз було б ефективніше лікувати у притулках, які було б дешевше утримувати і які забезпечили б більш індивідуальний догляд (зокрема їжу), ніж шпиталі. Утім, деякі лікарі вважають, що державне фінансування треба використовувати для зміцнення наявної системи лікування туберкульозу, а не для створення нових і неперевірених альтернатив [40].

Розподіл коштів і витрати у сфері охорони здоров'я

Витрати на охорону здоров'я зросли з 5,4 млрд. грн. (приблизно 1,1 млрд. дол. США) 2001 року до 11,6 млрд. грн. (приблизно 2,3 млрд. дол. США) 2005 року. Утім, відносна частка ВВП, яку виділяють на охорону здоров'я, у 2004 — 2005 роках була нижчою, аніж 2003 року (див. Таблицю 3). Загалом збільшення витрат не призвело до підвищення якості чи доступності послуг.

Система охорони здоров'я ще з радянських часів зберегла наголос на стаціонарному лікуванні. Обсяг фінансування сфери охорони здоров'я визначають не на основі надаваних послуг, а на основі витрат на певний заклад (заробітні плати медичному персоналу плюс вартість утримання будинку та устаткування

ня). Щоб збільшити фінансування, шпиталі намагаються збільшити кількість лікарняних ліжок у стаціонарних відділеннях, не зважаючи на те, чи існує в цьому потреба. Україна має набагато більше лікарняних ліжок, ніж у середньому в Європі (див. Таблицю 4). Як наслідок, велика частка витрат на охорону здоров'я йде на утримання шпиталів і клінік, і тільки несуттєві суми перепадають на профілактику, діагностику та лікування хвороб.

Таблиця 3. Витрати на охорону здоров'я [41]

	2001	2002	2003	2004	2005
Витрати на охорону здоров'я (млрд. грн.)	5,4	6,5	8,5	9,4	11,6
Витрати на охорону здоров'я (на особу, грн.)	109,3	131,1	174,7	196,8	251,0
Витрати на охорону здоров'я (% ВВП)	2,6	2,8	3,2	2,7	2,8
Загальна кількість випадків ВІЛ-інфекцій (зареєстрованих) [42]	7,000	8,756	10,009	12,491	13,642

Традиційно ще з радянських часів в Україні також не бракує лікарів і медсестер. На липень 2005 року в системі охорони здоров'я працювали 194 597 лікарів і 464 752 кваліфікованого обслуговуючого персоналу. Однак багато з них не хочуть працювати в сільській місцевості, що обмежує доступ людей до послуг з охорони здоров'я в селах. За інформацією Міністерства охорони здоров'я, " мешканці багатьох сіл не можуть одержати елементарну пораду чи підтримку від фельдшерів, тому що їх [фельдшерів] там просто немає" [43]. Тому держава вимагає від випускників медичних закладів, які навчалися за державний кошт, відпрацювати кілька років у сільській місцевості або повернути гроші за навчання. Ці зусилля зустріли доволі неоднозначно, проте вони мали певний успіх. 2005 року близько 1 300 молодих фахівців поїхали працювати в сільську місцевість, тимчасом як 2004 року таких було лише 400 [44].

Таблиця 4. Показники охорони здоров'я в Україні та Європі [45]

	Україна	Середнє у ЄС
Шпиталі на 100 тис. осіб (2004)	5,64	3,11
Лікарняні ліжка на 100 тис. осіб (2004)	872,85	591,56
Медсестри на 100 тис. осіб (2004)	777,47	731,15
Лікарі на 100 тис. осіб (2003)	300,64	347,13

Політичні зобов'язання

***Сильне керівництво на всіх рівнях потрібне
для ефективної боротьби з епідемією.***

Декларація про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД,
вступ до "Керівництва"

***ВІЛ/СНІД – це одна з фундаментальних загроз і здоров'ю,
і процвітання людства та загальній безпеці нашого світу.***

Міністр закордонних справ Костянтин Грищенко

Україна була однією з перших колишніх республік СРСР, яка привернула увагу міжнародної громадськості до питання ВІЛ/СНІД. Невдовзі після прийняття Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД у червні 2001 року президент і Кабінет Міністрів вжили кілька заходів для зміцнення загальнодержавної кампанії боротьби з ВІЛ/СНІД. Указом президента 2002 рік було проголошено "Роком боротьби зі СНІД" [46]. Українські високопосадовці публічно стверджують, що боротьба з ВІЛ/СНІД є важливою для них. 2004 року впродовж 59 сесії Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй міністр закордонних справ Костянтин Грищенко проголосив, що ВІЛ/СНІД — "одна з фундаментальних загроз і здоров'ю, і процвітання людства та загальній безпеці нашого світу" [47]. У квітні 2005 року міністр охорони здоров'я Микола Поліщук зазначив у своєму звіті про виконання державного плану дій, що "неконтрольоване поширення епідемій туберкульозу та ВІЛ/СНІД — одне з найгостріших питань" у сфері охорони здоров'я [48].

Попри те, що політичні лідери висловлювали свою відданість питанню контролю за ВІЛ/СНІД, недавнє опитування найвищих посадовців і політиків виявило, що досі немає достатнього розуміння можливого впливу епідемії [49]. Наприклад, менш як 25% респондентів погодилися, що для боротьби з ВІЛ/СНІД, лікування та догляду за людьми, які живуть з ВІЛ/СНІД, може бути потрібно перекинути чималі кошти з інших секторів економіки, і тільки 11% погодилися, що епідемія може сприяти поглибленню рівня бідності.

Загальнодержавна програма та законодавство з питань ВІЛ

1991 року Верховна Рада ухвалила Закон "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) і соціальний захист населення" (закон про СНІД). 1998 і 2001 років до цього закону було внесено зміни, якими запровадили добровільні аналізи, концепцію конфіденційності та обов'язкове консультування до та після тестів. Зокрема закон зобов'язує уряд забезпечити:

- Доступ до безплатних, добровільних та конфіденційних тестів на СНІД і консультацій.
- Право на регулярне отримання повної інформації про ВІЛ/СНІД для більшої поінформованості громадськості, освіти для молоді та розроблення моделей безпечної поведінки.

- Широкий доступ до засобів, які запобігають гетеросексуальному ВІЛ-інфікуванню.
- Сприятливі умови для заміни голос і шприців на нові, що запобігатиме поширенню ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків.
- Соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, зокрема:
 - 1) відшкодування в разі, якщо незаконне розкриття діагнозу ВІЛ завдало фінансових збитків пацієнтові;
 - 2) забезпечення безплатного лікування та психологічної підтримки;
 - 3) безплатне транспортування до та з лікувальних центрів;
 - 4) спеціальні заходи для ВІЛ-позитивних дітей, наприклад, субсидії та відпустка з догляду за дитиною.

Закон про СНІД виконується через національну програму ВІЛ/СНІД, яку переглядають і змінюють кожні три – п'ять років, щоб увідповіднити до поточної ситуації та головних тенденцій в епідемії. Загальнодержавну програму на 2004 – 2008 роки, п'яту за рахунком, ухвалено в березні 2004 року [50]. Мета програми полягає в забезпеченні механізму, який координував би зусилля держави та донорів на державному рівні.

Національна програма та закон про СНІД визначають групи, найбільш вразливі до інфікування ВІЛ, а саме: наркомани, молодь, школярі, студенти та військовики. Утім, на жаль, не враховано потреби інших груп ризику, наприклад, працівників секс-бізнесу та чоловіків, які мають статеві стосунки з чоловіками.

Контроль за епідемією ВІЛ/СНІД також є складником програми соціально-економічного розвитку України. План дій Україна – ЄС закладає підвалини партнерства між ЄС та Україною для боротьби з ВІЛ/СНІД завдяки виконанню спільних проєктів [51].

Потреба в державній стратегії комунікації

Державній програмі ВІЛ/СНІД бракує стратегії, яка, з одного боку, підвищувала б поінформованість про ВІЛ/СНІД широкої громадськості та державних чиновників, а з іншого, боролася б з дискримінацією людей, які живуть з ВІЛ/СНІД. Як наслідок, багато людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, не знають своїх прав або послуг, які вони можуть отримати. Наприклад, один чоловік, який живе з ВІЛ/СНІД, сказав, що не отримав жодної інформації у школі чи деінде про те, як запобігати інфікуванню ВІЛ, хоча йому відоме значення аббревіатури СНІД. Він отримав інформацію про запобігання ВІЛ/СНІД, а також про послуги та лікування наркозалежних і людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, тільки потрапивши у центр наркологічної реабілітації [52].

Глобальний фонд фінансував періодичні кампанії, спрямовані на підвищення обізнаності серед громадськості, заохочення позитивних змін у поведінці та більшої толерантності до людей, які живуть з ВІЛ/СНІД. Наприклад, 2004 року в Міжнародний день боротьби зі СНІД було започатковано загальнодержавну кампанію в засобах масової інформації, в рамках якої поширювали відео-,

аудіоматеріали та брошури для зменшення дискримінації людей, які живуть з ВІЛ/СНІД. Уряд повідомив, що на загальноукраїнських телеканалах було показано соціальну рекламу тривалістю 5 820 годин і програми про ВІЛ/СНІД тривалістю 676 годин. 2005 року в ефірі загальнодержавних радіостанцій було передано програм про ВІЛ/СНІД тривалістю 1 500 годин [53]. Однак спроб оцінити вплив цих зусиль або продовжити їх було мало, тож важко визначити, чи були вони ефективними.

Деякі НУО також робили спроби розмістити програми на теми, пов'язані з ВІЛ/СНІД, на загальнодержавному телебаченні та радіостанціях, спираючись на законодавство, яке зобов'язує ЗМІ виділяти не менш як 5% свого рекламного часу на соціальну рекламу. Проте механізму, який забезпечив би виконання цієї вимоги, немає, і НУО повідомляли про труднощі з отриманням ефірного часу [54].

Що більше, організації, які створюють соціальну рекламу щодо ВІЛ/СНІД, погано координують свою роботу. За відсутності державної стратегії комунікації існує загроза, що аудиторія отримає неоднозначні чи навіть суперечливі повідомлення від різних груп.

Громадська поінформованість і дії

В Україні громадськість — і широка публіка, і групи й особи, які мають підвищений ризик інфікування, — мало поінформована про основні факти щодо ВІЛ і СНІД. Крім того, негативна пропаганда 1980-х і початку 1990-х років і досі впливає на ставлення громадськості до людей, які живуть з хворобою. Дуже мало людей, у тому числі серед працівників сфери охорони здоров'я, чия робота полягає у дотриманні ключових аспектів закону про СНІД, знають про заходи, яких вжив уряд для боротьби з ВІЛ/СНІД. Згідно з недавнім опитуванням, яке здійснили Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД (Мережа) та Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, тільки 7,3% опитаних людей були цілком обізнані із законом про СНІД, а 28,9% щось знали про нього. Решта чули про нього, але не були обізнані з його змістом, або не чули про нього взагалі [55].

Необізнаність зі способами, якими відбувається зараження ВІЛ, також дуже поширена. Недавнє опитування виявило, що тільки 14% людей віком від 15 до 24 років були повністю поінформовані про способи інфікування ВІЛ, а 70% вважали, що можуть заразитися від укусу комахи [56]. Те саме опитування виявило, що тільки 21% споживачів ін'єкційних наркотиків правильно назвали способи запобігання зараженню ВІЛ під час статевих контактів і спростували основні хибні думки про передачу ВІЛ [57]. Низький рівень поінформованості про ВІЛ/СНІД підігріває страх громадськості перед хворобою. У такому середовищі люди, які живуть із ВІЛ/СНІД, кажуть, що часто зазнають дискримінації та навіть незаконного поводження у різноманітних установах, зокрема школах, шпиталях, клініках і в'язницях. Однак їм бракує громадської підтримки, інформації та законних способів ефективно боротися з порушеннями своїх прав.

Дискримінація людей, які живуть із ВІЛ/СНІД

До 2003 року ухвалити, посилити чи запровадити в дію закони, постанови та інші заходи для припинення всіх форм дискримінації людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, і забезпечити повне дотримання прав людини та фундаментальних свобод людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, і представників вразливих груп і розробити стратегії для боротьби зі стигмою та соціальним виключенням, пов'язаним з епідемією.

Декларація спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН
про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД, Стаття 58

ВІЛ-позитивну людину з пневмонією змусили залишити одеський шпиталь, бо лікарі боялися, що вона заразить інших людей.

Human Rights Watch, "Риторика та ризик: порушення прав людини, які перешкоджають боротьбі з ВІЛ/СНІД в Україні"

Деякі українські закони посилюють стигму, яка часто супроводжує ВІЛ/СНІД. Згідно зі ст. 130 Кримінального кодексу вважається злочином інфікувати іншу особу ВІЛ або піддавати іншу особу загрозі інфікування. Отже, будь-який сек-

суальний зв'язок між людиною, яка живе з ВІЛ, і неінфікованою людиною може бути класифіковано як злочин. ВІЛ-позитивних людей можуть переслідувати за законом, навіть якщо про їхній ВІЛ-статус не було відомо на час інфікування партнерів або якщо їхні партнери знали про ВІЛ-позитивний статус і про ризики, пов'язані зі статевими стосунками без запобіжних засобів.

Законодавство також вимагає від ВІЛ-позитивних людей письмово підтвердити ознайомлення з кримінальною відповідальністю, щойно їм поставлено діагноз ВІЛ. За словами одного експерта зі СНІД, ця вимога порушує міжнародні інструкції ООН щодо ВІЛ/СНІД і захисту прав людини. У Мережі переконані, що ця вимога — одна з головних причин, чому багато людей не проходять тест на ВІЛ добровільно і відмовляються від повторних аналізів, коли потрібно перевірити результат.

Люди, які живуть з ВІЛ/СНІД, наводять численні свідчення образливого ставлення, особливо в лікувальних закладах. За словами колишнього юриста Мережі Тетяни Бордуніс, близько двох третин усіх зареєстрованих випадків дискримінації людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, стаються у шпиталях та інших лікувальних закладах [58]. Пані Бордуніс пригадала випадок, який стався 2004 року, коли лікар відмовився оперувати ВІЛ-позитивного чоловіка. Пацієнта перевели до Києва, де лікарі знову відмовилися оперувати. Він зміг отримати медичну допомогу тільки після висвітлення випадку в ЗМІ, яке забезпечила Мережа [59].

ВІЛ-позитивний чоловік, хворий на запалення легенів, сказав, що його змусили залишити одеський шпиталь, оскільки лікарі боялися, що він заразить інших людей. Чоловік мусив сплатити 60 дол. США, щоб переночувати в готелі, тимчасом як його мати намагалася знайти інший шпиталь, який надав би йому допомогу [60]. На додачу до відмов надати медичну допомогу багато людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, потрапляють в інші неприємні ситуації. Наприклад, одна медсестра знепритомніла, почувши, що пацієнт був ВІЛ-позитивний; лікар одягав гумові рукавички на грубі садові рукавиці під час гінекологічного огляду [61].

Крім того, люди, які живуть з ВІЛ/СНІД, повідомляли, що медичний персонал часто вимагає гроші за надання послуг, порушуючи чинне законодавство, яке гарантує безплатне лікування та догляд [62]. Згідно з опитуванням, яке здійснювалося 2004 року, наркозалежних змушували платити в лікувальних або наркологічних закладах у 60 — 70% випадків. Найвища офіційно зареєстрована вартість однієї доби перебування у шпиталі становила 5 тис. грн. [63].

В опитуванні 40 вагітних ВІЛ-позитивних жінок 2003 року більшість з них сказали, що медичний персонал тиснув на них, переконуючи зробити аборт [64]. Більшість зазначили, що почувалися стигматизованими та дискримінованими через свій ВІЛ-позитивний статус, що медичний персонал повільно реагував на їхні прохання про допомогу та що їх часто відокремлювали від решти пацієнтів.

Повідомляють, що ВІЛ-позитивні діти, чий статус було розкрито, страждають від дискримінації в школі. Наприклад, ВІЛ-позитивна дитина в Києві була змушена залишити школу внаслідок протестів вчителів і батьків інших школярів. Діти не мають вибору, окрім як перейти в іншу школу [65].

