

**‘Ходить по городу со шприцами – дело рискованное’: оценка масштабов доступа к услугам профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа для потребителей инъекционных наркотиков в странах бывшего Советского Союза – Украине и Кыргызстане**

Нил Спайсер<sup>1</sup>, Дарина Богдан<sup>2</sup>, Рори Бруга<sup>3</sup>, Эндрю Хармер<sup>1</sup>, Гулгун Мурзалиева<sup>4</sup>,  
Татьяна Семигина<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Факультет общественного здоровья и политики в сфере здравоохранения, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Кеппель Стрит, Лондон, WC1E 7HT, Великобритания.

<sup>2</sup> Школа социальной работы НаУКМА, ул. Г. Сковороды 2, Киев, 04070, Украина.

<sup>3</sup> Факультет эпидемиологии и общественного здоровья, Королевский колледж хирургов Ирландии, 123 Сент Стивенс Грин, Дублин 2, Ирландия.

<sup>4</sup> Центр анализа политики здравоохранения, ул. Тоголок Молдо 1, г. Бишкек, 720040, Кыргызстан.

Ведущий автор: Нил Спайсер

Адреса электронной почты:

НС: [neil.spicer@lshtm.ac.uk](mailto:neil.spicer@lshtm.ac.uk)

ДБ: [daryna.bogdan@gmail.com](mailto:daryna.bogdan@gmail.com)

РБ: [rbrugha@rcsi.ie](mailto:rbrugha@rcsi.ie)

ЭХ: [andrew.harmer@lshtm.ac.uk](mailto:andrew.harmer@lshtm.ac.uk)

ГМ: [gulgun@hpac.kg](mailto:gulgun@hpac.kg)

ТС: [tv\\_sem@ukma.kiev.ua](mailto:tv_sem@ukma.kiev.ua)

## Резюме

**Исторический контекст:** Несмотря на существенное увеличение потоков финансирования, поступающих от глобальных инициатив в области здравоохранения, включающих Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (далее - Глобальный фонд) и других доноров, амбициозная цель обеспечения всеобщего доступа к лечению ВИЧ/СПИДа до 2010 года, поставленная в 2005 году лидерами Большой восьмерки в г. Глениглс, не была достигнута. В странах бывшего Советского Союза (БСС) - регионе, признанном приоритетным высшими должностными лицами, - все еще существуют значительные преграды на пути ко всеобщему доступу к лечению. Наличие небольшого числа эмпирических исследований на тему доступа к услугам профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа в странах БСС является результатом ограниченного понимания и недостаточных масштабов проведения доступных интервенций. Данный доклад излагает многочисленные преграды к доступу к услугам профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа, с которыми сталкивается основная группа риска – потребители инъекционных наркотиков (ПИН).

**Методология:** Исследователями были проведены полуструктурированные интервью в Украине и Кыргызстане – странах БСС – с клиентами организаций, работающих при поддержке Глобального фонда (в Украине n=118, в Кыргызстане n=84), поставщиками услуг (в Украине n=138, в Кыргызстане n=58) и с целевой выборкой представителей заинтересованных сторон национального и субнационального уровней (в Украине n=135, в Кыргызстане n=86). Группой исследователей от каждой из стран был проведен системный тематический анализ *качественных* показателей, впоследствии используемых авторами данного доклада для сравнительного синтеза.

**Результаты:** Стигматизация ВИЧ/СПИДа и наркомании составляют серьезное препятствие на пути доступа к уходу и лечению ВИЧ/СПИДа для ПИН в обеих странах. Другие, родственные, преграды включают в себя следующее: криминализацию потребления наркотиков, дискриминацию со стороны государственных представителей услуг, ограниченные знания на тему ВИЧ/СПИДа, услуг и социальных выплат, с ним связанных, недостаток изделий медицинского назначения и оборудования и человеческих ресурсов, а также организационные, экономические и территориальные барьеры.

**Выводы:** Подходы в понимании всеобщего доступа часто предполагают, что увеличение масштабов распространения услуг автоматически приводит к увеличению масштабов доступа к таковым. Данное исследование продемонстрировало, что более широкое распространение услуг профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа в Украине и Кыргызстане не тождественно более высокому уровню доступа к этим услугам. Причиной тому служат многочисленные, комплексные, взаимосвязанные преграды к использованию услуг ухода и лечения ВИЧ/СПИДа на уровне предоставления данных услуг. Внешние и внутренние факторы системы здравоохранения являются ключевыми для понимания причин недостаточного доступа к услугам в странах БСС, где наблюдается низкий уровень или концентрированная стадия эпидемии ВИЧ/СПИДа. Доноры программ профилактики ВИЧ/СПИДа должны сконцентрировать внимание на выборе лучшего подхода к решению ключевых структурных и системных проблем, влияющих на доступ, которые включают в себя законодательную базу, запрещающую потребление наркотиков, ограниченную прозрачность и низкий уровень зарплат работников системы здравоохранения.