Споживачі ін'єкційних наркотиків повідомляють про особливо жорстоке ставлення у медичних закладах і міліцейських відділках. Багато закладів відмовляються приймати наркозалежних, а лікарі часто дзвонять у міліцію, щоб повідомити про підозри щодо вживання наркотиків. Як наслідок, споживачі наркотиків часто уникають звертатися до лікувальних закладів або займаються самолікуванням [66]. Міліціонери, багато з яких необізнані з вимогами до лікування СНІД, незрідіда конфіскують АРВ-препарати під час арешту, змушуючи пацієнтів припинити лікування [67]. ВІЛ-позитивні в'язні повідомляють, що їм відмовляли в доступі до АРВ-лікування та змушували виконувати тяжку фізичну працю попри стан їхнього здоров'я [68].

Надто мало було зроблено для забезпечення чіткої та доступної інформації про методи захисту від дискримінації людей, які живуть з ВІЛ/СНІД. Як наслідок, законодавчі норми, які забезпечують певні механізми для такого захисту, часто порушують. Наприклад, у багатьох випадках не виконуються положення закону про СНІД, у яких ідеться про добровільні аналізи та консультування, а також про конфіденційність. Аналізи на ВІЛ часто здійснюють без згоди пацієнта, особливо в туберкульозних диспансерах і наркологічних клініках [69]. Згідно з опитуванням громадської думки, яке здійснила Мережа 2004 року, 39% ВІЛ-позитивних респондентів повідомили, що в них брали аналізи без їхньої згоди [70].

Опитування Мережі також виявило, що серед тих, хто добровільно здавав аналізи, тільки 30% отримали консультації до та після аналізів. Понад 41% респондентів повідомили, що медичний персонал розкрив їхній ВІЛ-позитивний статус родичам або працедавцям без їхньої згоди [71]. Це розкриття мало серйозні наслідки. Хоча українськими законами чітко заборонено дискримінацію під час прийому на роботу або звільнення з роботи, одна з найпоширеніших скарг людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, стосується втрати роботи після розголошення їхнього ВІЛ-статусу². Щو більше, люди, які живуть з ВІЛ/СНІД (і широка громадськість), часто не звертаються по допомогу, тому що не довіряють державним органам та установам [72].

Роль громадянського суспільства у виробленні політики

Недавно уряд попросив представників громадянського суспільства долучитися до вироблення політики щодо ВІЛ/СНІД. Своєю постановою Міністерство охорони здоров'я створило робочу групу для розроблення концепції державної політики щодо ВІЛ/СНІД [73]. До робочої групи увійшли представники Мережі, Альянсу та інших місцевих НУО, Світової організації охорони здоров'я, Об'єднаної програми ООН зі СНІД (UNAIDS) і державних органів. Представники громадянського суспільства кажуть, що вітають можливість обговорити питання ВІЛ/СНІД з державними чиновниками, навіть якщо чиновники залишаються на своїй позиції [74]. Громадські організації та людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, також включили в робочу групу, яка в квітні – травні 2005 року займа-

² Рівність прав на робочому місці забезпечується Трудовим кодексом України. Стаття 21 гарантує всім громадянам рівні права зайнятості, тоді як Стаття 22 забороняє невинуватого відмову в забезпеченні роботою.

лася підготовкою пропозиції до Глобального фонду про продовження фінансової підтримки [75]. Вони також брали участь у циклі загальнодержавних консультацій щодо планування процесу універсального доступу з грудня 2005 до лютого 2006 року, який встановлює конкретні цілі для збільшення доступу до профілактики, лікування ВІЛ/СНІД і догляду за пацієнтами до 2010 року [76].

Співпраця вже справила позитивний вплив. Громадські організації уклали додаток до українського звіту про виконання декларації спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН, давши оцінку поступу держави в боротьбі зі стигматизацією та дискримінацією, а також у забезпеченні рівного доступу до профілактики, лікування та догляду для всіх людей, які живуть з ВІЛ/СНІД. Великою мірою також завдяки тиску громадянського суспільства у державній програмі на 2004–2008 роки спеціально передбачено, що уряд забезпечить програми з обміну шприців на нові та замісну терапію для споживачів ін'єкційних наркотиків.

Процес підготовки пропозиції до Глобального фонду — ще один приклад позитивної ролі громадянського суспільства у виробленні та втіленні політики. У відкритому і прозорому процесі брала участь робоча група, яка складалася з представників усіх секторів — від релігійних організацій і професійних спілок до людей, які живуть з ВІЛ/СНІД. Відбулася відкрита зустріч зацікавлених сторін, відкритий збір пропозицій, зустріч комісії з технічної оцінки та групи розроблення пропозиції, які відповідали за оцінку й об'єднання наданих пропозицій. Дві громадські організації — Мережа та Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні — стануть головними отримувачами гранту, який буде зосереджено на підвищенні доступу до профілактики, лікування, догляду та підтримки для вразливих груп населення.

Громадянське суспільство також допомогло знизити ціну АРВ-препаратів. Уряд платив за АРВ-препарати у 24–27 разів дорожче, ніж проект, що його підтримував Глобальний фонд. Завдяки численним протестам і вимогам зробити процедуру тендерів прозорошою ціни, за якими придбавали препарати, знизили в липні 2006 року майже у 20 разів. Утім, громадянське суспільство досі не представлено в тендерній комісії, попри численні прохання його представників до уряду.

Хоча громадські організації на державному рівні є сильними, організації на регіональних і місцевих рівнях не настільки мобілізовані. Загальнодержавні організації, такі як Мережа й Асоціація зменшення шкоди, проводили тренінги через свої регіональні представництва, однак вони досі потребують більше ресурсів і тренінгів для того, щоб регіональні та місцеві учасники повніше й ефективніше брали участь у процесі вироблення політики.

Адміністрування та фінансування політики

*До 2003 року забезпечити розроблення та втілення
багатогалузових національних стратегій і фінансових планів
для боротьби з ВІЛ/СНІД, які безпосередньо
та оперативно реагують на епідемію.*

Декларація спеціальної сесії Генеральної Асамблеї
Організації Об'єднаних Націй про відданість справі
боротьби з ВІЛ/СНІД, Стаття 37

Український уряд взяв на себе зобов'язання щодо потужного стратегічного загальнодержавного підходу до епідемії ВІЛ/СНІД і ухвалив прогресивне законодавство та серію державних програм, які б об'єднали та систематизували дії держави в цій сфері. Однак ухвалення законодавства щодо СНІД та розроблення програм далеко не виправдали поставлених сподівань і цілей.

Кілька різних установ координують політику у сфері ВІЛ/СНІД на державному рівні — передусім Міністерство охорони здоров'я та Національна координаційна рада з питань запобігання поширенню ВІЛ/СНІД. Як передбачено законом про СНІД, Міністерство охорони здоров'я — це центральна виконавча установа, відповідальна за управління та координацію політики і програм щодо ВІЛ/СНІД.

У травні 2005 року уряд створив Національну координаційну раду з питань запобігання поширенню ВІЛ/СНІД (надалі — Національна координаційна рада), щоб полегшити втілення політики у сфері ВІЛ/СНІД за участі широкого кола зацікавлених сторін [77]. Під час попередніх спроб уряду створити багатогалузевий координаційний орган 1999 і 2001 років ішлося тільки про державних чиновників [78, 79]. Згідно з вимогами Глобального фонду щодо включення представників громадянського суспільства до національного координаційного органу, Національна координаційна рада складається з дев'ятих державних чиновників і вісьмох представників громадянського суспільства, зокрема людини, яка живе з ВІЛ/СНІД. Головні цілі організації полягають у координуванні роботи міністерств та інших виконавчих органів (центральних і місцевих) та міжнародних і українських НУО для втілення національної політики у сфері ВІЛ/СНІД, відстеженні витрат на ВІЛ/СНІД і поліпшенні моніторингу й оцінки втручання у сфері ВІЛ/СНІД.

Національна координаційна рада складається з шістьох комітетів, які займаються різними аспектами політики у сфері ВІЛ/СНІД: стратегічним плануванням; бюджетуванням; моніторингом і оцінюванням; інформуванням та комунікацією для зміни поведінки; забезпеченням лікування, догляду та підтримки; роботою з маргіналізованими групами; виробленням регіональної політики; захистом прав людей, які живуть з ВІЛ/СНІД. Кожен комітет очолює член Національної координаційної ради. Комітет запрошує додаткових представників від уряду, міжнародних організацій і НУО для обговорення питань політики та

надання рекомендацій секретаріату Національної координаційної ради, який потім повідомляє про них Кабінету Міністрів.

Схожі координаційні ради було створено на регіональному рівні, що дає змогу НУО та людям, які живуть з ВІЛ/СНІД, брати участь у координуванні та втіленні заходів у сфері ВІЛ/СНІД у їхніх місцевостях. За словами регіонального координатора Мережі Наталії Ковнір, обсяг та ефективність місцевих координаційних рад відрізняється залежно від регіону [80]. Деякі ради працюють ефективно та дають змогу громадським організаціям брати активну участь у таких завданнях, як розроблення місцевих програм і бюджетів. Наприклад, з бюджету Чернігівської області виділяють кошти ВІЛ-сервісним організаціям з внесків НУО. У Луганську внаслідок ініціативи місцевої НУО місцева координаційна рада створила спеціальну робочу групу, яка займається профілактикою ВІЛ серед споживачів наркотиків [81].

Деякі місцеві координаційні ради скористалися технічною підтримкою, яку надали міжнародні донори. Наприклад, проект POLICY допоміг місцевій координаційній раді в Одесі створити багатогалузеві робочі групи, аналізувати місцеву ситуацію та розробляти рекомендації для поліпшення ефективності місцевих програм [82]. Як наслідок, координаційна рада в Одесі мала змогу планувати свої програми у сфері ВІЛ/СНІД, знаючи наявні ресурси, та ефективніше координувати їх розподіл у державних органах і НУО.

Новаторська структура Національної координаційної ради дає громадянському суспільству унікальну змогу брати участь у виробленні політики. Її ефективність як координаційного органу, втім, була вкрай обмеженою — і через брак чітких владних вертикалей та вимог до звітності, і через відсутність механізмів, які забезпечили б звітування за її роботу. Національна координаційна рада не збирається щокварталу, як вимагає резолюція 2005 року. Фактично з червня 2005 до квітня 2006 року не було жодної наради. Головна функція організації полягає в наданні пропозицій Глобальному фонду. Її скликають на нерегулярній основі безпосередньо перед останнім терміном для подання пропозиції. Від травня 2006 року, коли Глобальний фонд оголосив про прийом пропозицій до Шостого раунду, і до готовності пропозиції України в серпні того самого року Національна координаційна рада збиралася чотири рази [83].

Сумніви в легітимності Національної координаційної ради, які висловлювали високі посадовці, призвели до непевності щодо її статусу. У лютому 2006 року на зустрічі зацікавлених сторін, організованій Міжнародним альянсом з ВІЛ/СНІД, заступник міністра охорони здоров'я Валерій Івасюк піддав сумніву законність Національної координаційної ради на підставі того, що один державний орган не може наказувати іншому виконувати свої рішення (тільки рішення Кабінету Міністрів обов'язкові для виконання) і порадив її реформувати та переоцінити³ [84]. У відповідь представники громадянського суспільства виступили на захист збереження Національної координаційної ради. Організації надсилали листи Президентові, Глобальному фонду та зустрічалися з міністром охорони

³ У статуті НКР сказано: "Рішення НКР є обов'язкові для виконання усіма центральними органами влади".

здоров'я на підтримку Національної координаційної ради [85, 86]. До певної міри ці зусилля мали успіх. У травні 2006 року відбулися збори Національної координаційної ради, де розглянули звіт уряду для спеціальної сесії Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй і почали процес розроблення і подання пропозиції до Глобального фонду [87].

Однак Національна координаційна рада не функціонує сповна. Її секретаріат було розпущено після того, як у квітні 2006 року закінчилася донорська підтримка; її сайт теж припинив роботу [88]. У жовтні 2006 року Національну координаційну раду звели до ролі дорадчого органу, і тепер вона не може пропонувати політику для обов'язкового втілення урядом [89]. Ця зміна статусу може вплинути на ефективність Національної координаційної ради і, своєю чергою, на міру залучення громадянського суспільства до процесів вироблення політики.

У травні 2006 року, коли обговорювали проблеми з Національною координаційною радою, уряд створив Комісію з питань ВІЛ/СНІД при Міністерстві охорони здоров'я. Мета комісії — допомога в координуванні зусиль органів, які займаються лікуванням ВІЛ/СНІД, туберкульозу й наркологічної залежності, та підвищення загальної ефективності системи охорони здоров'я у боротьбі з ВІЛ/СНІД та іншими хворобами [90]. 5 липня 2006 року заступника міністра охорони здоров'я Валерія Івасюка призначили головою комісії.

Як підрозділ Міністерства охорони, комісія матиме спеціальний постійний штат працівників, інфраструктуру та фінансові ресурси. Втім, комісія ще не оголосила публічно про свої ключові цілі та не досягла якихось результатів, отож її ефективність поки що не можна оцінити.

Повноваження комісії обмежено сферою охорони здоров'я, а за координацію на державному рівні між усіма міністерствами, установами та донорами відповідає Національна координаційна рада. Зважаючи на неефективність Національної координаційної ради дотепер і недавню зміну в її статусі, яка позбавила її спроможності виробляти політику, координація на рівні держави дуже слабка та існує здебільшого тільки на папері. Якщо комісія стане домінуючою силою, яка координуватиме питання ВІЛ/СНІД, зусилля України в боротьбі з ВІЛ/СНІД зосередяться переважно на сфері охорони здоров'я без вкрай потрібної взаємодії з пенітенціарною системою, іншими виконавчими органами та сферою соціальних послуг.

Координація з донорами

У донорів та уряду немає спільної позиції щодо подолання ВІЛ/СНІД серед споживачів ін'єкційних наркотиків. Не існує згоди між донорами або всередині уряду щодо того, як вирішувати цю проблему.
Денис Полтавець, радник Міжнародного фонду "Відродження"

Складнощі, з якими стикається уряд у управлінні та координуванні своїх програм у сфері ВІЛ/СНІД, змусили деяких міжнародних донорів переглянути свою фінансову підтримку. Так, у квітні 2006 року через нездатність уряду розподіли-

ти кошти та втілити програми Світовий банк оголосив про припинення 60-мільйонного чотирирічного проекту, покликаного сприяти боротьбі з ВІЛ/СНІД і туберкульозом в Україні. Від початку дії гранту в січні 2004 року уряд витратив лише 2% коштів, які призначалися для купівлі ліків, підтримки профілактики та навчання медичних працівників роботі з групами ризику, такими як споживачі ін'єкційних наркотиків, працівники секс-бізнесу та в'язні [91].

За словами регіонального директора Пола Бермінгема, Світовий банк вирішив вдатися до таких дій тому, що проект "не зміг справити бодай якогось суттєвого впливу на зростання загрози туберкульозу та ВІЛ/СНІД в Україні та сусідніх країнах" [92]. Відкидаючи звинувачення в корупції, тодішній міністр охорони здоров'я Юрій Поляченко сказав, що "корупції у використанні коштів не було, тому що не було використання коштів. Тому позику й припинили" [93]. Юрій Поляченко також сказав, що гроші не використовували впродовж трьох років через бюрократію в Міністерстві охорони здоров'я та Світовому банку й неузгодженість між складними процедурами Світового банку та українським законодавством. Після припинення позики Світовий банк оголосив, що готовий "обговорити, як можна реструктуризувати та відновити недавно припинений проект" [94]. Було створено робочу групу для переговорів про відновлення позики, яку формально відновили в листопаді 2006 року з умовою, що уряд послідовно виконуватиме рекомендації щодо прийняття нової стратегії боротьби з туберкульозом (зокрема подальшого розгортання програм DOTS) та альтернативних процедур закупівель для швидшого виконання проекту, а також поліпшить управління проектом [95].

2004 року Глобальний фонд припинив дворічний грант на суму 25 млн. дол. США називаючи складнощі, схожі на ті, що завадили використанню позики Світового банку: бюрократичні перешкоди та нездатність узгодити вимоги українського законодавства з процедурами донорів.