## Исторический контекст

На Саммите ООН в Глениглс, Шотландия, в 2005 году лидеры Большой восьмерки взяли на себя обязательство *“разработать и внедрить ряд инициатив в сфере профилактики ВИЧ, лечения и ухода с тем, чтобы как можно дальше продвинуться в достижении цели обеспечения всеобщего доступа к лечению к 2010 году для всех, кто в нем нуждается”* [1]. Несмотря на впечатляющие усилия со стороны глобальных инициатив в области здравоохранения и профилактики ВИЧ – таких как Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (далее - Глобальный фонд) – направленных на увеличение финансирования услуг по профилактике, уходу и лечению ВИЧ/СПИДа, более 5 миллионов из 9.5 миллионов людей по всему миру, нуждающихся в антиретровирусной терапии (далее – АРТ), все еще не получили к ней доступа. Подобные проблемы существуют и на пути расширения программ профилактики ВИЧ/СПИДа: согласно совместному отчету ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС, лишь 30 из 92 стран, добровольно предоставляющих эту информацию, начали воплощение программ обмена игл/шприцев, и только 26 внедрили опиоидную заместительную терапию (ОЗТ) к 2008 году [2].

На данный момент мировая общественность достигла консенсуса по вопросу необходимости расширения доступа и охвата лечением ВИЧ/СПИДа, включая программы профилактики для потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), работников секс-бизнеса (РСБ), заключенных и других групп повышенного риска [3]. Венская декларация, подписанная на XVIII Международной конференции по борьбе со СПИДом, прошедшей в 2010 году в Вене, помогла привлечь внимание мировой общественности к проблеме криминализации потребления незаконных наркотических веществ. Она подчеркнула роль таковой криминализации в странах Восточной Европы и Центральной Азии в распространении эпидемии ВИЧ/СПИДа в данных регионах – регионах, которые до недавнего времени не привлекали особого внимания

исследователей политики здравоохранения [4-6]. В Украине, например, наблюдаются наивысшие в Европе темпы роста эпидемии ВИЧ/СПИДа. В Кыргызстане и других странах Центральной Азии уровень эпидемии все еще низок. Но без эффективных программ распространение ВИЧ-инфекции там ускорится [3-5,7-22] (см. Табл. 1). В то время, как эпидемия ВИЧ/СПИДа в этих странах набирает обороты, и многие люди являются ВИЧ-позитивными, не зная об этом, и не пользуются базовыми услугами профилактики, лечения и ухода, число эмпирических исследований относительно доступа к услугам по уходу и лечению ВИЧ/СПИДа (помимо исследований генерализованных эпидемий в странах Африки к югу от Сахары и в странах с высоким уровнем доходов) не является достаточным [23-26].

Основанный в 2002 году, Глобальный фонд является международной финансовой организацией, администрируемой Секретариатом, расположенным в Женеве. Его задача состоит в привлечении и распределении средств для поддержки государственных программ борьбы с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией. Финансирование предоставляется правительствами ряда стран и донорскими организациями и направляется в виде грантов на программы профилактики, ухода и лечения в страны с низких и средним уровнем доходов, в которых одно или более из данных заболеваний носит эндемический характер. Гранты выделяются на основании заявок, составленных и предоставленных мультисекторными Страновыми координационными комитетами, которые, как правило, включают в себя представителей основных заинтересованных групп страны, а именно правительства, гражданского сообщества и партнеров в реализации проектов. Группа технической оценки, включающая в себя международных экспертов, проверяет и оценивает каждую заявку с точки зрения качества подготовки и технической обоснованности. В случае, если заявка одобрена Секретариатом и Правлением Глобального фонда, финансирование предоставляется одному или нескольким Основным реципиентам и администрируется

ими. Основными реципиентами, в большинстве случаев, выступают Министерство здравоохранения или финансов.

К декабрю 2010 года Глобальный фонд утвердил финансирование 600 программ в 150 странах на сумму 21.7 миллиарда долларов [27]. Глобальным фондом были предоставлены значительные внешние ресурсы для контроля эпидемии ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, что позволило расширить охват населения регионов услугами профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа [11-16]. Несмотря на то, что подобные программы, включая и программы с фокусом на ПИН, в Украине и Кыргызстане финансируются несколькими донорами, ресурсы, предоставленные Глобальным фондом, составляют значительную долю финансирования и обеспечивают предоставление услуг большому числу клиентов (см. Табл. 1). Программы Глобального фонда профинансировали предоставление услуг в сфере профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа в Украине и Кыргызстане как государственными учреждениями, так и неправительственными организациями. Во время проведения данного опроса (а именно – в 2007 - 2008 гг.) специализированные государственные СПИД-центры проводили большую часть тестирования и лечения ВИЧ-инфекции; государственные наркологические диспансеры проводили заместительную терапию среди ПИН, а неправительственные организации (НПО) предоставляли профилактические услуги, среди которых – программы снижения вреда (обмен игл/шприцев), раздача презервативов среди работников секс-бизнеса, а также программы повышения информированности и социальной поддержки среди ПИН. Некоторые из вышеуказанных услуг носили форму «полевых»; другие же предоставлялись в стационарном режиме [11,12].

**Таблица 1 Украина и Кыргызстан: выборочные данные об эпидемии ВИЧ/СПИДа и программах Глобального фонда в сфере ВИЧ/СПИДа**

	<b>Украина</b>	<b>Кыргызстан</b>
<b>Уровень распространения эпидемии</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Концентрированный</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Низкий</li> </ul>
<b>Число людей, живущих с ВИЧ/СПИДом</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 176,380 (на сентябрь 2010 г.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2,718 (на январь 2010 г.)</li> </ul>
<b>Процент взрослого населения, живущего с ВИЧ/СПИДом</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.6%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0.13%</li> </ul>
<b>Распространение эпидемии ВИЧ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рост на 16.8% в 2006 г.</li> <li>• Рост на 5.7% в 2009 г.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15-кратное увеличение за период 2001-06 гг.</li> </ul>
<b>Число потребителей инъекционных наркотиков</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оценочные данные в диапазоне от 230,000 до 360,000 (2009 г.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оценочные данные в диапазоне от 25,000 (2008 г.) до 54,000 (2002 г.)</li> </ul>
<b>Гранты Глобального фонда в сфере ВИЧ/СПИДа</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Первый раунд \$23,354,116</li> <li>• Шестой раунд \$131,537,035</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Второй раунд \$17,073,306</li> <li>• Седьмой раунд \$28,209,091</li> </ul>
<b>Гранты Глобального фонда в области ВИЧ/СПИДа как доля всего финансирования в области ВИЧ/СПИДа</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 72.2% (2004-08 гг.)<sup>1</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 47% (2007 г.)</li> </ul>
<b>Клиенты, пользующиеся услугами, финансируемыми Глобальным фондом</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6,070 людей, получающих АРВ терапию (на декабрь 2008 г.)<sup>2</sup></li> <li>• 195,379 ПИНов получили профилактические услуги (к 2009 г.)</li> <li>• 33,449 женщин-РСБ получили профилактические услуги (к 2009 г.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 242 людей, получающих АРВ терапию (на январь 2010 г.)</li> <li>• 20,057 ПИНов, участвующих в программах снижения вреда (в целом на средства гранта второго раунда в марте 2004 г. – феврале 2009 г.)</li> <li>• 10,849 РСБ пользовались профилактическими услугами (в целом на средства гранта второго раунда в марте 2004 г. – феврале 2009 г.)</li> </ul>

Источники: [3,9-11,15,17-22]

<sup>1</sup> Не включая расходы из собственного кармана

<sup>2</sup> К 2009 году, 11,900 людей получали АРВ терапию, из которых 10,787 – за средства госбюджета

Несмотря на все вышеизложенные усилия и повышенное финансирование, все еще существуют значительные преграды на пути доступа к услугам. В Украине, например, в 2007 году всего лишь 32.9% официально зарегистрированных людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС), когда-либо пользовались услугами по уходу и лечению, что составляет 13.1% предположительного числа всех ЛЖВС [17]. В Кыргызстане, несмотря на серьезное увеличение их масштабов, профилактическими программами не охвачены многие ПИН. Точное их количество измерить сложно. По некоторым расчетам, в 2008 году в Кыргызстане было как минимум 25,000 ПИН, из которых к 2008 году, по некоторым расчетам, 20,057 когда-либо были клиентами как минимум одной из программ снижения вреда, финансируемых Глобальным фондом. Это число – кумулятивное, что означает, что данные ПИН не являлись регулярными клиентами данных программ [28]. Помимо этого существует мнение, что в обеих странах в целях получения быстрых результатов, позволяющих удовлетворить требования доноров, осуществляющих финансирование согласно достигнутых целей, сформировалась тенденция финансирования и проведения программ среди легкодоступных групп, проживающих в городской местности, вместо того, чтобы соразмерно распределять ресурсы среди маргинальных групп, проживающих в селах или же других труднодоступных местах [11-16]. Подобная практика наблюдается и в других странах [29,30].

В данной статье мы излагаем и рассматриваем качественные результаты сравнительного исследования, проведенного в Украине и Кыргызстане в 2007 – 2008 гг., с целью пролить свет на результаты увеличения масштабов финансирования программ доступа к услугам профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа Глобальным фондом. Наше внимание, уделенное программам Глобального фонда, относящимся именно к ВИЧ/СПИДу, а не другим вирусам, передаваемым через кровь, отражает факт мобилизации значительных свежих глобальных ресурсов, направленных на увеличение



масштабов программ ВИЧ/СПИДа, и заинтересованности во влиянии таковых на широту доступа со стороны доноров, управленцев и практикующих специалистов. Данное исследование охватило услуги профилактики ВИЧ/СПИДа, предоставляемые НПО, ведущими работу среди ПИН, а именно: программы снижения вреда (обмен игл/шприцев) и повышения уровня осведомленности и социальной поддержки (как «полевых», так и стационарных). Нами также были приняты во внимание услуги тестирования на ВИЧ-инфекцию, лечения и ОЗТ, предоставляемые ПИНам обеих стран государственными учреждениями.

### **Концептуализация доступа к услугам здравоохранения и их использование**

Одним из определений «доступа» является степень «соответствия» предоставляемых услуг здравоохранения нуждам людей, на которых данные услуги направлены. Следующие факторы спроса и предложения влияют на модели потребления услуг: *наличие* (географическое расположение ресурсов здравоохранения по отношению к месту проживания целевых групп); *доступность по цене* (стоимость услуг здравоохранения по сравнению с платежеспособностью клиентов); и *приемлемость* (социально-культурные различия между потребителями услуг здравоохранения и учреждениями, их предоставляющими) [31-33]. Некоторые авторы объясняют понятие доступа к услугам здравоохранения обусловленностью множественными факторами на нескольких уровнях. Например, на уровне индивидуума или семьи, общества или же его ячейки, с точки зрения предоставления услуг, администрирования системы, межсекторальной политики, или же на уровне среды проживания человека [34-38].