На час підписання угоди між Україною та Глобальним фондом на початку 2003 року отримувачів гранту було три: Український фонд боротьби з ВІЛ/СНІД (державний орган, створений спеціально для управління грантами Глобального фонду), який відповідав за поширення інформації; Міністерство охорони здоров'я, яке адмініструвало лікування, догляд і підтримку; Програма розвитку ООН (United Nations Development Programme (UNDP) для роботи з маргіналізованими групами населення. У січні 2004 року, майже через рік після початку періоду дії гранту, місія Глобального фонду в Україні виявила, що грант, виділений Міністерству охорони здоров'я, використовують дуже повільно: з 7,5 млн. дол. США було використано лише 740 тис. дол. США [96]. Невдовзі Глобальний фонд припинив грант через "занепокоєння повільним поступом програм профілактики та лікування ВІЛ/СНІД в Україні" [97].

За офіційною інформацією, Міністерство охорони здоров'я домовилося про придбання АРВ-препаратів для 2 тис. дорослих і 100 дітей у листопаді 2003 року на суму 3,9 млн. дол. США у результаті відкритого тендеру [98]. (Міністерство охорони здоров'я здійснює придбання АРВ-препаратів і їх розподіл через загальнодержавний центр ВІЛ/СНІД серед регіональних центрів ВІЛ/СНІД.) Глобальний фонд відмовив у дозволі на придбання та порадив уряду

придбати ліки в UNICEF (Дитячий фонд ООН) за ціною, яка на 600 тис. дол. США перевищувала суму, обумовлену під час тендеру. Міністерство охорони здоров'я відмовилося від цього через вищу вартість ліків і додало, що Україна не мусить виконувати рекомендації Глобального фонду, оскільки ця організація не є державною [99].

У лютому 2004 року Глобальний фонд передав управління грантом Міжнародному альянсу з ВІЛ/СНІД, який тепер є головним отримувачем і відповідає за розподіл грошей [100]. Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні організовує регулярні зустрічі зацікавлених сторін для кращої координації зусиль з виконання умов гранту. За словами представників зацікавлених сторін, Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні прозоріший, ніж будь-яка державна установа, в питаннях своєї діяльності, фінансового менеджменту та звітування. Вся інформація про Глобальний фонд доступна на сайті Міжнародного альянсу з ВІЛ/СНІД (www.aidsalliance.org/sw7229.asp), в тому числі попередня діяльність і докладний план майбутніх дій, зокрема конкретні цілі та розподіл бюджету.

Недавно схвалили пропозицію України до Глобального фонду на 151 млн. дол. США упродовж 2007–2011 років. Однак для того, щоб остаточно закінчити укладення угоди, уряд має виконати кілька умов Глобального фонду: збільшити відрахування з бюджету на ВІЛ/СНІД; домовитися про відновлення позики Світового банку; підтримати замісну терапію для лікування наркозалежності [101]. Уже вжито найголовніших заходів для того, щоб виконати ці вимоги. Віце-прем'єр-міністр Дмитро Табачник оголосив, що 2007 року уряд збільшить частку бюджетних асигнувань на ВІЛ/СНІД до 100 млн. дол. США. Світовий банк відновив позику у листопаді 2006 року, а метадон офіційно зареєстрували 1 грудня 2006 року, що дало змогу розширити замісну терапію [102].

Окрім розчарування неефективними процесами розподілу грошей, донори недоволені координуванням державної політики. За словами радника Міжнародного фонду "Відродження" Дениса Полтавця, "у донорів та уряду немає спільної позиції щодо подолання ВІЛ/СНІД серед споживачів ін'єкційних наркотиків. Між донорами або всередині уряду не існує згоди щодо того, як вирішувати цю проблему" [103].

Наприклад, навіть попри те, що замісну терапію не заборонено законом, Міністерство внутрішніх справ відмовило НУО та міжнародним організаціям на їхні запити про купівлю метадону за кордоном для використання в Україні [104]. Міжнародні організації не можуть забезпечити надання замісної терапії споживачам ін'єкційних наркотиків без згоди уряду, який жорстко контролює легальний обіг наркотичних препаратів.

Зараз замісною терапією користуються 436 споживачів наркотиків, з-поміж яких 283 – ВІЛ-позитивні [105]. Хоча прохання про дозвіл на придбання препарату бупренорфін недавно задовольнили, щодо метадону існує сильніший спротив. Посадовці, які відповідають за контроль над обігом наркотиків, заявляють, що метадон в Україні ніколи не дозволять, оскільки він надто небезпечний і "не лікує наркозалежність". Вони стверджують, що внаслідок "легалізації споживання та поширення [метадону] зросте імовірність нелегального обігу нар-

котиків, створення нелегальних лабораторій і виникне так звана метадономанія" [106]. Водночас висока вартість бупренорфіну ставить під сумнів поширення замісної терапії.

Попри ці перешкоди, багато українських і міжнародних НУО продовжували наполягати на забезпеченні доступності лікування з використанням метадону та досягли суттєвого успіху. 30 листопада 2006 року заступник міністра охорони здоров'я нарешті погодився зареєструвати метадон. Наступного дня, у Міжнародний день боротьби зі СНІД, віце-прем'єр-міністр Дмитро Табачник підтвердив, що метадон зареєстровано, і оголосив, що робоча група Національної координаційної ради вивчить переваги та ризики масштабного поширення застосування метадону в замісній терапії [107]. Вочевидь, недавнє включення метадону до переліку найголовніших медичних препаратів Всесвітньої організації охорони здоров'я переконало українських посадовців зареєструвати цей препарат [108].

Фонд Клінтона з ВІЛ/СНІД недавно оголосив про партнерство з двома приватними українськими фондами задля збільшення доступу до швидкого тестування, розширення лабораторій, навчання працівників охорони здоров'я, запровадження лікування ВІЛ і поліпшення процесу закупівлі препаратів у Дніпропетровській області. Упродовж кількох наступних років Фонд Клінтона планує співпрацювати з урядом, щоб розширити законодавство з питань ВІЛ, виробити стратегію швидкого тестування ВІЛ, обладнати нові лабораторії, збільшити кількість осіб, які проходять АРВ-терапію, забезпечити надійне постачання препаратів, реєстрування та поліпшення доступу до метадон-замісної терапії з використанням метадону для споживачів ін'єкційних наркотиків [109].

Фінансування

Проблему ВІЛ/СНІД не можна вирішити без додаткових і постійних ресурсів.

Декларація про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД,
вступ до розділу "Ресурси"

Збільшити та зробити пріоритетними бюджетні асигнування на програми з ВІЛ/СНІД у Державному бюджеті та забезпечити відповідне виділення коштів усіма міністерствами та іншими відповідними сторонами.

Декларація про відданість справі боротьби
з ВІЛ/СНІД, стаття 82

Розрив між фінансовими потребами на 2007–2011 роки та реальними внесками перевищує 464 млн. дол. США.

Пропозиція до Глобального фонду, серпень 2006 року

Упродовж останніх п'яти років уряд суттєво збільшив фінансування програм з ВІЛ/СНІД (див. Таблицю 5), однак це досі не покриває потреб, які згідно з розрахунками зростуть з близько 103,5 млн. дол. США 2007 року до понад 175 млн. дол. США

2011 року [110]. Оскільки процес вироблення політики відокремлений від бюджетного процесу, програми пропонують без гарантії фінансування, тож вони часто залишаються лише мріями. Наприклад, у 1995–1997 роках було виділено тільки 50% грошей, які просили на національні програми у сфері ВІЛ/СНІД. У 2001–2002 роках тільки 62% коштів, передбачених на програми ВІЛ/СНІД, було виділено на національному рівні, і лише 70% – на регіональному [111]. За інформацією, яка міститься у пропозиції до Глобального фонду, фінансовий розрив між потребами на 2007–2011 роки та реальними внесками перевищує 464 млн. дол. США (з якого 24% буде покрито фінансуванням у рамках чергового гранту, якщо його буде виплачено повністю) [112].

Таблиця 5. Фінансування програм ВІЛ/СНІД з Держбюджету, млн. грн (млн. дол. США)⁴

Рік	2000	2001	2002	2003	2004	2005 (план)
Фінансування	5,4 (1,0)	6,7 (1,3)	9,3 (1,8)	13,6 (2,6)	17,9 (3,4)	34,0 (6,7)

Громадськості важко отримати інформацію про бюджетні асигнування на ВІЛ/СНІД і витрати. Навіть уряд не має повної картини того, скільки він витрачає на ВІЛ/СНІД. В українському звіті для спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН зазначено, скільки витрачають Міністерство охорони здоров'я, Державний департамент з питань виконання покарань і місцеві органи влади, однак не наведено витрат інших міністерств і установ, які виконують програми у сфері ВІЛ/СНІД.

У даних про державні витрати бракує таких цифр:

- робота мережі консультаційних центрів для споживачів ін'єкційних наркотиків "Довіра";
- виробництво та розміщення соціальної реклами про ВІЛ/СНІД на телебаченні;
- виконання програм формування "позитивної поведінки" Міністерством молоді, сім'ї та спорту, які пропагують здоровий спосіб життя серед молоді, поширюючи інформацію про ризики вживання наркотиків і алкоголю, невикористання презервативів та ін.

Крім того, процедура звітування за витрати та виконання програм на місцевому рівні обтяжлива, тож центральній установі, наприклад Міністерству охорони здоров'я, складно збирати дані про місцеві бюджети [113].

Крім державного фінансування, уряд отримує суттєву фінансову й технічну допомогу на розроблення та впровадження програм боротьби з ВІЛ/СНІД від між-

⁴ Ця таблиця подає дані тільки щодо централізованих видатків Міністерства охорони здоров'я на подолання ВІЛ/СНІД і не містить даних про інші міністерства і місцеві бюджети. На рік 2006 неможливо констатувати точну цифру, тому що цього року кілька бюджетних статей було поєднано в одну, яка включає ВІЛ/СНІД, ТБ і рак. Усі дані взято з національних бюджетів відповідних років, доступних на парламентському веб-сайті www.rada.gov.ua.

народних, багатосторонніх і неурядових донорів. Наприклад, завдяки гранту Глобального фонду витрати України на ВІЛ/СНІД зросли з 2,6 млн. дол. США 2003 року до 12,5 млн. дол. США 2004 і 2005 років — це більш ніж уп'ятеро [114]. Утім, навіть за підтримки міжнародних донорів наявного фінансування недостатньо для боротьби з масштабами епідемії. Загальні витрати на всі пов'язані з ВІЛ/СНІД програми 2005 року становили близько 40 млн. дол. США [115]. Щороку на АРВ-лікування для всіх 17 тис. осіб, які його потребують, потрібно близько 50 млн. дол. США, не рахуючи вартість профілактики, паліативного догляду та інших послуг. Представники громадянського суспільства стверджують, що ситуацію можна було б суттєво поліпшити, якби уряд мав більш відкриті та прозорі процедури тендеру для купівлі АРВ-препаратів, за які уряд, за власним визнанням, заплатив у 22 — 27 разів більше за ринкові ціни в 2004 — 2005 роках [116].

Плануванню та виконанню програм боротьби з ВІЛ/СНІД заважають постійні чималі прогалини у фінансуванні на місцевому рівні. Обласна влада часто не надає пріоритет питанням ВІЛ/СНІД, тож заплановані дії не отримують відповідного фінансування, і як наслідок, їх виконання сумнівне. Наприклад, місцева влада відповідає за придбання та розподіл наборів для тестів на ВІЛ. Тож у деяких областях, наприклад Миколаївській, брак фінансування означає обмежений доступ до тестів на ВІЛ [117].

Приватний сектор в Україні мало зробив для фінансування програм ВІЛ/СНІД. За інформацією, яку наведено в українському звіті на спеціальній сесії Генеральної Асамблеї ООН, на 2005 рік жодне велике підприємство або компанія не мали внутрішніх інструкцій чи програми щодо ВІЛ/СНІД [118]. З іншого боку, уряд не надав приватному сектору податкових канікулів чи інших стимулів робити внески в соціальні програми чи програми охорони здоров'я.

Профілактика

Профілактика має бути основою наших дій.

Декларація про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД, вступ до розділу "Профілактика"

До 2005 року забезпечити ... розширений доступ до найнеобхідніших засобів, зокрема чоловічих і жіночих контрацептивів і стерильних засобів для ін'єкцій; засобів для зменшення шкоди від споживання наркотиків; розширений доступ до добровільного та конфіденційного консультування і тестів.

Декларація про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД, Стаття 52

Профілактику поширення ВІЛ/СНІД визначено як одну з ключових сфер у національній програмі боротьби з ВІЛ/СНІД, яку прийняли в березні 2004 року. У деяких сферах відбувся поступ, однак повний спектр послуг з профілактики в Україні запроваджується повільно — іноді через суперечності між політикою, якої дотримуються різні міністерства. Тим часом наявні програми профілактики не справили ані достатнього впливу, ані не досягли успіху в роботі з групами, які мають найбільший ризик ВІЛ-інфікування, такими як споживачі ін'єкційних наркотиків, працівники секс-бізнесу та чоловіки, які мають секс із чоловіками.

За даними уряду, вдалося суттєво зменшити інфікування від матері до дитини — з 27,8% 2001 року (коли засобів боротьби з передачею ВІЛ не було) до 8,2% 2004 року [119]. Згідно з українським звітом на спеціальній сесії Генеральної Асамблеї ООН, на 2004 рік усі вагітні жінки мали можливість пройти тест на ВІЛ і отримати АРВ-препарати та сухе молоко для немовлят, а 86% ВІЛ-позитивних вагітних отримали АРВ-препарати для запобігання передачі ВІЛ від матері до дитини [120].

Уряд також зробив суттєвий поступ у досягненні мети спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН, яка полягала в охопленні 90% молоді програмами профілактики до 2005 року. У звіті спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН від 2005 року зазначено, що державними програмами охоплено 83% молоді віком від 15 до 24 років [121]. Утім, існує мало підтверджень того, що ці програми підвищили обізнаність або позитивно вплинули на поведінку. У цьому ж звіті визнано, що тільки 14% молодих людей змогли водночас правильно визначити способи передачі ВІЛ і спростувати хибні твердження [122]. Поза сумнівом, програми профілактики мають не просто "охоплювати" молодих людей, а й ефективно повідомляти правильну інформацію.

Грант Шостого раунду Глобального фонду вочевидь допоможе підвищити ефективність профілактичних програм. Серед пріоритетів пропозиції — зменшення передачі ВІЛ, зосередження зусиль на членах вразливих груп, які зараз становлять понад 80% усіх зареєстрованих випадків ВІЛ.

Згідно з цілями забезпечення універсального доступу, які встановила Україна, до 2011 року завдяки черговому гранту планують надати комплексні профілактичні послуги 60% споживачів ін'єкційних наркотиків, 17% чоловіків, які мають секс з чоловіками, 100% в'язнів і 58% безпритульних дітей [123].

Добровільні консультації та тести

Зміни, які 1998 року внесено до закону про СНІД, запровадили чіткі вимоги щодо добровільних і конфіденційних тестів і консультацій. Це суттєво підвищило ймовірність більшого охоплення послугами профілактики. Утім, застосувати ці положення закону про СНІД важко.

На практиці доступ до добровільних і конфіденційних тестів і консультацій існує тільки в містах. Навіть там, де існують заклади, що пропонують тести та консультації, мало хто користується їхніми послугами. Було надто мало спроб забезпечити поінформованість населення щодо їхнього існування та послуг, які вони надають [124].

Практика здійснення тестів без згоди пацієнта дуже поширена, особливо в туберкульозних диспансерах і наркологічних клініках [125]. У багатьох випадках аналізи беруть без консультацій до чи після тесту. Через це пацієнти не хочуть повертатися до лабораторій за результатами своїх аналізів. Дослідження свідчать, що лише 5% молоді віком від 15 до 24 років, які пройшли тести на ВІЛ упродовж останніх 12 місяців, знали свої результати. Тимчасом 27% споживачів ін'єкційних наркотиків і 32% працівників секс-бізнесу, які пройшли тести на ВІЛ, знали свої результати. Багато спостерігачів вважають, що вади системи є головним чинником, який заважає людям отримувати послуги.