Большинство печатных материалов на тему доступа концентрируются на наличии и географическом распределении услуг здравоохранения [39-45]. Время в пути, наличие общественного и частного транспорта и дорог, а также социально-экономические и демографические характеристики населения влияют на проходимые расстояния [39,44-45]. Экономические и социокультурные факторы, наряду с характеристиками системы

здравоохранения (например, время ожидания в очереди, часы работы учреждений, наличие человеческих ресурсов и товаров широкого потребления, а также бюрократические факторы), влияют на модели потребления данных услуг [39,44]. Экономическая (т.е. «всеобъемлющая») стоимость использования услуг здравоохранения включает в себя плату за пользование, неформальные взносы, транспортные затраты, стоимость издержек неиспользования альтернативных товаров или услуг и прерывание экономической активности на время поиска и потребления услуг здравоохранения [44,46-48]. Среди социокультурных факторов наблюдаются осведомленность общественности на тему здоровья и здравоохранения, уровень образованности и отношения полов, которые могут отвечать за несоразмерность доступа к услугам здравоохранения со стороны женщин и мужчин. Бытующие мнения и этиологические верования о здоровье и болезнях тоже влияют на то, обращается ли население за услугами здравоохранения [34,44,49-51]. Другие авторы выражали важность понимания многокомпонентности доступа к услугам здравоохранения, обусловленной следующими факторами: продолжительностью и непрерывностью предоставления услуг здравоохранения, преобладанием среди общественности определенных факторов (например, стигмы) или ссылками на традиционные модели использования услуг, следствиями динамической природы взаимоотношений между поставщиками услуг и пациентами, а также важностью контекста (т.к. вмешательство, эффективное в одной среде, не будет таковым в другой) [52].

Большинство исследований на тему доступа концентрировались на системах здравоохранения в целом, а не на услугах профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа конкретно. За последние десять лет выросло число эмпирических исследований доступа к услугам профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа, большинство из которых сосредотачивались на генерализованных эпидемиях в странах Африки к югу от Сахары и в странах с высоким уровнем доходов [23-26]. Исследования на тему ВИЧ/СПИДа и услуг, с ними связанных, проведенные в Восточной Европе и Центральной Азии,

обнаружили некоторые конкретные проблемы, с которыми сталкиваются ПИН, и пролили свет на их влияние на потребление услуг профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа. Среди них репрессивная, запретная политика относительно ПИН, вместе с широко распространенным вымогательством со стороны милиции и запугиванием ПИН и работников секс-бизнеса, стигма и дискриминация, проблемы в закупках и распределении материалов снижения вреда (очень часто их качество оставляет желать лучшего, или же их количество не является достаточным), неформальные платежи и другие затраты, принудительная регистрация и отсутствие конфиденциальности в вопросах предоставления услуг [53-66]. Тем не менее, наличие глубинного анализа *совокупности* препятствий к доступу очень ограничено. Исследования, проведенные на национальном уровне в Украине и Кыргызстане, проникли в суть моделей потребления услуг профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа, хотя в большинстве своем они сосредотачивались на опыте ЛЖВС с нечастыми ссылками на ПИН [4,5,7,8,52-56].

Целью данного доклада является углубление существующих знаний на тему доступа к услугам профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа. Исходя из полевой работы, проведенной в Украине и Кыргызстане, мы предоставляем глубинный качественный анализ доступа к услугам профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа среди настоящих и бывших ПИН. Как свой вклад в базу знаний в данной области, мы проливаем свет на комплексные взаимосвязанные преграды к доступу, с которыми сталкиваются ПИН, желающие воспользоваться различного рода государственными и неправительственными услугами профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа и наркозависимости. На основании опросов потребителей и поставщиков услуг профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа, а также других заинтересованных лиц мы определили и детально рассматриваем восемь ключевых факторов, ограничивающих доступ к услугам, финансируемым Глобальным фондом:

- стигматизация ВИЧ/СПИДа и наркомании;

- криминализация наркомании;
- дискриминация со стороны учреждений, предоставляющих услуги;
- наличие информации и осведомленность клиентов о ВИЧ/СПИДе и предоставляемых услугах;
- наличие товаров широкого потребления и человеческих ресурсов;
- экономические преграды;
- территориальные препятствия;
- организационные преграды и бюрократические ограничения.

Кроме этого, мы рассматриваем различные факторы, содействующие доступу к услугам, предоставляемым НПО (обмен игл/шприцев, повышение уровня осведомленности и программы социальной поддержки), и отличие последних от услуг, предоставляемых государственными учреждениями (тестирование на ВИЧ-инфекцию, лечение и ОЗТ).

## **Методология**

Этот доклад опирается на данные, собранные во время структурированных и полуструктурированных интервью, проведенных в 2007 - 2008 гг. в Украине и Кыргызстане. Среди опрошенных лиц были поставщики услуг, а также ПИН и бывшие ПИН, пользовавшиеся услугами, финансируемыми Глобальным фондом. Структурированные интервью состояли из нескольких открытых вопросов, которые мы рассматриваем в рамках данного анализа. Участники полуструктурированных интервью были предварительно отобраны из числа заинтересованных лиц национального и субнационального уровней и состояли из ключевых информаторов в сфере профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа в 2007 – 2008 гг. Среди них: руководство государственных и неправительственных учреждений, предоставляющих услуги профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа, ключевые представители правительства