Співпраця з НУО

Через державні обмеження можливості НУО надавати послуги з профілактики невеликі. Наприклад, тести на ВІЛ можна здійснювати тільки в медичних закладах, тож НУО заборонено їх здійснювати навіть попри те, що завдяки їхній організаційній компетентності та можливості ефективніше досягти вразливих груп вони вочевидь спроможні краще впроваджувати програми профілактики [126]. Наразі НУО надають клієнтам інформацію про наявність тестів на ВІЛ і консультації до та після них, однак вони повинні спрямовувати клієнтів до певних медичних закладів для того, щоб зробити тести. Багато представників НУО наголосили важливість демонополізації ролі уряду в забезпеченні тестів та інших послуг. Як пояснювалося, "Зараз держава не має можливості "купувати" послуги в НУО. Держава не може забезпечити всі послуги ... у них надто складні процедури. І вони не можуть ефективно працювати з певними групами, яких важко досягти" [127].

Кримінальне переслідування вразливих груп

Міліція часто підстерігає споживачів наркотиків біля легальних центрів обміну шприців і чинить тиск, б'є та арештовує споживачів наркотиків за володіння шприцами або встановлює їхню особу для наступного арешту.

Human Rights Watch, "Риторика та ризик: порушення прав людини, які перешкоджають боротьбі з ВІЛ/СНІД в Україні"

Ефективному впровадженню програм профілактики перешкоджають такі суттєві проблеми, як криміналізація споживання наркотиків, двозначний офіційний підхід до заходів зі зменшення шкоди та здебільшого каральне ставлення до споживачів наркотиків та інших вразливих груп.

Спробам запобігти ризиковим діям серед споживачів ін'єкційних наркотиків заважає той факт, що володіння наркотиками є кримінальним злочином незалежно від того, чи існує доказ намірів їх продавати чи поширювати. Наприклад, володіння 0,1 грама чи більше ацетильованого опію, одного з найпоширеніших наркотиків в Україні, карається ув'язненням [128]. 2005 року з-поміж 41 тис. кримінальних злочинів, пов'язаних із наркотиками, близько 80% полягали у володінні наркотиками без очевидного наміру продавати чи поширювати їх [129]. Страх перед арештом заганає споживачів наркотиків у підпілля. Багато з них бояться звертатися за допомогою чи за послугами профілактики ВІЛ через страх, що їхню особу встановлять. Цей страх має підстави, оскільки у медичних закладах часто порушують конфіденційність. Хоча законодавство не зобов'язує медичних працівників повідомляти міліції про споживачів наркотиків, багато споживачів наркотиків вважають, що це відбувається [130].

Арешт іноді призводить до примусового лікування споживачів наркотиків або кримінального переслідування. Споживачі наркотиків заявляють, що в міліції процвітають знущання. Багато хто повідомив про сильне побиття чи негуманні методи здобуття свідчень під час затримання, іноді під час того, як вони відчували симптоми відлучення від приймання наркотиків [131]. Працівники програм, які надають споживачам наркотиків освітньо-профілактичні послуги, повідомляють, що міліція часто заважає їхнім зусиллям, наприклад, погрожуючи, б'ючи та заарештовуючи споживачів наркотиків на території легальних центрів обміну голок за володіння шприцами [132].

Особи, які надають сексуальні послуги за плату, також часто повідомляють про погрози та затримання міліцією. Вони заявляють, що в обмін на звільнення міліціонери вимагають сплатити штраф, повідомити інформацію про споживачів наркотиків чи надати сексуальні послуги [133]. Особливо вразливими є працівники секс-бізнесу, які вживають наркотики. У складному становищі також перебувають працівники секс-бізнесу, які мігрують з інших регіонів чи країн і не мають офіційної реєстрації та посвідчень особи. Страх затримання та депортації для цих людей стає додатковою причиною уникати контактів з міліцією чи будь-якими офіційними особами (зокрема у сфері медицини), які могли б повідомити про них у міліцію.

Хоча в кожному індивідуальному випадку ці питання намагаються вирішувати спільно з НУО, зусиль для систематичної підтримки політики зменшення шкоди недостатньо, щоб усунути такі вади, як покарання за зберігання наркотиків і насильство в міліції.

Зусилля з профілактики серед вразливих груп

До 2003 року розробити або посилити національні стратегії, політики та програми для охорони здоров'я тих груп, які зараз мають високі або дедалі вищі показники поширення ВІЛ-інфекції.

Декларація про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД, Стаття 64

Офіційна статистика підтверджує, що споживачі ін'єкційних наркотиків — найвразливіша до ВІЛ-інфекції група. Вони також є основним способом передачі ВІЛ до широких кіл населення. Уряд запровадив і підтримує заходи зі зменшення шкоди, зокрема обмін використаних шприців на нові та замісну терапію. Однак ці програми поки що не охоплюють достатньо споживачів ін'єкційних наркотиків, щоб зупинити епідемію. Програми для інших вразливих груп, зокрема працівників секс-бізнесу та чоловіків, які мають секс з чоловіками, були ще обмеженішими. Розрив у фінансуванні демонструє Графік 1, який відображає оцінну кількість осіб, охоплених зусиллями з профілактики. Крім того, деякі державні програми та дії, особливо у правоохоронній сфері, суперечать зусиллям (і державним, і недержавним) з профілактики серед вразливих груп. Це ще більше обмежує охоплення та ефективність програм профілактики.

Графік 1. Охоплення вразливих груп профілактикою



Споживачі ін'єкційних наркотиків

Метадон не лікує від наркозалежності... Легалізація споживання та розповсюдження [метадону] підвищить імовірність незаконного обігу наркотику, створення нелегальних лабораторій, а також сформує так звану метадономанію.

“Чи загрожує метадон безпеці держави? Замінник героїну має своїх прибічників і критиків”, “Сьогодні”, серпень 2004 року

Швидке поширення ВІЛ серед споживачів наркотиків можна пов'язувати з ризиковою поведінкою, такою як спільне й повторне користування голками та використання спільного посуду для приготування розчинів наркотику. Недавнє опитування більш як 3,5 тис. споживачів ін'єкційних наркотиків виявило, що менше половини (49%) респондентів використовують новий шприц для кожної ін'єкції, і тільки 26% регулярно відвідують пункти обміну шприців, щоб отримати чисті шприци. Бентежить той факт, що 23% респондентів заявили, що просто лишають використані голки після ін'єкції [134].

2002 року мережа центрів “Довіра” у складі Міністерства з питань сім'ї, молоді та спорту розробила систему надання послуг споживачам наркотиків. Головні завдання мережі “Довіра” — надання інформації та просвіта щодо профілактики ВІЛ і безпечної поведінки; консультації та направлення до медичних спеціалістів (там, де це доцільно); заміна голок і шприців. За підтримки Глобального фонду на кінець 2005 року в усій країні працювало 55 центрів “Довіра”. Того року вони обміняли більш як 250 тис. шприців [135]. Під час цього опитування споживачів ін'єкційних наркотиків 6% респондентів заявили, що вони отримували нові шприци в центрах “Довіра” впродовж останнього місяця [136]. Що більше, група неурядових організацій, більшість з яких належить до Всеукраїнської асоціації зменшення шкоди, отримує міжнародне фінансування на експлуатацію та кадрове забезпечення майже 250 постійних і мобільних центрів профілактики, які надають споживачам наркотиків поради, інформацію та стерильні ін'єкційні інструменти [137].

Спільні зусилля мережі “Довіра” та неурядових організацій демонструють дієвість ініціатив зі зменшення шкоди, але вони досі не охоплюють достатньої кількості людей. Близько 70 тис. споживачів ін'єкційних наркотиків (20% оцінної кількості споживачів ін'єкційних наркотиків у країні) мають доступ до служб профілактики в рамках цих програм [138]. У звіті про результати виконання Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД уряд України визнав, що програми профілактики зазвичай досягають лише 38% споживачів ін'єкційних наркотиків [139]. Це набагато менше, ніж потрібно [140]. Недавнє дослідження свідчить, що для відчутного впливу на епідемію ВІЛ/СНІД принаймні 60% споживачів ін'єкційних наркотиків мають отримати гарантований доступ до програм обміну голок [141]. Щоб досягти цього результату, знадобляться чималі додаткові інвестиції в серйозне розширення кількості центрів [142]. І ініціатива забезпечення універсального доступу, і недавно ухвалена пропозиція Глобального фонду встановили мету поширити послуги зменшення шкоди на 60% споживачів ін'єкційних наркотиків до 2011 року.

Є підтвердження того, що профілактичні програми, хоч би якими вони були обмеженими за масштабами, дають позитивні результати. Опитування споживачів наркотиків виявило, що 24% респондентів, які брали участь у програмах профілактики, перейшли на безпечні способи ін'єкцій і статевих відносин, порівняно з лише 16% тих, які не брали участі [143]. Що більше, програми зменшення шкоди є для споживачів наркотиків централізованим джерелом інформації про наркозалежність, ВІЛ/СНІД, а також інші послуги, які надають уряд і неурядові організації, — і цю інформацію можна отримати без ризику соціального відчуження, яке може бути за інших умов.

2001 року урядовці, які опікуються політикою щодо ВІЛ/СНІД, визначили замісну терапію одним з ключових засобів запобігання поширенню ВІЛ серед споживачів наркотиків. Однак цей погляд наразився на неабиякий опір правоохоронних органів, які відповідають за формування та впровадження національної політики щодо наркотиків [144]. Як наслідок, замісну терапію не впроваджували до вересня 2005 року, коли її розпочали як пілотний проект з використанням препарату бупренорфін у семи містах. Нині терапія доступна 436 споживачам ін'єкційних наркотиків [145]. Існують плани розширити до кінця 2008 року замісну терапію із застосуванням бупренорфіну на лікування 6 тис. пацієнтів, хоча згідно з оцінками замісної терапії потребують від 60 тис. до 238 тис. споживачів наркотиків [146, 147]. Подальше лобювання місцевими та міжнародними НУО нарешті дає результати в отриманні урядової підтримки використання метадону. 2007 року замісну терапію з використанням метадону планується надати 300 споживачам ін'єкційних наркотиків [148].

Запровадження замісної терапії — позитивний крок у боротьбі з ВІЛ/СНІД серед споживачів ін'єкційних наркотиків. Проте відсутність згоди між урядовими установами щодо її корисності та прийнятності, а також перешкоди для її поширення можуть не дати тим, хто проходить замісну терапію (багато з них ВІЛ-позитивні), отримувати антриретровірусну терапію через стереотипні уявлення про спроможність споживачів наркотиків дотримуватися режиму лікування. Хоча прибічники замісної терапії з використанням метадону заручилися підтримкою уряду, залишаються сумніви в тому, чи буде насправді реалізовано обіцянки, дані на папері.

Чоловіки, які мають секс із чоловіками

Рівень обізнаності про способи передачі ВІЛ високий серед тих 126 — 180 тис. чоловіків в Україні, які мають статеві стосунки з чоловіками⁵ [149]. Проте обізнаність не мала сильного впливу на рівень ризикових дій, таких як незахищені статеві контакти. Згідно з недавніми оцінками, середній рівень поширеності ВІЛ серед цих чоловіків становить 3 — 15% [150]. Незважаючи на ці тривожні показники, докладено дуже мало зусиль, аби ті чоловіки, які займаються сексом з іншими чоловіками, мали доступ до послуг профілактики. За оцінками, наявні програми охоплюють тільки від 2,3 до 5,5 тис. осіб [151, 152]. Наприкінці 2011 року забезпечення цієї групи профілактичними послугами має сягнути 17% [153].

⁵ За оцінками Глобального фонду, чисельність чоловіків, які займаються сексом з іншими чоловіками, може сягати 430 тис.

Згідно з недавнім опитуванням, проведеним у семи містах, серед 886 чоловіків, які мають статеві стосунки з іншими чоловіками, приблизно 89% знають про ризики, пов'язані зі спільним користуванням голками та шприцами, а 52% знають, що ВІЛ може передаватися через спільне користування іншим обладнанням, пов'язаним зі вживанням наркотиків [154]. Хоча 96% знають, що презервативи запобігають передачі ВІЛ під час статевого контакту, тільки 37% завжди використовують презервативи під час анального сексу і тільки 5% — під час орального сексу. Більш як половина (54%) респондентів не перебували у довготривалих, моногамних сексуальних стосунках. Незважаючи на таку ризикову поведінку, більшість опитаних чоловіків оцінили свою імовірність заразитися ВІЛ як середню (27% респондентів), низьку (25%) або дуже низьку (22%).

Брак профілактичних послуг для чоловіків, які мають статеві стосунки з іншими чоловіками, може пояснюватися поширеністю дискримінації у їхньому середовищі. В Україні дуже поширена дискримінація за ознакою сексуальної орієнтації. Згідно з опитуванням 2005 року, яким було охоплено 500 геїв, лесбіянок, бісексуалів і людей зі зміненою статтю, 54% зазначили, що їх дискримінували через сексуальну орієнтацію, найчастіше на роботі або у закладах торгівлі [155]. Дискримінація набагато поширеніша серед тих, хто демонструє свою сексуальну орієнтацію (76%), ніж серед тих, хто її приховує (13%).

Працівники секс-бізнесу

Працівники секс-бізнесу, чисельність яких в Україні оцінюють у 200–250 тис. осіб, також мають підвищений ризик зараження ВІЛ [156]. Середній рівень поширеності ВІЛ серед жінок комерційного сексу становить близько 19%, варіюючи від 4% у Луцьку до 31% у Донецьку [157]. Згідно з урядовими оцінками, програми профілактики охоплюють близько 34% працівників секс-бізнесу [158].

Люди комерційного сексу обізнані з ВІЛ/СНІД. Опитування 1 413 осіб, які надають сексуальні послуги за плату, засвідчило, що 90% знають, що постійне використання презервативів під час сексуальних контактів знижує ризик передачі ВІЛ [159]. Згідно з опитуванням, працівники секс-бізнесу мають у середньому 12 клієнтів на тиждень, і хоча 80% сказали, що використовували презерватив зі своїм останнім клієнтом, лише 54% заявили про постійне використання презервативів упродовж останнього місяця. Ще менше працівників секс-індустрії обізнані з профілактичними та іншими послугами, і ще менше користуються цими послугами. Близько 40% респондентів не знали про те, що АРВ-препарати можуть зменшити ризик передачі ВІЛ від матері до дитини. Хоча 40% респондентів знають про послуги, які надають урядові або неурядові організації працівникам секс-бізнесу та споживачам наркотиків, тільки 27% реально користувалися цими послугами.

60% респондентів зазначили, що вживають наркотики, що свідчить про потребу в координації послуг, які надають споживачам наркотиків і працівникам секс-бізнесу. Зв'язок між комерційним сексом та ін'єкційним вживанням наркотиків — чинник швидкого зростання рівня передачі ВІЛ статевим способом, що відбувається в останні роки. Рівень поширеності ВІЛ серед тих працівників секс-індустрії, хто вживає ін'єкційні наркотики, коливається від 8,3% до 100%, залежно від

місця опитування. Серед тих працівників комерційного сексу, які не вживають наркотики, цей показник коливається від 0% до 21,1% [160].

В'язні

На грудень 2003 року серед в'язнів було зареєстровано близько 10 тис. випадків ВІЛ — це близько 15% загальної кількості в'язнів [161]. Незважаючи на цю статистику, у виправних закладах створено та впроваджують лише обмежену кількість програм запобігання захворюванню.

Відсоток в'язнів особливо високий серед споживачів наркотиків, що зумовлено агресивною політикою кримінального переслідування за володіння навіть малими кількостями наркотиків або ін'єкційними засобами із залишками наркотиків. 2005 року близько 20% всіх кримінальних справ було пов'язано з нелегальним використанням наркотиків, більшість з яких стосувалися особистого споживання, тобто "володіння, транспортування або зберігання незаконних наркотичних речовин без мети збуту" [162]. Споживання наркотиків у тюрмах також високе. Недавнє опитування засвідчило, що принаймні 13% в'язнів вживали наркотики під час ув'язнення [163]. Оскільки послуги профілактики ВІЛ і лікування наркозалежності обмежені, ризик зараження ВІЛ у тюрмах особливо високий. Згідно з оцінками, 70% ВІЛ-позитивних в'язнів є поточними або колишніми споживачами наркотиків.