на национальном и региональном уровнях, иностранные партнеры реализации проектов и администраторы национальных программ Глобального фонда. Нами было проведено следующее количество структурированных и полуструктурированных интервью: с клиентами, получающими услуги, финансируемые Глобальным фондом (в Украине n=118, в Кыргызстане n=84); с поставщиками услуг (в Украине n=138, в Кыргызстане n=58); и с заинтересованными лицами национального и субнационального уровней (в Украине n=135, в Кыргызстане n=86). Более подробные сведения о выборке смотрите в Табл. 2. Клиенты и поставщики услуг отбирались из числа организаций, финансируемых грантами Глобального фонда, - 32 государственных учреждений (тестирование на ВИЧ-инфекцию, лечение и ОЗТ) и 64 НПО (обмен игл/шприцев, повышение уровня осведомленности и программы социальной поддержки), функционирующих в трех отличных регионах, отобранных для полевой работы в каждой из стран. В Украине такими регионами выступили Киев (столица), Одесса (город с высоким уровнем распространения ВИЧ-инфекции) и Львов (город с низким уровнем распространения ВИЧ-инфекции). В Кыргызстане – Бишкек (столица), Ош и Джалал-Абад (города с высоким уровнем распространения ВИЧ-инфекции), а также Каракол (город с низким уровнем распространения ВИЧ-инфекции). Мы опросили как минимум одного клиента и одного поставщика услуг из полного перечня услуг выборки.

**Таблица 2 Величина выборок в исследовании**

	Украина	Кыргызстан	Итого
<b>Клиенты</b>	<b>118</b>	<b>84</b>	<b>202</b>
Женщины	41	40	81
Мужчины	77	44	121
Используют услуги НПО	79	56	135
Используют услуги госучреждений	42	28	70
<b>Поставщики услуг</b>	<b>138</b>	<b>58</b>	<b>196</b>
НПО*	88	23	111
Госучреждения**	50	35	85
<b>Представители заинтересованных лиц***</b>	<b>135</b>	<b>86</b>	<b>221</b>
<b>Число поставщиков услуг в выборке НПО*</b>	<b>71</b>	<b>25</b>	<b>96</b>
	49	15	64
Госучреждения**	22	10	32

\*Обмен игл/шприцев, повышение уровня информированности и программы социальной поддержки, некоторые из которых предоставлялись в формате аутрич, другие – со стационарных точек

\*\*Тестирование на ВИЧ-инфекцию, лечение, ОЗТ

\*\*\*Руководители государственных и неправительственных ВИЧ-сервисных организаций, ключевые должностные лица, международные партнеры в реализации проектов, страновые исполнители программ Глобального фонда

Интервью проводились местными исследователями на украинском и русском языках в Украине и на кыргызском и русском языках в Кыргызстане с использованием анкет, разработанных авторами данного доклада. До проведения опросов, анкеты были опробованы на небольшой группе людей и модифицированы для более близкого соответствия национальному контексту. Весь объем полевой работы проводился местными исследователями-профессионалами, владеющими навыками сбора качественной информации на деликатные темы, среди которых – темы ВИЧ/СПИДа и потребления нелегальных наркотиков. Их работодатели – исследовательские организации – не имели никакой зависимой связи с опрашиваемыми поставщиками услуг профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа. Выборка таковых представителей была составлена с целью сравнения поставщиков услуг как из числа НПО, так и

государственных учреждений в каждой местности. В исследовании принимали участие только организации-поставщики услуг, финансируемые грантами Глобального фонда. Клиенты таким образом отобранных поставщиков услуг опрашивались методом случайной выборки и должны были отвечать следующим требованиям: а) они все еще пользовались данной услугой и б) на момент опроса они пользовались данной услугой не менее месяца.

Люди, опрошенные из числа потребителей услуг, отбирались с согласия организаций-поставщиков услуг, которые знакомили потенциальных опрашиваемых с исследователями. Исследователи, в свою очередь, рассказывали клиентам о цели и методологии опроса и начинали интервью только после получения осознанного согласия со стороны клиентов. Все интервью проводились в отдельном помещении для обеспечения анонимности и конфиденциальности. В основном, таким помещением служили офисы или комнаты для консультаций на территории организации-поставщика услуг. Ни сотрудники последних, ни другие клиенты не присутствовали на этих интервью. Люди, нуждающиеся в услугах профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа, но ими не пользующиеся, не принимали участия в опросе, что было обусловлено трудностями их привлечения к исследованию. Одним из примеров таких трудностей является нахождение ПИНов, которые бы не относились с подозрением к исследованиям вне рамок учреждения-поставщика услуг профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа, ведь часто это означает подвержение их анонимности риску и большую уязвимость перед милицией.

Нами использовался целый ряд инструментов сбора данных. В первой фазе исследования, проведенной в 2007 году, мы использовали анкеты для опроса клиентов и поставщиков услуг, которые состояли как из структурированных вопросов (их результаты содержатся вне рамок данного доклада [11-16]), так и из открытых качественных вопросов, ответы на которые мы предоставляем в данном докладе.

Ответы на качественные вопросы записывались стенографически во время полевых исследований. Интервью с заинтересованными лицами носили характер глубинных качественных собеседований, записываемых на диктофон, транскрипт которых был переведен профессиональным переводчиком. Вторая фаза исследования, проведенная в 2008 году, состояла из глубинных качественных интервью с клиентами и заинтересованными лицами, которые записывались на диктофон, и транскрипт которых был переведен профессиональным переводчиком. Анкеты опроса поставщиков услуг включали в себя как структурированные, так и открытые качественные вопросы. Ответы на последние записывались стенографически во время полевых исследований.

Клиенты должны были прокомментировать те услуги профилактики, ухода или лечения ВИЧ/СПИДа, которыми они пользовались в период исследования; когда и почему они начали пользоваться этими услугами; ключевые преграды к доступу и их влияние на способность клиентов эффективно пользоваться услугами тогда, когда они в них испытывают потребность. Кроме того, клиентов просили прокомментировать положительные и отрицательные стороны предоставляемых услуг и предложить способы их улучшения. Поставщики услуг должны были рассказать об услугах, ими предоставляемых. Заинтересованные лица комментировали услуги, финансируемые Глобальным фондом и администрируемые как государственными, так и неправительственными организациями, с акцентом на различия между услугами, где это было возможно. Поставщики услуг и заинтересованные лица также должны были обрисовать свое понимание основных барьеров, стоящих на пути доступа к услугам профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа, финансируемым Глобальным фондом. Хотя данные интервью не достигли насыщения по всем поднятым вопросам, они позволили досконально изучить самые важные и широко распространенные проблемы, стоящие на пути доступа к услугам профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа, на которые и опирается данный отчет.



Качественные данные, полученные от клиентов, поставщиков услуг и заинтересованных лиц методом интервьюирования, помогли нам проникнуть в суть проблемы доступа к услугам профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа. Нашей целью было получить более глубокое понимание природы и многокомпонентности факторов, мешающих доступу, а не измерить масштаб каждого из них. Потому транскрипты и полевые записи были тематически проанализированы, а извлеченные выводы послужили материалом для сравнительного синтеза двух стран [67]. Мы использовали метод триангуляции исследователей: несколько исследователей принимали участие в анализе результатов опросов для понижения риска необъективности и улучшения внутренней обоснованности синтеза. Процесс синтеза состоял из пяти частей: 1) данные, собранные в каждой из стран в форме транскриптов и полевых записей, анализировались на наличие сходных тем и проверялись как минимум двумя исследователями из команд обеих стран; 2) межстрановые выводы систематично анализировались ведущим аналитиком, который в процессе выявлял ключевые вопросы, сходные между странами; 3) сжатый отчет по самым важным межстрановым вопросам был представлен на рассмотрение команд каждой из стран во избежание ошибок в интерпретации; 4) в немногих случаях, когда интерпретация данных ключевым аналитиком отличалась от интерпретации данных командой страны, преимущество отдавалось последней; 5) ведущий аналитик готовил черновой вариант отчета и передавал его команде на проверку с точки зрения достоверности изложения и соответствия результатам исследования.

Этическое разрешение на данное исследование, удовлетворяющее требованиям Хельсинской декларации, было предоставлено Лондонской школой гигиены и тропической медицины (номер 5078) и правомочными комитетами по вопросам этики в странах, где проводилось данное исследование, в случае наличия таковых.

## Результаты

### Стигматизация ВИЧ-инфекции и наркозависимости

Потребители инъекционных наркотиков в Украине и Кыргызстане, являющиеся клиентами услуг профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа, часто упоминали стигматизацию людей, живущих с ВИЧ/СПИДом и потребляющих наркотики, как важную преграду к использованию государственных услуг по тестированию на ВИЧ-инфекцию, лечению и ОЗТ, а также профилактических услуг, предоставляемых НПО. В большинстве своем, клиенты выражали страх разглашения их ВИЧ-положительного статуса, боясь негативной реакции со стороны семьи/общества. Несколько клиентов в обеих странах говорили, что в целях сохранения анонимности они преднамеренно посещали более отдаленные широкопрофильные клиники, а не специализированные государственные учреждения, предоставляющие услуги профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа. Они предоставляли яркие примеры того, как именно стигматизация членами общества и их семей или боязнь стигмы мешала им использовать необходимые услуги в прошлом. Например, потребители услуг, предоставляемых различными НПО и правительственными учреждениями в Украине, испытывали *'...страх того, что их ВИЧ-статус будет разглашен и боязнь нарушения конфиденциальности...'*, *'...враждебное отношение общества...'*, *'...стыд...'*, перерастающий в чувство беспомощности и *'...нежелание бороться с зависимостью от наркотиков или же менять что-либо в моей жизни'*. Вот как это выразил потребитель профилактических услуг, предоставляемых НПО, в Украине:

*Как только они узнают, что ты ВИЧ-положительный, начнут тебя гнать; да и с работы тебя могут уволить... Если ты ВИЧ-инфицирован, на тебя смотрят как на прокаженного, но ведь эта болезнь не передается через простое*

*общение, а только через кровь и секс. Но люди напуганы. Если ты скажешь им, что у тебя ВИЧ, никто с тобой даже разговаривать не будет. Тебя будут сторониться и на тебя тыкать пальцами... Я не говорил своей семье о моей болезни.*

Стигматизация потребления наркотиков является важным препятствием на пути широкого доступа к услугам для наркозависимых, предоставляемым НПО и государственными учреждениями. В Кыргызстане, например, клиенты отмечали, что многие ПИН не пользовались услугами аутрич-работников из-за страха обнародования их зависимости. Один из клиентов в Кыргызстане объяснил это таким образом: *‘Если аутрич-работник посещает клиентов на дому, а потребитель наркотиков скрывает свою зависимость от родственников и соседей, то он просто-напросто откажется от услуг аутрич’*. Боязни стигматизации зачастую достаточно для того, чтобы клиенты даже не переступали порог наркодиспансеров, потому что со стороны это будет расценено как то, что этот человек – наркозависимый. Мнение правительственных и неправительственных заинтересованных лиц и поставщиков услуг перекликались с мнениями клиентов. Например, вот как это прокомментировал представитель государственного поставщика услуг в Кыргызстане, работающий в наркодиспансере:

*...как только человек обращается в наркодиспансер, его там ставят на учет, а это клеймит его на всю оставшуюся жизнь. Городок небольшой, и эта информация, конечно же, конфиденциальна. Но как только его увидят на территории наркодиспансера, люди сразу же делают вывод, что у него проблема – зависимость или же еще какое-нибудь отклонение.*

Руководитель одного из кыргызских НПО, работающих с наркозависимыми отметил, что ПИНЫ не хотели сдавать анализ на ВИЧ-инфекцию из-за страха перед позитивным результатом. Кроме того, зачастую сами родители, знающие о наркозависимости своих

детей, не хотели, чтобы те сдавали анализы на ВИЧ-инфекцию: *'...семьи хотят скрыть свои проблемы от общества...'*. Опрошенные утверждали, что в некоторых случаях люди, получившие позитивный результат теста на ВИЧ-инфекцию, доплачивали представителям соответствующих услуг для того, чтобы получить справку об отсутствии ВИЧ-инфекции в их крови. В Кыргызстане потребители, поставщики услуг и заинтересованные лица отмечали, что среди повсеместной нетерпимостью к ВИЧ/СПИДу, молодежь становится все более открытой и осведомленной в вопросах ВИЧ/СПИДа, наркотиков и секса. Украинские заинтересованные лица также упоминали о региональных и социокультурных отличиях в отношении к ВИЧ/СПИДу и сексу, отмечая, что Православное христианство и Католицизм, преобладающие во Львове и других частях западной Украины, служили серьезным препятствием на пути тестирования на ВИЧ-инфекцию, т.к. люди боялись отрицательной реакции со стороны общества.

Высокий уровень стигматизации наблюдался и в других местах. Исследование, проведенное Центром помощи женщинам [64], отметило очень недоброжелательное отношение к ВИЧ/СПИДу, РСБ, ПИН и МСМ в Кыргызстане, хотя молодежь была более толерантной, чем люди постарше. Министерство здравоохранения Украины [65] зафиксировало высокий уровень нетерпимости к ЛЖВС, включая и со стороны людей 15-24 лет. Данные, полученные нами, были сходны с вышеизложенными исследованиями и подтвердили негативные последствия для предоставления услуг по профилактике, уходу и лечению ВИЧ/СПИДа ПИНам обеих стран государственными структурами и НПО.

### **Криминализация потребления наркотиков**

Украинские и кыргызские клиенты, заинтересованные лица национального и субнационального уровней, НПО и государственные учреждения-поставщики услуг все сходились на том, что криминализация наркомании и поведение милиции в приведении в исполнение законов о потреблении наркотиков являлись серьезными препятствиями к

доступу к услугам профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа. Поставщики и потребители услуг в обеих странах утверждали, что криминализация представляет особую угрозу программам снижения вреда, администрируемым НПО, в особенности программам обмена игл/шприцев, т.к. небольшие остатки наркотиков в использованных шприцах расцениваются как незаконное «хранение». Та же проблема отмечалась и клиентами услуг, предоставляемых правительственными СПИД-центрами и центрами ОЗТ, когда они несли туда использованные шприцы.

В обеих странах клиенты, заинтересованные лица и поставщики услуг как со стороны НПО, так и госучреждений заявляли, что милиционеры зачастую арестовывали потребителей данных услуг, изымали наркотики и вымогали взятки. Это демотивировало потребителей услуг обмена игл/шприцев. Как следствие, они только изредка пользовались такими услугами и не возвращали использованный инструментарий, что не удивительно, принимая во внимание вероятность уголовной ответственности за хранение использованных шприцев. Хорошо проиллюстрировал эту широко распространенную проблему кыргызский клиент: *‘...ходить по городу со шприцами – дело рискованное...’*. Хотя сдача использованного инструментария является передовой практикой, многие программы сосредотачивали внимание на распространении нового инструментария, а не на заборе использованного, т.к. невозврат последнего не имел отрицательного влияния на показатели деятельности, требуемые Глобальным фондом.

Поставщики услуг обеих стран отмечали, что милиция регулярно запугивала и самих аутрич-работников, многие из которых в прошлом потребляли наркотики и стояли за это на учете. Согласно одному из сотрудников НПО, занимавшегося обменом игл/шприцев, аутрич-работники преднамеренно меняли маршрут и месторасположение предоставления услуг во избежание притеснений со стороны милиции. Но это значит, что потребители услуг не могли знать точно, когда и где их получить. Поставщики,