Погані умови життя у багатьох тюрмах також підвищують ризик інших інфекцій, таких як туберкульоз. 2004 року Генеральна прокуратура визнала, що 1 з 20 в'язнів (11 тис. осіб з 200 тис.) має туберкульоз — цей показник у 112 разів вищий за відсоток для всього населення країни. Швидке поширення туберкульозу є, поміж іншого, наслідком того факту, що у тюрмах "хворих людей тримають разом у камерах зі здоровими в'язнями" [164]. Окрім високого рівня захворюваності на туберкульоз і ВІЛ, рівень одночасного інфікування на туберкульоз і ВІЛ також зростає. В Україні існує мало інформації про спротив організму препаратам, але є певні свідчення зростання поширеності [165]. Високий ризик перерваного або неповного лікування туберкульозу в тюрмах разом з умовами життя, які ідеальні для швидкої передачі, створюють потенціал для зростання рівня поширеності серед в'язнів туберкульозу, стійкого до багатьох ліків (MDR-TB), і його передачі населенню загалом, коли люди повертаються після відбуття строку.

Більшість заходів з профілактики ВІЛ у тюрмах впроваджують НУО за донорської підтримки. На вересень 2006 року програми профілактики охоплювали 29 зі 136 тюрмних установ [166, 167]. Уряд планує виділити 46 тис. дол. США з відновленої позики Світового банку на програми профілактики туберкульозу та ВІЛ у в'язницях. Із впровадженням гранту Шостого раунду Глобального фонду послуги профілактики буде поширено ще на 5 тис. в'язнів 2007 року та ще на 50 тис. — до 2011 року [168]. За даними Мережі неурядових організацій і кримінально-виконавчої системи України, найпоширенішими заходами профілактики у в'язницях є розповсюдження презервативів та інформаційних матеріалів, навчання в'язнів для подальшої передачі знань ними, інформаційні семінари та спеціальні радіопрограми для персоналу і в'язнів, а також психологічна підтримка та консультації [169].

Лікування

Догляд, підтримка та лікування – основоположні складники дієвого реагування.

Декларація про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД, вступ до частини "Догляд, підтримка та лікування"

Потрібно вирішити серйозні проблеми для поширення АРВ-терапії на 50 тис. осіб до 2010 року, як це задекларовано цільовим показником універсальної доступності.

"Дорожня карта щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ/СНІД, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 року", Міністерство охорони здоров'я та UNAIDS, квітень 2006 року

Ресурси Глобального фонду з 2004 року було спрямовано на суттєве розширення доступності антиретровірусної терапії, що призвело до негайного скорочення кількості смертей, пов'язаних зі СНІД. Проте на шляху подальшого розширення, яке має на меті охопити багато людей (ї їхня кількість зростає), які досі потребують лікування та догляду, стоїть кілька серйозних перешкод.

До 2004 року АРВ-терапія була доступна тільки 268 пацієнтам — 137 лікувала держава, а лікування решти (переважно вагітних жінок) фінансувала організація "Лікарі без кордонів" [170]. У серпні 2004 року ресурси Глобального фонду уможливили надання АРВ-терапії в шести регіонах, де проживає до 80% людей з ВІЛ/СНІД: АР Крим, Дніпропетровська, Донецька, Миколаївська, Одеська області та Київ [171].

У вересні 2006 року більш як 4 100 людей отримували АРВ-терапію. Лікування 3 400 з них фінансував Глобальний фонд, лікування близько 700 осіб — держава [172]. Підвищена доступність АРВ-терапії вже дала результати. На прес-конференції у вересні 2005 року заступник директора Українського центру профілактики і боротьби зі СНІД Міністерства охорони здоров'я Людмила Сторожук заявила, що запровадження АРВ-терапії призвело до зниження смертності від СНІД приблизно на 34% [173].

Щороку в рамках національної програми Міністерство охорони здоров'я розробляє план розширення доступу до діагностики, лікування, догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ/СНІД [174]. Деякі ключові складники плану на 2006 рік:

- підвищення кількості пацієнтів, які отримують АРВ-терапію, до 4 400 на кінець 2006 року (3 400 за рахунок ресурсів Глобального фонду і 1 000 за рахунок державних ресурсів);
- поширення АРВ-терапії ще на п'ять областей (Волинська, Кіровоградська, Рівненська, Сумська та Хмельницька);
- поліпшення координації заходів щодо туберкульозу та ВІЛ/СНІД.

На вересень 2006 року уряд так і не виконав свій цільовий показник надання АРВ-терапії 4 400 особам (Глобальний фонд досяг свого орієнтиру в 3 400 осіб).

Уряд також не досяг суттєвих здобутків у інтегруванні програм з туберкульозу та ВІЛ/СНІД, незважаючи на конференцію, яку було проведено 2005 року для сприяння координації заходів. Хоча Україна 2006 року прийняла рекомендації про діагностику легеневого та позалегового туберкульозу для людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, протокол про лікування одночасної інфекції туберкульозу та ВІЛ досі не розроблено та не впроваджено.

Перешкоди для універсального доступу до АРВ

Доступність АРВ сильно зросла, але, за оцінками UNAIDS і BOO3, близько 17 тис. людей потребують лікування, і попит, найімовірніше, зростатиме з огляду на зростання захворюваності на ВІЛ у всіх 27 регіонах. Згідно з цілями універсального доступу (визначеними у консультаціях з більш як 300 представниками урядових, неурядових і міжнародних організацій), до 2010 року АРВ-терапію буде поширено на більш як 50 тис. людей, які живуть з ВІЛ/СНІД [175]. Для цього потрібно вирішити низку суттєвих проблем, зокрема:

- Хоча споживачі ін'єкційних наркотиків — група найбільшого ризику інфікування ВІЛ, правоохоронна політика обмежує їхній доступ до інформації про діагностику ВІЛ і АРВ-терапію. Навіть якщо споживачі ін'єкційних наркотиків потребують відповідних послуг, вони не мають рівного доступу. ВІЛ-позитивні люди, яких підозрюють у вживанні наркотиків, часто отримують відмову в терапії, їх виганяють з лікарень, надають недостатні послуги або змушують платити за обслуговування, яке має бути безплатним [176]. Що більше, оскільки їхній доступ до замісної терапії обмежено, багато ВІЛ-позитивних споживачів наркотиків стикаються з проблемою перебування у лікарнях, які вимагають детоксикації перед цим [177]. За повідомленнями, лікарі у центрах ВІЛ/СНІД тримають наркозалежних пацієнтів у зачинених палатах, щоб не дати їм вжити наркотики під час перебування в лікарні [178].
- Враховуючи велику кількість ВІЛ-позитивних споживачів наркотиків, які проходять через тюрми України, доступ в'язнів до лікування має бути суттєво збільшено. У листопаді 2005 року Міністерство охорони здоров'я та Державний департамент з питань виконання покарань визначили, як потрібно організувати АРВ-терапію у тюрмах [179]. Проте організація лікування недостатня. Міністерство охорони здоров'я зазначило, що на початку 2006 року в одній в'язниці буде запроваджено АРВ-терапію для 30 ВІЛ-позитивних в'язнів, але наразі інформації про те, чи було це здійснено, немає. Одним із завдань пропозиції Шостого раунду Глобального фонду є поширення ВІЛ-лікування та догляду на 4 500 активних споживачів наркотиків і 500 в'язнів [180].
- Незважаючи на високий показник кількості лікарів на особу, відчувається брак спеціалістів з ВІЛ/СНІД [181]. Глобальний фонд підтримує певне навчання лікарів щодо ВІЛ/СНІД, але попит суттєво перевищує пропозицію [182]. Глобальний фонд також допомагає Міністерству охорони здоров'я розробляти порядок лікування ВІЛ/СНІД: для дорослих, дітей і тих, хто має опортуністичні інфекції [183]. Проте не здійснено жодної оцінки рівня дотримання цих інструкцій. Що більше, можливості лікарів пристосувати комбінації АРВ-пре-

паратів до індивідуальних потреб пацієнта обмежені через централізований підхід до планування, закупівель і розподілу АРВ-препаратів, що обмежує вибір доступних ліків [184]. Через обмежений бюджет вибір полягає у лікуванні багатьох пацієнтів стандартним набором ліків або у використанні більшої кількості ліків, що дасть змогу адресніше лікувати меншу кількість пацієнтів.

- Деякі експерти кажуть, що неефективність і брак прозорості у процедурах закупівель ліків Міністерства охорони здоров'я обмежують бюджет, доступний для закупівлі АРВ-препаратів [185]. 2004 року, наприклад, організація "Трансатлантичні партнери проти СНІД" виявила, що середньорічні витрати на лікування пацієнта АРВ-препаратами у Міністерстві охорони здоров'я становили 6 322 дол. США порівняно з 522 дол. США за аналогічне лікування, яке пропонує організація "Лікарі без кордонів". За даними Мережі, Міністерство охорони здоров'я платило за АРВ-препарати у 24 рази більше, ніж проект, який підтримує Глобальний фонд.

Ситуація погіршилася 2005 року, коли уряд платив за АРВ-препарати у 27 разів більше, ніж проект, що здійснювався за підтримки Глобального фонду. Громадські організації протестували проти закупівель і вимагали, щоб у майбутньому до складу тендерних комітетів входили представники громадськості [186]. У середині 2006 року заступник міністра охорони здоров'я Валентин Снісар запевнив, що ситуацію виправлено і що уряд вже не сплатує за ліки більше за ринкові ціни [187]. Своєю чергою Коаліція ВІЛ-сервісних організацій зазначила, що тендерні процедури не стали прозорішими і що в тендерному комітеті досі не з'явилося представників громадянського суспільства [188].

- Суттєві "приховані" витрати на пацієнтів з ВІЛ/СНІД є ще однією перешкодою для лікування. Хоча законодавство про СНІД і програма з ВІЛ/СНІД передбачають безплатну АРВ-терапію та іншу медичну допомогу, пацієнтам часто доводиться платити за діагностичні тести та лікування опортуністичних інфекцій. Аналогічно закон про СНІД передбачає, що лікарні, які відправляють пацієнтів на лікування в інші заклади, відповідають за відшкодування транспортних витрат пацієнтів з і до центрів лікування. Лікарні, утім, не мають окремої бюджетної статті на транспортування і не можуть покрити ці витрати.
- Хоча Глобальний фонд затвердив фінансування Шостого раунду на 2007—2011 роки, існують сумніви у довгостроковій стабільності АРВ-програми. З-поміж 4 100 осіб, які проходять АРВ-терапію, 3 400 (близько 83%) отримують підтримку від Глобального фонду [189]. Як зазначено вище, існує суттєвий фінансовий розрив між визначеними потребами та виділеними коштами на наступні п'ять років: фінансування Шостого раунду покриває близько 24%. Пріоритет Шостого раунду полягає у тому, щоб надати рівноправний доступ вразливим групам і групам високого ризику до профілактики, лікування, догляду та підтримки, тому уряду доведеться шукати додаткові джерела фінансування для лікування 50 тис. осіб, які, згідно з оцінками, потребуватимуть АРВ-терапію 2011 року.

Догляд і підтримка

У липні 2002 року Міністерство охорони здоров'я ухвалило концептуальні засади неметодичного догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ/СНІД. Вони містять три рівні підтримки: психологічну, соціальну та правову [190]. Проте засади не передбачають використання опіоїдних анальгетиків для вгамування болю. За даними Всеукраїнської ради захисту прав і безпеки пацієнтів, в українському законодавстві ніде не визначено ні порядку паліативного догляду, ні використання опіоїдних анальгетиків [191]. Як наслідок, за оцінками організації, на сьогодні забезпечено менш як 10% потреб пацієнтів в угамуванні болю опіоїдними анальгетиками [192]. У липні 2006 року Міністерство охорони здоров'я створило робочу групу для оцінки потреб у паліативній допомозі й опіоїдних анальгетиках, а також для розроблення інструкцій лікування, але їх досі не оприлюднено.

Фінансовані державою медичні служби мають суттєві регуляторні бар'єри у використанні опіоїдних та інших ліків паліативної медицини. Через жорсткі вимоги до ліцензування багато установ, які могли б надавати такі послуги, не мають ліцензії на зберігання та використання наркотичних засобів. У рамках опитування 40 державних медичних установ, зокрема туберкульозних лікарень, клінік для наркозалежних і центрів ВІЛ/СНІД, тільки 14 зазначили, що мають ліцензію на використання опіоїдних анальгетиків [193].

До того ж засади неметодичної підтримки занадто загальні та не визначають чіткого розподілу обов'язків за заходи [194]. У деяких випадках діяльність держави унеможливорюють жорсткі норми ліцензування, як це відбувається з опіоїдними анальгетиками. Як наслідок, наданням послуг догляду та підтримки займаються переважно НУО, а не державні установи.

У березні 2005 року Міністерство охорони здоров'я офіційно призначило кілька НУО надавачами неметодичних послуг догляду та підтримки, таких як консультування [195]. За підтримки Глобального фонду неурядові та релігійні організації почали впроваджувати програми догляду та підтримки, багато з яких координує і адмініструє Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД. Серед цих послуг є денний догляд за дітьми, групи взаємної підтримки, консультації з іншими пацієнтами, консультування сімей, консультування вагітних ВІЛ-позитивних жінок, догляд вдома та правові консультації [196]. Ці програми працюють тільки в обласних центрах і великих містах, а сільським мешканцям досі бракує доступу до прийнятних послуг догляду та підтримки.

НУО почали також навчати сім'ї та спільноти надавати допомогу людям, які живуть з ВІЛ/СНІД, але для достатньої підтримки цих ініціатив потрібні додаткові ресурси. Оскільки в лікарнях та клініках пацієнтам надають допомогу тільки в своїх приміщеннях і не відвідують їх вдома, лівова частка відповідальності за неметодичну допомогу падає на НУО, сім'ї та спільноти. Різні бар'єри для доступу до служб у рамках системи охорони здоров'я — від браку транспорту до дискримінації — також свідчать про потребу розширювати догляд на рівні дому та спільноти. Проте держава не виділила жодних ресурсів на цей напрям. Не існує

департаменту або агенції, яка відповідає за навчання та підтримку надавачів послуг невідкладної допомоги.

Найважливіша співпраця між ВІЛ/СНІД-лікарнями та НУО пропонує можливі моделі надання комплекснішої допомоги. Як пояснив лікар центру ВІЛ/СНІД в Полтаві, центр має угоди з двома НУО — місцевою філією Мережі та організацією "Світло надії", яка надає пацієнтам консультативну та психологічну підтримку [197]. Київський ВІЛ/СНІД-центр тісно співпрацює з Міжнародним благодійним фондом "Вертикаль", який надає клієнтам інформацію про життя з ВІЛ/СНІД; здійснює до- та післятестове консультування; допомагає з перевезенням до та з лікарні; доставляє АРВ-препарати, якщо пацієнт не може відвідати лікарню; надає інформацію про групи взаємної допомоги та послуги, які надають інші урядові та неурядові організації [198].

Ці організації у Полтаві та Києві підписали угоди про співпрацю з відповідними центрами ВІЛ/СНІД. В обох містах організації розташовані в тих самих будівлях, що і центри ВІЛ/СНІД, та доступні для клієнтів. За словами Наталії Ковнір, регіонального координатора Мережі, аналогічна співпраця відбувається у всіх регіонах [199]. Мережа намагається сприяти партнерству між її місцевими філіями та центрами ВІЛ/СНІД, надаючи технічну допомогу, навчання та консультації.

Існують певні переваги від надання неурядовими організаціями послуг догляду та підтримки людям, які живуть з ВІЛ/СНІД. Працівники НУО менш схильні до дискримінації споживачів наркотиків та інших вразливих груп, ніж медичні працівники в державних лікарнях. Причиною такою ситуації може бути те, що серед персоналу багатьох організацій догляду та підтримки є багато колишніх споживачів наркотиків або людей, які зазнали безпосереднього впливу проблеми. Завдяки їхньому унікальному досвіду ці люди можуть бути кращими за лікарів, медсестер та інших підготовлених медичних працівників у наданні консультацій, психологічної підтримки та інших послуг підтримки.

Моніторинг та оцінка

Періодично переглядати державну політику із залученням громадянського суспільства, особливо людей, які живуть із ВІЛ/СНІД, вразливих груп і тих, хто доглядає за хворими.

Декларація про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД, Стаття 94

2005 року директор Українського центру профілактики та боротьби зі СНІД МОЗ України оголосила про намір розробити всебічну національну систему моніторингу й оцінки (МО), яка дала б змогу оцінювати ефективність державних програм з ВІЛ/СНІД та їх відповідність цілям, визначеним у Декларації UNGASS [200]. Передусім Міністерство охорони здоров'я прийняло перелік державних показників МО щодо ВІЛ/СНІД, розробило практичні вказівки і провело навчальні семінари регіонального рівня [201]. Наступні завдання передбачали заснування національного центру МО і вироблення плану щодо МО на період з 2007 до 2011 року [202]. Донори, в тому числі Глобальний фонд, також запропонували фінансову й технічну допомогу в розробленні національної системи МО. Фактично 3% гранту Глобального фонду виділено на моніторинг і оцінку [203].

Різні урядові й неурядові відомства вже збирають чималий обсяг даних, у тому числі епідеміологічну інформацію, здійснюють соціально-економічні дослідження і дослідження поведінки, готують звіти з фінансового менеджменту та різні оцінки наслідків з тематики проектів [204]. Проте не існує центрального відомства, яке координувало б чи об'єднувало ці зусилля. Тому, як наслідок, всі вони схильні оцінювати радше окремі організації чи програми, ніж політику національного рівня. Простежуються також прогалини в інформації щодо важливих сфер, таких як, наприклад, програми, націлені на чоловіків, які мають секс із чоловіками.

Найбільш всебічний моніторинг стосується збору епідеміологічних даних. Усі медичні заклади, що надають амбулаторну допомогу людям, які живуть із ВІЛ/СНІД, повинні заповнювати різноманітні звітні форми. Національний центр з ВІЛ/СНІД при Міністерстві охорони здоров'я відповідає за збір та аналіз цих даних, а також оприлюднення результатів. Існує паралельна система збору епідеміологічних даних щодо інфекцій, які передаються статевим способом. Зважаючи на те, що багато приватних клінік не поширюють даних про нові випадки, офіційна статистика досить часто висвітлює справжній стан речей неточно.

Нині міжнародні донори профінансували більшість соціальних досліджень і досліджень щодо поведінки, часто спільно з українськими дослідницькими установами, такими як Український інститут соціальних досліджень і Державний інститут у справах сім'ї та молоді. Наслідком такої співпраці стали численні дослідження з оцінки різних аспектів епідемії ВІЛ/СНІД серед вразливих груп, таких як особи, які надають сексуальні послуги за плату, і споживачі ін'єкційних наркотиків. Дослідницькі інститути, своєю чергою, часто співпрацюють з НУО, які тісно взаємодіють з цими групами, оскільки НУО мають кращий доступ і можуть надійніше забезпечити анонімність досліджень і конфіденційність лю-

дей, які беруть участь у дослідженні [205]. НУО надали чимало інформації про доступність профілактичної допомоги серед вразливих груп населення [206].

Організації громадянського суспільства долучаються до міжнародних процесів моніторингу на державному рівні відповідно до рекомендацій UNAIDS. Наприклад, кілька організацій брали участь у стратегічних засіданнях з допомоги в підготуванні 2005 року національного звіту UNGASS щодо поступу. Вони спільно написали додаток до звіту, який містив оцінку урядових зусиль у боротьбі проти стигми і дискримінації людей, які живуть із ВІЛ/СНІД, а також зусиль, спрямованих на забезпечення рівного доступу до профілактики, лікування і догляду груп ризику, залучення громадянського суспільства і вразливих груп населення до вироблення і впровадження політики щодо ВІЛ/СНІД [207]. Організації на кшталт Коаліції ВІЛ-сервісних організацій вважають, що цей рівень участі — величезний крок уперед, незважаючи на те, що офіційний звіт UNGASS висвітлив позицію уряду в тих випадках, коли були різні погляди (такі як чи використовувати оцінні дані чи дані офіційної статистики).

До того ж процес підготовки національного Плану забезпечення універсального доступу містив низку консультацій із різноманітними зацікавленими сторонами, у тому числі представниками громадянського суспільства і людьми, які живуть із ВІЛ/СНІД. Робоча група розробила низку завдань для забезпечення універсального доступу до профілактики, лікування, догляду і підтримки до 2010 року [208]. Імовірно, представники громадянського суспільства і надалі вимагатимуть від уряду звітності про виконання завдань з універсального доступу, тому що ці завдання збігаються з цілями, закріпленими у пропозиції Шостого раунду Глобального фонду, для яких визначено регулярні звіти про поступ і нагляд широким колом зацікавлених сторін.

2005 року Національна координаційна рада (НКР) взяла на себе роль координаційного механізму Глобального фонду, тому, як очікується, вона повинна розробити механізм, з допомогою якого організації громадянського суспільства зможуть обговорювати проблемні питання і між собою, і з представниками уряду, отримувати інформацію і впливати на політику у сфері ВІЛ/СНІД на національному рівні. Фактично всі шість комітетів НКР регулярно засідають, надаючи НУО можливість висловитися й обговорити відповідні питання з представниками уряду й іншими зацікавленими сторонами. Недавня поправка до статуту НКР обмежила потенційну роль організації у контролі над звітністю і зв'язками з громадськістю. Щоб обговорення комітету згодом увінчувалися реальними справами, НКР потрібно заслухати проблеми, ухвалити рішення і запропонувати уряду, які кроки можна здійснити. Однак, на жаль, НКР не засідає регулярно, хіба що для вироблення та внесення пропозицій на розгляд Глобального фонду. Що більше, немає гарантій, що уряд пристане на поради НКР.

Ще один механізм моніторингу дій уряду став доступний завдяки тому, що уряд зазвичай оприлюднює проекти своїх рішень в інтернеті або організовує громадські обговорення, щоб представники громадянського суспільства могли надати свої відгуки перед їхнім прийняттям. Наразі є кілька десятків проектів постанов Міністерства охорони здоров'я, відкритих для коментарів зацікавлених сторін [209]. На жаль, уряд не оприлюднює відгуків, які до нього надходять, а також

не повідомляє, чи розглянув і врахував він ці зауваження, тому ефективність таких електронних консультацій важко оцінити.

Крім того, при кожному міністерстві уряд створив консультаційну раду, яка складається з організацій громадянського суспільства і регулярно засідає, щоб обговорити проекти документів міністерства і внести свої відгуки. Утім, не всі НУО можуть претендувати на членство в цих консультаційних радах. Що більше, ради працюють без визначених пріоритетів чи цілей участі і не вирізняються ефективністю, якщо говорити про вплив на політику міністерств чи якість їхньої роботи [210].

Рекомендації

Україна посідає одне з перших місць у Європі за рівнем поширеності ВІЛ/СНІД і є однією з країн, де епідемія розвивається найбурхливішими темпами. Однак уряд демонструє свою політичну відданість справі контролю над поширенням ВІЛ і забезпечення лікування і підтримки людей, які живуть із ВІЛ/СНІД. Щоб реагувати на епідемію більш масштабно й ефективно, потрібно ще вирішити чимало питань. Рекомендації для національного уряду, наведені нижче, ґрунтуються на дослідженнях цього звіту і визначають сфери, які потребують поліпшення вироблення, впровадження і моніторингу політики з ВІЛ/СНІД.

- Пріоритизувати і збільшити фінансове забезпечення потреб, зумовлених ВІЛ/СНІД, аби покрити очікувану нестачу в понад 464 млн. дол. США у 2007 – 2011 роках і забезпечити ефективне використання й управління ресурсами, у тому числі з допомогою:
 - тісного переплетення процесів вироблення політики і планування бюджету, щоб гарантувати повне фінансування і впровадження всіх пропонованих програм з контролю над ВІЛ/СНІД;
 - посилення прозорості у процесах закупівлі ліків, наприклад, залучаючи представників громадянського суспільства до членства у тендерних комітетах;
 - вдосконалення адміністративної спроможності та процедур, щоб уникнути припинень чи затримок у наданні донорської допомоги в майбутньому.
- Суттєво розширити участь громадянського суспільства у плануванні, впровадженні та моніторингу програм з ВІЛ/СНІД, у тому числі з допомогою:
 - посилення спроможності НКР до ефективної координації між секторами для підтримки участі й прозорості;
 - залучення НУО до проведення тестів на виявлення ВІЛ та надання інших послуг, а також до впровадження соціально-орієнтованих програм серед вразливих груп населення.
- Забезпечити рівний доступ до послуг з профілактики, лікування, догляду та підтримки вразливих груп населення, а саме споживачів ін'єкційних наркотиків, осіб, які надають сексуальні послуги за плату, в'язнів і чоловіків, які мають секс із чоловіками, завдяки таким заходам:
 - ліквідація норм міліцейських арештів за підозрою у злочинах, пов'язаних з наркотиками, що перешкоджає заходам профілактики ВІЛ/СНІД, щоб міліція могла тісніше співпрацювати з центрами профілактики та лікування ВІЛ/СНІД;
 - реагування на дискримінацію в наданні медичної допомоги завдяки регулярному навчанню працівників медичної сфери;
 - підвищення ефективності й інтегрування лікування ВІЛ/СНІД, туберкульозу і наркотичної залежності через забезпечення доступу клієнтів до всебічної допомоги (три послуги в одному закладі) і забезпечення узго-

- дженого лікування й догляду активним споживачам наркотиків і тим, хто паралельно інфікований туберкульозом/ВІЛ або ж має всі три хвороби;
- поліпшення послуг у в'язницях, наприклад, через видавання презервативів і чистих інструментів для ін'єкцій, а також через розбудову спроможності до швидкого забезпечення АРВ-препаратами і лікування опортуністичних інфекцій.
- Сприяти ефективному та масштабному лікуванню АРВ-препаратами і лікуванню опортуністичних інфекцій за допомогою:
 - забезпечення безплатного АРВ-лікування та інших послуг для людей, які живуть із ВІЛ/СНІД, як передбачено у національній програмі з ВІЛ/СНІД, через ліквідацію "прихованих" витрат на лікування, серед яких: оплата діагностичних тестів, лікування опортуністичних інфекцій, витрати на перевезення;
 - координування закупівель між державними і регіональними органами виконавчої влади, аби уникнути проблеми недофінансування ліків або їхнього дефіциту;
 - наймання на роботу і навчання більшої кількості спеціалістів з ВІЛ/СНІД, забезпечення повної відповідності протоколам лікування ВІЛ/СНІД.
 - Розширювати замісну терапію задля забезпечення доступу від 60 до 238 тис. споживачам наркотиків (за попередніми оцінками), які потребують замісної терапії, щоб уникнути поширення ВІЛ і максимізувати ефективність АРВ-лікування і лікування опортуністичних інфекцій споживачів наркотиків через:
 - забезпечення належного фінансування замісної терапії із загального бюджету на охорону здоров'я, а не тільки обмеженого бюджету, спрямованого на боротьбу з ВІЛ/СНІД;
 - дозвіл на замісну терапію в лікарнях, аби пацієнти в разі потреби могли отримати належну допомогу без примусової детоксикації та переривання;
 - впровадження до кінця 2007 року кампанії з пропагування замісної терапії з використанням метадону і забезпечення доступності цієї дешевшої форми замісної терапії в необхідному обсязі;
 - заміну ув'язнення реабілітаційними програмами або програмами замісної терапії й іншими відповідними терапевтичними програмами споживачам наркотиків, які володіють невеликими обсягами наркотиків без намірів продати їх чи передати комусь іншому.
 - Заохочувати більше людей проходити тести на ВІЛ, особливо тих, хто належить до груп ризику — споживачів наркотиків та осіб, які надають сексуальні послуги за плату, за допомогою:
 - збільшення кількості центрів консультування та тестування, особливо в сільській місцевості, і забезпечення того, аби такі центри й інші установи (наприклад, наркологічні клініки й туберкульозні диспансери) пропонували добровільне і конфіденційне тестування, а також консультування до та після тестування;

- ліквідації чинної зараз процедури, за якою від ВІЛ-позитивних людей вимагають письмово підтвердити ознайомлення з кримінальною відповідальністю;
 - активнішої ролі НУО в тестуванні, наприклад, завдяки заохоченню партнерських відносин із лікарнями й іншими пунктами діагностики, а також завдяки скасуванню законодавства, яке забороняє НУО бути причетними до тестування;
 - запровадження і зміцнення механізмів захисту людей від будь-яких виявів дискримінації і порушення конфіденційності, а також забезпечення їхнього права на оскарження, судові позови й отримання відшкодування за заподіяні збитки.
- Провести інформаційну кампанію з ознайомлення людей із небезпекою передачі ВІЛ, доступом до тестування і послуг, а також важливістю подолання стигми та дискримінації; забезпечити широке й ефективне поширення чіткої й актуальної нині інформації, в тому числі через:
 - оцінку впливу на поведінку і рівень обізнаності людей;
 - зміцнення законодавчої бази, яка передбачала б виділення приблизно 5% рекламного часу на оголошення соціального змісту; координування інформаційних повідомлень, які стосуються проблематики ВІЛ/СНІД, аби уникнути суперечливої інформації.

Посилання

1. World Bank, Country Brief 2006, <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/ECAEXT/UKRAINEEXTN/0,,menuPK:328543~pagePK:141132~piPK:141107~theSitePK:328533,00.html#Top>.
2. Видатки і доходи українських домашніх господарств 2002 року (Київ: Держкомстат, 2003), 351; Видатки і доходи українських домашніх господарств 2004 року (Київ: Держкомстат, 2005), с. 337.
3. Державний комітет статистики України, Статистичний бюлетень за січень – червень 2005 року, №. 02/1 – 14/17 (26 липня 2005 р.): с. 147 – 49.
4. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Європейська база даних "Здоров'я для всіх", www.who.dk/hfadbf/.
5. Там само.
6. Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, Соціально-економічний вплив ВІЛ/СНІД в Україні (Washington, D.C.: IHAU and the World Bank, 2006), http://siteresources.worldbank.org/INTUKRAINE/Resources/328335-1147812406770/ukr_aids_eng.pdf (accessed July 1, 2006).
7. Joint United Nations Programs on HIV/AIDS (UNAIDS), Report on the Global AIDS Epidemic: A UNAIDS 10th Anniversary Special Edition (Geneva: UNAIDS, 2006), 476.
8. WHO, Ukraine: Estimations of HIV/AIDS Prevalence and Treatment Needs, (WHO Regional Office for Europe, 2005), www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/SHA/surveillance/20050419_1.
9. IHAU and the World Bank, Socioeconomic Impacts of HIV/AIDS in Ukraine (Washington: IHAU and the World Bank, 2006), http://siteresources.worldbank.org/INTUKRAINE/Resources/328335-1147812406770/ukr_aids_eng.pdf.
10. Статистика щодо епідеміології ВІЛ/СНІД в Україні, дані Українського центру профілактики і боротьби зі СНІД, оприлюднені на веб-сайті Міжнародного альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, www.aidsalliance.kiev.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/en/library/statistics/index.htm.
11. Л. Бочкова й інші, Аналітичний звіт за ключовими результатами досліджень щодо відповіді країни на епідемію ВІЛ/СНІД і рекомендації для вироблення програми (Київ: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2005 р.), с. 6.
12. Коментарі учасників круглого столу у Міжнародному центрі перспективних досліджень за участі Public Health Watch, Київ, Україна, 24 лютого 2006 р.
13. А. Щербинська й інші, Проблеми ВІЛ, СНІД, наркотичної залежності і хвороб, які передаються статевим шляхом, в Україні (Київ: Український центр профілактики та боротьби зі СНІД при Міністерстві охорони здоров'я, 2005 р.).
14. Там само.
15. Обговорення презентації А. Щербинської, Я. Гайович. Огляд епідемії ВІЛ/СНІД в Україні: внесок ін'єкційних споживачів наркотиків у поширення епідемії, Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, Національна конференція зі зменшення шкоди, Київ, 15 – 17 лютого 2006 р.
16. Міністерство охорони здоров'я, Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД, 2005 р.

17. Головний нарколог Міністерства охорони здоров'я України, "Огляд ситуації із споживанням наркотиків в Україні" (презентація, Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, Національна конференція зі зменшення шкоди, Київ, 15 – 17 лютого 2006 року).
18. О. Балакірева, Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків (Київ: Центр соціального моніторингу і UNICEF, 2003 р.).
19. Open Society Institute, Harm Reduction Development 2005: Countries with Injection-Driven HIV Epidemics, International Harm Reduction Development Program 2006, с. 30.
20. О. Яременко, О. Балакірева, Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідеміологічного нагляду другого покоління (Київ: Державний інститут у справах сім'ї та молоді, 2004 р.), с. 169 – 170.
21. Там само, 5.
22. Там само.
23. Міністерство охорони здоров'я, Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД.
24. О. Яременко та інші, Моніторинг поведінки осіб, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епідеміологічного нагляду другого покоління (Київ: Державний інститут у справах сім'ї та молоді, 2004 р.), с. 6.
25. Л. Бочкова й інші, Аналітичний звіт за ключовими результатами досліджень щодо відповіді країни на епідемію ВІЛ/СНІД і рекомендації для вироблення програм (Київ, Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2005 р), с. 6.
26. Форма для пропозиції Шостого раунду Глобального фонду, www.theglobalfund.org/search/docs/6UKRH_1448_0_full.pdf.
27. M. J. van der Werf and others, "Tuberculosis-HIV Co-infection in Kyiv City, Ukraine," *Emerging Infectious Diseases* 12, No. 5 (May 2006): 766 – 68.
28. С. Гордієнко, "Туберкульоз: Оцінка ситуації," *Здоров'я України*, № 107 (листопад 2004 р.).
29. Інститут фтизіатрії і пульмонології Української академії медичних наук України, Аналітична записка про епідемію ТБ в Україні, www.ifp.kiev.ua/doc/staff/analytic2006.pdf.
30. WHO, Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing, March, 2007, www.who.int/tb/publications/global_report/en/index.html.
31. Телефонне інтерв'ю з Оленою Нечосіною, виконавчим директором Коаліції ВІЛ-сервісних організацій, Київ, Україна, 10 травня 2006 р.
32. Коментарі учасників круглого столу МЦПД/Public Health Watch, Київ, Україна, 24 лютого 2006 р.
33. Форма для пропозиції Шостого раунду Глобального фонду, www.theglobalfund.org/search/docs/6UKRH_1448_0_full.pdf.
34. Коментарі учасників круглого столу МЦПД/Public Health Watch, Київ, Україна, 24 лютого 2006 р.
35. Інститут фтизіатрії і пульмонології Української академії медичних наук України, Аналітична записка про епідемію ТБ в Україні, www.ifp.kiev.ua/doc/staff/analytic2006.pdf.

36. Там само, с. 3.

37. The World Bank, "The World Bank Lifted Suspension of the \$60 Million TB and HIV/AIDS Control Project," November 23, 2006, <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/ECAEXT/UKRAINEEXTN/,,contentMDK:21137725~menuPK:328539~pagePK:2865066~piPK:2865079~theSitePK:328533,00.html>.

38. Кабінет Міністрів України, "Концепція державної цільової програми щодо контролю за туберкульозом в Україні на 2007 – 2011 рр.", затверджена Постановою Кабінету Міністрів України № 354, 24 червня 2006 р.

39. M. J. van der Werf and others, "Health Care Seeking Behaviour for Tuberculosis Symptoms in Kiev City, Ukraine," *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 10, no. 4: 390 – 95.

40. Коментарі учасників круглого столу МЦПД/Public Health Watch, Київ, Україна, 24 лютого 2006 р.

41. Доповідь міністра охорони здоров'я Миколи Поліщука, 26 квітня 2005 р., www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=3479.

42. А. Щербинська та ін., Проблеми ВІЛ, СНІД, наркотичної залежності і хвороб, які передаються статевим шляхом, в Україні (Київ: Український центр профілактики і боротьби зі СНІД при Міністерстві охорони здоров'я, 2005 р.)

43. Департамент комунікацій влади та громадськості Секретаріату Кабінету Міністрів України, "Сільська медицина: Стан тяжкий, але уряд змінює ситуацію на краще", 4 червня 2006 р., www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/printable_article?art_id=33356395.

44. Там само.

45. WHO, European health for all database, <http://data.euro.who.int/hfad/b/>.

46. Указ Президента № 461/2001, згідно з яким 2002 рік було оголошено Роком боротьби із СНІДом в Україні.

47. Промова міністра закордонних справ Костянтина Грищенка, www.mfa.gov.ua/mfa/ua/publication/content/3117.htm.

48. Стан охорони здоров'я та виконання програми Кабінету Міністрів України "Назустріч людям" на підсумковій колегії МОЗ України за I півріччя 2005 року Доповідь міністра охорони здоров'я, липень 2005 р., www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=4007.

49. United Nations Development Programme (UNDP), *Factors in the Formation of Public Policy towards HIV/AIDS in Ukraine: Report on a Survey of Top Officials at Various Levels of Government* (Kyiv: UNDP, 2005), 18.

50. Ухвалена рішенням Кабінету Міністрів № 264, 4 березня 2004 р.

51. План дій Україна – Європейський Союз, www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=12853472&cat_id=12852714.

52. Інтерв'ю з колишніми споживачами наркотиків, реабілітаційний наркологічний центр, Знам'янка Кіровоградської області, 12 листопада 2005 р.

53. Міністерство охорони здоров'я, Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД.

54. Інтерв'ю з Оленою Воскресенською, заступником голови Української місії, СНІД-Фонд "Схід – Захід", Київ, Україна, 4 листопада 2005 р.
55. Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, Доступ до прав і послуг людей, які живуть з ВІЛ/СНІД: Результати соціологічного дослідження (Київ: ІНАУ, 2004 р.)
56. Міністерство охорони здоров'я, Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД, с. 25.
57. Там само, с. 22.
58. Інтерв'ю з Тетяною Бордуніс, юристом Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, Київ, Україна, 27 жовтня 2005 р.
59. Там само.
60. "Rhetoric and Risk: Human Rights Abuses Impeding Ukraine's Fight against HIV/AIDS," Human Rights Watch 18, no. 2(D) (March 2006): 45. Також доступно на <http://hrw.org/reports/2006/ukraine0306/>.
61. Там само, 46 – 47 Також доступно на <http://hrw.org/reports/2006/ukraine0306/>.
62. Там само, 50. Також доступно на <http://hrw.org/reports/2006/ukraine0306/>.
63. О. Яременко, О. Балакірева, Моніторинг поведінки осіб, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епідеміологічного нагляду другого покоління (Київ: Державний інститут у справах сім'ї та молоді, 2004 р.).
64. О. Балакірева й інші, Доступ ВІЛ-позитивних жінок до якісних послуг з охорони репродуктивного здоров'я та материнства (Київ: Український інститут соціологічних досліджень, 2004 р.), с. 9 – 10.
65. Інтерв'ю з Тетяною Бордуніс, 27 жовтня 2005 р.
66. "Rhetoric and Risk: Human Rights Abuses Impeding Ukraine's Fight against HIV/AIDS," Human Rights Watch 18, no.2(D) (March 2006): 48 – 49. Також доступно на <http://hrw.org/reports/2006/ukraine0306/>.
67. Інтерв'ю з колишніми споживачами наркотиків, реабілітаційний наркологічний центр, Знам'янка Кіровоградської області, 12 листопада 2005 р.
68. Інтерв'ю з Тетяною Бордуніс, 27 жовтня 2005 р.
69. Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, Доступність послуг та права людей, які живуть з ВІЛ в Україні: результати соціологічного дослідження (Київ: Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2004 р.), с. 7, www.aidsalliance.kiev.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/ru/library/our/policy5/index.htm.
70. Там само.
71. Там само.
72. Інтерв'ю з Тетяною Бордуніс, 27 жовтня 2005 р.
73. "Про організацію робочої групи для розробки проекту Концепції національної політики з ВІЛ/СНІД на період до 2011 р.", Міністерство охорони здоров'я, наказ № 397, 26 серпня 2003 р.
74. Інтерв'ю з Тетяною Бордуніс 27 жовтня 2005 р. і Оленою Нечосіною, виконавчим директором Коаліції ВІЛ-сервісних організацій, Київ, Україна, 1 жовтня 2005 р.

75. Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, Робочі групи для підготовки заявки на продовження фінансування програми "Подолання ВІЛ/СНІД в Україні", друга стадія, www.aidsalliance.kiev.ua/ru/requestcf/pdf/wg_membership_final.doc.
76. Міністерство охорони здоров'я та UNAIDS, "Дорожня карта щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ/СНІД, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 року", квітень 2006 року, www.network.org.ua/pdf/ukraine-ua-report-eng.pdf. Цілі універсального доступу включають профілактику (охоплення 60% представників груп найбільшого ризику та 70% представників груп середнього та низького ризику); лікування (охоплення більш ніж 50 000 пацієнтів); догляд і підтримка (охоплення не менш як 30% людей, які живуть з ВІЛ/СНІД).
77. "Про утворення Національної координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІД", постанова Кабінету Міністрів № 352, 16 травня 2005 р.
78. "Про утворення при Кабінеті Міністрів України Національної координаційної ради з питань запобігання захворюванню на СНІД", постанова Кабінету Міністрів № 1492, 13 серпня 1999 р.
79. "Про утворення Урядової комісії з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІД", постанова Кабінету Міністрів № 116, 7 лютого 2001 р.
80. Інтерв'ю з Наталією Ковнір, 27 жовтня 2005 р.
81. Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, Новини ВІЛ/СНІД: Політика й адвокація, 5—6 (травень 2005 р.). Можна також переглянути на: www.aidsalliance.kiev.ua/ru/library/our/policyupdate/pdf/policyupdate5.pdf.
82. О. Балакірева й інші, Епідемічна ситуація з ВІЛ/СНІД в Одеській області та аналіз профілактичних заходів (Київ: Видавництво Раєвського, 2006 р.)
83. Форма для пропозиції Шостого раунду Глобального фонду, www.theglobalfund.org/search/docs/6UKRH_1448_0_full.pdf.
84. Службова записка восьмої зустрічі зацікавлених сторін, Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 14 лютого 2006 р, www.aidsalliance.kiev.ua/ru/gfund/meetings/8stakeholders_meeting/Memo-Stakeholders%20140206.doc.
85. Лист до Президента, www.aidsalliance.kiev.ua/ru/news/pdf/plh2vau.doc.
86. Міністерство охорони здоров'я, "Міністр охорони здоров'я Поляченко зустрівся з керівниками неурядових міжнародних і громадських організацій", 5 травня 2006 р., www.moz.gov.ua/ua/main/press/?docID=5726.
87. Кабінет Міністрів України, "Відбулося засідання Національної координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІД", 10 травня 2006 року, www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=36499024&cat_id=2306457. Національна доповідь з поступу UNGASS, оприлюднена на веб-сайті Міністерства охорони здоров'я у лютому 2006 р., свідчить, що доповідь "було схвалено Міністерством охорони здоров'я України 30 грудня 2005 р. і згодом її схвалила Національна координаційна рада з питань ВІЛ/СНІД". Утім, НКР не засідала для її перегляду до 10 травня 2006 р., за інформацією Кабінету Міністрів.
88. Адреса вебсайту НКР була www.nccs.kiev.ua.
89. Рішення Кабінету Міністрів, № 1379, 4 жовтня 2006 р.
90. "Про заснування комітету з боротьби проти ВІЛ/СНІД та іншими соціально небезпечними хворобами", постанова Кабінету Міністрів № 759, 31 травня 2006 року.

91. Kaiser Family Foundation, "World Bank Suspends \$60M Project to Fight TB, HIV/AIDS in Ukraine," April 13, 2006, www.kaisernetwork.org/daily_reports/rep_index.cfm?DR_ID=36620.
92. World Bank, "World Bank Suspends Ukraine Tuberculosis and HIV/AIDS Control Project," April 13, 2006, <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/ECAEXT/UKRAINEEXTN/0,,contentMDK:20886745-menuPK:50003484-pagePK:141137-piPK:141127-theSitePK:328533,00.html>.
93. Прес-конференція міністра охорони здоров'я Юрія Поляченка, 20 червня 2006 року, <http://ua.proua.com/speech/2006/06/21/082714.html>.
94. World Bank, "World Bank Ready to Restructure Suspended Tuberculosis and HIV/AIDS Control Project," <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/ECAEXT/UKRAINEEXTN/0,,contentMDK:20926517-menuPK:50003484-pagePK:141137-piPK:141127-theSitePK:328533,00.html>.
95. World Bank, "The World Bank Lifted Suspension of the \$60 Million TB and HIV/AIDS Control Project," November 23, 2006, <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/ECAEXT/UKRAINEEXTN/0,,contentMDK:21137725-menuPK:328539-pagePK:2865066-piPK:2865079-theSitePK:328533,00.html>.
96. Human Life International Europa, "A Mission of the Global Fund to Fight AIDS Takes Place in Ukraine," January 22, 2004, http://www.hli.org.pl/cgi-bin/hlinews_ukr/fullnews.cgi?newsid1074788386,49287.
97. The Global Fund, "The Global Fund Acts to Secure Results for Its Programs in Ukraine," January 30, 2004, www.theglobalfund.org/en/media_center/press/pr_040130.asp.
98. Міністерство охорони здоров'я, "Координаційний механізм країни висловив своє ставлення до реалізації проекту Глобального фонду в Україні", 30 січня 2004 р., www.moz.gov.ua/ua/main/press/?docID=1136.
99. Там само.
100. Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, "Глобальний фонд підписав лист про намір відновити свою програму з протидії ВІЛ/СНІД в Україні", 24 лютого 2004 року, www.aidsalliance.kiev.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/ua/news/all/0047.
101. Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, "151 млн. дол. на подолання ВІЛ/СНІД в Україні," повідомлення для друку, 7 листопада 2006 р., <http://network.org.ua/test/2006/11/07/151-mln-dol-ssha-na-borotbu-z-vilsnid-v-ukrayini>.
102. Міністерство охорони здоров'я, "Відбулося засідання Національної координаційної Ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІД" прес реліз, 11 грудня 2006 р., <http://www.moz.gov.ua/ua/main/press/?docID=7143>.
103. Інтерв'ю з Денисом Полтавцем, консультантом, Міжнародний фонд "Відродження", 30 листопада 2005 р.
104. Там само.
105. "Поширення замісної терапії у світі", www.aidsalliance.kiev.ua/ru/news/pdf/prreliz/informationonst_290107.pdf.
106. А. Ільченко, "Чи загрожує метадон державній безпеці? Замінник героїну має своїх прибічників і критиків", "Сьогодні" (3 серпня 2004 р.), с. 7.
107. Міністерство охорони здоров'я, "Відбулося засідання Національної координаційної Ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІД" прес-реліз, 11 грудня 2006 р., <http://www.moz.gov.ua/ua/main/press/?docID=7143>.

108. The WHO Model List of Essential Medicines, http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/a87017_eng.pdf. See also announcement of addition of methadone to this list at www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/news/essential_20050704.
109. Clinton Foundation, "Clinton Foundation HIV/AIDS Initiative Announces Partnership with ANTIAIDS and the Victor Pinchuk Foundation," press release, September 19, 2006, www.clintonfoundation.org/091906-nr-cf-hs-ai-pr-clinton-foundation-announces-partnership-with-antiaids-and-the-victor-pinchuk-foundation.htm.
110. Форма для пропозиції Шостого раунду Глобального фонду, www.theglobalfund.org/search/docs/6UKRH_1448_0_full.pdf.
111. UNDP, "Ukraine and HIV/AIDS: Time to Act," special report of the Human Development Report, 2003.
112. Форма для пропозиції Шостого раунду Глобального фонду, www.theglobalfund.org/search/docs/6UKRH_1448_0_full.pdf.
113. Український центр профілактики та боротьби зі СНІД, Національний посібник з моніторингу й оцінки (проект, 2005 р.), с. 79.
114. Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, Доповідь про виконання програми "Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні", підтриманої ГФСТМ, www.aidsalliance.kiev.ua/ru/gfund/pdf/BriefProgrammeUpdateUkr.doc.
115. Трансатлантичні партнери проти СНІД (ТППС), Ефективний підхід до вирішення проблем епідемії ВІЛ/СНІД в Україні: проекту плану дій для нового Президента (Київ, ТППС, 2005 р.), с. 9.
116. ЛІГА Бізнес Інформ, "Закупочные цены на лекарства для больных ВИЧ/СПИД будут снижены на 80 – 90%", 17 мая 2006 г., www.liga.net/news/190605.html.
117. О. Балакірева й інші, Епідемічна ситуація з ВІЛ/СНІД в Миколаївській області та аналіз профілактичних заходів (Київ: Видавництво Раєвського, 2006 р.), с. 91.
118. Міністерство охорони здоров'я, Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД, с. 17.
119. Там само, с. 7.
120. Там само.
121. Там само, с. 14 – 15.
122. Там само, с. 4.
123. Форма для пропозиції Шостого раунду Глобального фонду, www.theglobalfund.org/search/docs/6UKRH_1448_0_full.pdf.
124. Л. Бочкова й інші, Аналітичний звіт про ключові результати дослідження заходів країни, спрямованих на боротьбу з епідемією ВІЛ/СНІД, і рекомендації для вироблення програм, с. 5.
125. Інтерв'ю з колишніми споживачами наркотиків і ВІЛ-позитивними особами у Знам'янці Кіровоградської області. Див. також дослідження Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, за 2004 р.
126. Коментарі учасників круглого столу Міжнародного центру перспективних досліджень за участі Public Health Watch, Київ, Україна, 24 лютого 2006 р.
127. Там само.

128. Open Society Institute, Harm Reduction Developments 2005: Countries with Injection-Driven HIV Epidemics, 30.
129. Державна судова адміністрація України, Статистичний огляд діяльності судів загальної юрисдикції України впродовж 2005 р., <http://court.gov.ua/home/getfile.php?id=12557>.
130. Інтерв'ю з колишніми споживачами наркотиків, реабілітаційний наркоцентр, Знам'янка Кіровоградській області, 12 листопада 2005 р.
131. "Rhetoric and Risk: Human Rights Abuses Impeding Ukraine's Fight against HIV/AIDS," Human Rights Watch 18, no. 2(D) (March 2006), с. 3. Також доступно на <http://hrw.org/reports/2006/ukraine0306/>.
132. Там само, 3 – 4. Також доступно на <http://hrw.org/reports/2006/ukraine0306/>.
133. Там само, 40 – 43. Також доступно на <http://hrw.org/reports/2006/ukraine0306/>.
134. О. Яременко, О. Балакірева, Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідеміологічного нагляду другого покоління, с. 12.
135. Міністерство охорони здоров'я, Звіт про стан виконання Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004 – 2008 роки за 2005 рік, www.moz.gov.ua/ua/main/?docID=5708.
136. О. Яременко, О. Балакірева, Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідеміологічного нагляду другого покоління, с. 101.
137. Інформацію надав О. Остапов, голова правління Всеукраїнської асоціації зменшення шкоди.
138. Open Society Institute, Harm Reduction Developments 2005: Countries with Injection-Driven HIV epidemics, с. 29.
139. Міністерство охорони здоров'я, Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД, с. 14 – 15.
140. Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, "Новый год: подбиваем итоги и планируем будущее. Главные достижения года в противодействии эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине", прес-реліз, грудень 2005 року, www.aidsalliance.kiev.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/ru/library/press-releases/index.htm.
141. Всеукраїнська асоціація зменшення шкоди, МЦПД, Пріоритети у профілактиці ВІЛ/СНІД: стратегія зменшення шкоди, Київ, 2005, с. 17, <http://www.icps.com.ua/project.html?pid=18>.
142. О. Балакірева, М. Варбан, Оцінка можливостей розвитку програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків, Київ, Центр "Соціальний моніторинг", 2003.
143. О. Яременко, О. Балакірева, Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідеміологічного нагляду другого покоління, с. 16.
144. Joint WHO/UNAIDS/UNODC Mission on Opioid Substitution Therapy in Ukraine, June 2005.
145. Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, Поширення програм замісної терапії у світі, www.aidsalliance.kiev.ua/ru/news/pdf/prreliz/informationonst_290107.pdf.
146. Форма для пропозицій Шостого раунду Глобального фонду, www.theglobalfund.org/search/docs/6UKRH_1448_0_full.pdf.

147. Joint WHO/UNAIDS/UNODC Mission on Opioid Substitution Therapy in Ukraine, June 2005.
148. Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, "Розширення програм замісної терапії для наркозалежних з метою дієвої профілактики ВІЛ/СНІД в Україні", прес-реліз, www.aidsalliance.kiev.ua/ru/news/pdf/prreliz/pr290107_final.pdf.
149. Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, Аналітичний звіт за результатами дослідження "Оцінка чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні", 2006, http://www.aidsalliance.kiev.ua/ru/library/research/pdf/Final_report_size_GR_20_04_edd_copy.pdf.
150. Форма для пропозицій Шостого раунду Глобального фонду, www.theglobalfund.org/search/docs/6UKRH_1448_0_full.pdf.
151. Там само.
152. П. Смирнов, А. Щербинська, "Результати 3-го року впровадження гранту Глобального фонду", презентація, дев'ята зустріч зацікавлених сторін, Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 7 листопада 2006 року, http://www.aidsalliance.kiev.ua/ru/gfund/meetings/9stakeholders_meeting/presentation3rdyear_real.ppt.
153. Форма для пропозицій Шостого раунду Глобального фонду, www.theglobalfund.org/search/docs/6UKRH_1448_0_full.pdf.
154. Центр соціальних експертиз, Звіт про результати соціологічного дослідження "Моніторинг поведінки чоловіків, які мають секс із чоловіками, як компонент епідеміологічного нагляду другого покоління", 2004 рік.
155. А. Грибанов та інші, Дискримінація за критерієм кохання, Центр "Наш світ", с. 28.
156. Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, Аналітичний звіт за результатами дослідження "Оцінка чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні", 2006, http://www.aidsalliance.kiev.ua/ru/library/research/pdf/Final_report_size_GR_20_04_edd_copy.pdf.
157. О. Яременко та інші, Моніторинг поведінки працівників комерційного сексу як компонент епідеміологічного нагляду другого покоління.
158. Міністерство охорони здоров'я, Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД, с. 14 – 15.
159. О. Яременко та інші, Моніторинг поведінки працівників комерційного сексу як компонент епідеміологічного нагляду другого покоління.
160. Форма для пропозицій Шостого раунду Глобального фонду, www.theglobalfund.org/search/docs/6UKRH_1448_0_full.pdf.
161. Виступ голови Державного департаменту України з питань виконання покарань В. Львовчкіна на парламентських слуханнях з питань наркотиків і ВІЛ, 1 грудня 2003 року, www.rada.gov.ua/zakon/sk14/par_sl/sl011203.htm.
162. Державна судова адміністрація України, Статистичний огляд діяльності судів загальної юрисдикції України впродовж 2005 року, <http://court.gov.ua/home/getfile.php?id=13907>.
163. І. Л. Демченко, Моніторинг обізнаності та поведінки ув'язнених як компонент епідеміологічного нагляду другого покоління, Київ, 2005.
164. Агентство France Presse, "Україна застерігає про туберкульоз у тюрмах" (Ukraine Issues Warning on TB in Prisons), 16 квітня 2004 року.

165. M. J. van der Werf, "Health Care Seeking Behaviour for Tuberculosis Symptoms in Kiev City, Ukraine," *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 10, no. 4: 390.
166. П. Смирнов, А. Щербинська, "Результати 3-го року впровадження гранту Глобального фонду", презентація, дев'ята зустріч зацікавлених сторін, Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 7 листопада 2006 року, http://www.aidsalliance.kiev.ua/ru/gfund/meetings/9stakeholders_meeting/presentation3rdyear_real.ppt.
167. Дані Державного департаменту України з питань виконання покарань, www.kvs.gov.ua.
168. Форма для пропозицій Шостого раунду Глобального фонду, www.theglobalfund.org/search/docs/6UKRH_1448_0_full.pdf.
169. Мережа неурядових організацій і кримінально-виконавчої системи України, <http://prison.aids.ua/rus/project.html>.
170. Інтерв'ю з Жанною Пархоменко, представником організації "Лікарі без кордонів", Київ, Україна, 2 листопада 2005 року.
171. ІНАУ, 2004 Year Report (Kyiv: ІНАУ, 2005).
172. П. Смирнов, А. Щербинська, "Результати 3-го року впровадження гранту Глобального фонду", презентація, дев'ята зустріч зацікавлених сторін, Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 7 листопада 2006 року, http://www.aidsalliance.kiev.ua/ru/gfund/meetings/9stakeholders_meeting/presentation3rdyear_real.ppt.
173. "В Україні знижується смертність від ВІЛ/СНІД", "Кореспондент", 30 вересня 2005 року, www.korespondent.net/main/42533.
174. Наказ Міністерства охорони здоров'я № 156 від 24 березня 2006 року.
175. МОЗ і UNAIDS, "Дорожня карта щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ/СНІД, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 року", квітень 2006 року, www.network.org.ua/pdf/ukraine-ua-report-eng.pdf.
176. "Rhetoric and Risk: Human Rights Abuses Impeding Ukraine's Fight Against HIV/AIDS," *Human Rights Watch* 18, no. 2(D) (March 2006): 44 – 50.
177. Інтерв'ю з Олександром Юрченком, директором Київського центру профілактики та боротьби зі СНІДом, Київ, Україна, 11 листопада 2005 р.
178. Інтерв'ю із Станіславом Покутним, керівником проекту, "Клуб Еней", Київ, Україна, 8 листопада 2005 р.
179. "Про організацію антиретровірусної терапії хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД серед осіб, які утримуються в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах", інструкція № 186/607, Державний департамент України з питань виконання покарань та Міністерство охорони здоров'я, 15 листопада 2005 р.
180. Форма для пропозицій Шостого раунду Глобального фонду, www.theglobalfund.org/search/docs/6UKRH_1448_0_full.pdf.
181. "Лікарі без кордонів", Безперервність опіки: Модель піклування про людей, які живуть з ВІЛ/СНІД (Київ: Медики без кордонів, 2005 р.).
182. Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, Робочий план з лікування, закупівель і поставок на жовтень 2005 – вересень 2006 рр., www.aidsalliance.kiev.ua; П. Смирнов та А. Щербинська, "Результати третього року впровадження гранту Глобального Фонду" (презентація, дев'ята зустріч зацікавлених сторін Міжнародного альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, 7 листопада, 2006 р.), www.aidsalliance.kiev.ua/ru/gfund/meetings/9stakeholders_meeting/presentation3rdyear_real.ppt.

183. "Про поліпшення лікування пацієнтів, хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД", Міністерство охорони здоров'я, наказ № 580, 12 грудня 2002 р.
184. Інтерв'ю з Олександром Юрченком, 11 листопада 2005 р.
185. Інформацію надав Костянтин Рижков, менеджер із зв'язків з громадськістю Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ/СНІД. Аналіз ґрунтується на даних, отриманих з "Вісника державних закупівель" за 2004 – 2005 рр. і даних фінансових звітів проекту Глобального фонду.
186. "Особливості проведення тендерів із закупівлі антиретровірусних препаратів" Чинність закону, 4 березня 2005 р., www.rol.org.ua/newsitem.cfm?unid=1507.
187. "Як стимулювати проект", веб-портал Уряду України, 1 червня 2006 р., www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/printable_article?art_id=38617509.
188. "ВІЛ-сервісні неурядові організації б'ють на сполох", Громадський простір, 3 травня 2006 р. www.civicua.org/news/view.html?q=802107.
189. Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, Квартальний звіт, грудень 2005 р. www.aidsalliance.kiev.ua/ru/news/pdf/info/ib_ihaa.pdf.
190. "Ухвалення концепції невідкладної підтримки ВІЛ-позитивних пацієнтів і догляд за пацієнтами, хворими на СНІД", Міністерство охорони здоров'я, наказ № 284, 24 липня 2002 р.
191. Телефонне інтерв'ю з Олексієм Дашенком, експертом з охорони здоров'я і координатором Всеукраїнської ради захисту прав і безпеки пацієнтів, Київ, Україна, 16 листопада 2006 р.
192. Там само.
193. Інтерв'ю з Артуром Овсепяном, Всеукраїнська мережа людей, які живуть із ВІЛ/СНІД, Київ, Україна, 7 листопада 2005 р.
194. Інтерв'ю з представниками Всеукраїнської мережі людей, які живуть із ВІЛ/СНІД, Київ, Україна, 7 листопада 2005 р.
195. Міністерство охорони здоров'я, наказ № 141, 30 березня 2005 р.
196. Наталія Ковнір, Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, "Комплексні послуги для людей, які живуть з ВІЛ/СНІД" (презентація, дев'ята зустріч зацікавлених сторін щодо гранту Глобального фонду на боротьбу зі СНІД, туберкульозом і малярією, 7 листопада 2006 р.), www.aidsalliance.kiev.ua/ru/gfund/meetings/9stakeholders_meeting/network_present_sthmc_7_11_2006_eng_final.ppt.
197. Інтерв'ю з Володимиром Мілютінім, лікарем Полтавського центру з ВІЛ/СНІД, Полтава, Україна, 10 листопада 2005 р.
198. Інтерв'ю з Лесею Костюк, координатором Благодійного фонду "Вертикаль", 8 листопада 2005 р.
199. Інтерв'ю з Наталією Ковнір, регіональним координатором Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, Київ, Україна, 27 жовтня 2005 р.
200. З презентації Алли Щербинської, директора Українського національного центру профілактики та боротьби зі СНІД, під час національної конференції з моніторингу й оцінки, Київ, Україна, вересень 2005 р.
201. Г. Довбах, Рік роботи: аналіз результатів реалізації рекомендацій Першої конференції із розбудови національної системи моніторингу та оцінки (презентація, друга національна конференція з моніторингу й оцінки, організована Міжнарод-

ним альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні і Міністерством охорони здоров'я, 27 вересня 2006 р.), www.aidsalliance.kiev.ua/ru/gfund/monitoringandevaluation/2nd_conf/2nd_materials/year_from%20conference.zip.

202. Там само.

203. Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, План моніторингу й оцінки на період з 1 жовтня 2005 р. до 30 вересня 2008 р. (2005), www.aidsalliance.kiev.ua/ru/gfund/documents/pdf/MEplan2005_Ukr.doc.

204. Л. Бочкова та інші, Звіт з оцінки системи поточного моніторингу й оцінки і практик щодо ВІЛ/СНІД в Україні (Київ, МОЗ/UNAIDS, 2003 р.).

205. О. Яременко, О. Балакірева, Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідеміологічного нагляду другого покоління, с. 7.

206. Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, квартальний звіт, грудень 2005 р. www.aidsalliance.kiev.ua/ru/news/pdf/info/ib_ihaa.pdf.

207. Міністерство охорони здоров'я, Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД, с. 50 – 56.

208. Міністерство охорони здоров'я та UNAIDS, "Дорожня карта щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ/СНІД, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 року", квітень 2006 року, www.network.org.ua/pdf/ukraine-ua-report-eng.pdf.

209. Див. www.moz.gov.ua/ua/main/hcnews/?CID=8&_links=3487.

210. МЦПД, "Громадські ради: у діалозі влади і суспільства помилок припускаються обидві сторони", Вісник МЦПД 44, № 303 (19 грудня 2005 р.).

[Ми] визнаємо особливу роль і суттєвий внесок людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, молоді та громадянського суспільства у реагування на проблему ВІЛ/СНІД у всіх її проявах, а також визнаємо, що їх повне залучення та участь у розробленні, плануванні, впровадженні та оцінюванні програм критично важливі для розбудови ефективної реакції на епідемію ВІЛ/СНІД.

— Декларація UNGASS про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД, Стаття 33

Public Health Watch сприяє поінформованій участі громадянського суспільства у виробленні політики щодо туберкульозу та ВІЛ/СНІД. Моніторингові звіти проекту подають погляд громадянського суспільства на те, наскільки урядова політика відповідає міжнародним зобов'язанням, таким як Амстердамська декларація щодо зупинення туберкульозу та Декларація про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД, а також на те, якою мірою цю політику впроваджено у реальне життя. Моніторингові звіти у сфері ВІЛ/СНІД містять оцінки політики у В'єтнамі, Нікарагуа, Сенегалі, США й Україні.



OPEN SOCIETY
INSTITUTE



міжнародний центр
перспективних досліджень