потребители услуг и заинтересованные лица утверждали, что милиционеры часто задерживали ПИН, пользовавшихся услугами ОЗТ, когда они приходили или уходили из госучреждений, хотя со временем частота таких случаев уменьшилась. Кыргызский клиент одного из НПО, предоставляющего услуги, отмечал, что милиционеры регулярно осматривали его руки, ища следы недавних уколов. Если они их находили, то требовали взятку. Иногда ему приходилось ехать в НПО на такси, чтобы не встретить по пути милицию, а это означало значительные затраты. Клиенты заместительной терапии должны были при себе иметь справку о том, что их метадон был получен законным путем. Но зачастую люди не могли предоставить таких документов. Вот так прокомментировали подобные проблемы несколько кыргызских потребителей услуг, предоставляемых НПО и государством: *«...Милиция «достала»...они забирают в участок без разбора, бьют, «вешают» грабежи, убийство», «...они подбрасывают героин, «вешают» преступление, меня в прошлом году так задержали», «...сразу бьют и загоняют в машину», «...есть пример, одному подложили героин, а он был на метадоне, и его осудили в тюрьму».*

ПИНы-клиенты государственных и неправительственных поставщиков услуг профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа придумали способ защиты от угроз и арестов милиции. Вот слова клиента одного из СПИД-центров Кыргызстана: *‘...в дропин-центре постоянно кто-то сидит на стреме. Он свистит, [когда видит] милиционера... и тогда никто не идет в этот центр’.*

Некоторые программы профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа, финансируемые Глобальным фондом и другими донорами в Украине и Кыргызстане, были нацелены именно на решение проблем, связанных с криминализацией потребления наркотиков, на национальном и местном уровне. Неправительственные программы адвокатирования в обеих странах способствовали некоторым переменам во внедрении законов касательно наркотиков во многих регионах: были введены новые нормативы работы с

ПИНами со стороны милиции, запущены программы, целью которых было проинформировать клиентов об их законных правах. С целью воспитания взаимопонимания и толерантности среди поставщиков услуг, кыргызское НПО предоставляло информацию (и проводило семинары) о наркотиках, снижении вреда и ВИЧ/СПИДе для работников лечебных учреждений, милиции и высших должностных лиц. Более того, стейкхолдеры и поставщики услуг в обеих странах занимались сбором информации среди работников секс-бизнеса и делились результатами на форумах МВД. Главной трудностью, однако, было переубедить Министерство внутренних дел, т.к., по словам одного из поставщиков услуг в Кыргызстане, 'МВД не признает, что такая проблема существует'.

Предыдущие исследования заключили, что стигматизация уязвимых групп и криминализация потребления наркотиков в регионе усугубляли рискованное поведение и увеличивали уязвимость перед нарушением прав человека со стороны правоохранительных органов [4,5,54,66]. Исследование, проведенное в Украине в 2006 году, к примеру, выявило широкомасштабное вымогание взяток, случаи подкладки наркотиков, а иногда и истязания или изнасилования задержанных, наряду с другими нарушениями прав человека [54]. Несмотря на то, что недавние реформы законодательства Украины и Кыргызстана ставили за цель защиту прав этих групп, результаты нашего исследования показывают, что криминализация потребления наркотиков и притеснения со стороны милиции все еще являлись серьезными препятствиями на пути доступа к базовым услугам профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа в 2007 – 2008 гг., в особенности к услугам снижения вреда, предоставляемым НПО для ПИНов.

### **Дискриминация со стороны поставщиков услуг**

Согласно результатам данного исследования, дискриминация со стороны поставщиков услуг профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа – в особенности, государственных –

является серьезным препятствием на пути к их доступности. Клиенты – украинцы и киргизы – утверждали, что сотрудники госучреждений зачастую были менее толерантны, чем сотрудники неправительственных организаций. Тот же самый вывод был сделан в отчете о гражданском обществе, опубликованном Институтом открытого общества [5]. Опрошенные ПИН заявляли, что дискриминация по отношению к ним со стороны работников госучреждений, предоставляющих различные услуги, выражалась в неприятельском отношении к ним и другим уязвимым группам, приостановке услуг и требовании оплаты «в конверте». Клиенты в Украине и Кыргызстане наблюдали низкий уровень приверженности делу и желания работать с уязвимыми группами со стороны общественных здравоохранительных учреждений. Многие утверждали, что сторонятся государственных услуг, боясь того, что их сдадут властям или отнесутся к ним враждебно, а сотрудников данных организаций описывали как невежливых, отстраненных и не входящих в положение клиента.

ВИЧ-позитивные клиенты подтвердили достоверность вышесказанного, исходя из их опыта использования разнообразных услуг государственной сферы здравоохранения. Некоторым из них отказывали в госпитализации или же, узнав об их ВИЧ-позитивном статусе, скорым образом выписывали из больницы. Потенциальные клиенты избегали медицинских услуг, т.к. для получения оных они должны были предоставить различные документы, в том числе и медицинскую карточку, на которой была проставлена печать об их ВИЧ-позитивном статусе, а гарантия конфиденциальности в этих условиях не предоставлялась. Один из украинских клиентов отметил: *‘Я боюсь идти в больницу, т.к. там меня могут узнать. Здесь же, [в этом учреждении, оказывающем услуги по профилактике, уходу и лечению ВИЧ/СПИДа], меня никто не знает; поэтому я прихожу сюда’*. В Кыргызстане различия между этническими/языковыми группами в некоторых регионах усложняли отношения между клиентами и поставщиками государственных услуг. Представитель из числа заинтересованных лиц Джалал-Абада, находящегося на юге Кыргызстана в регионе со смесью носителей кыргызского,



русского, узбекского и казахского языков, заметил, что поставщики госуслуг зачастую просто не были в состоянии общаться с клиентами.

Клиенты отмечали, что приемлемость услуг в области ВИЧ/СПИДа, предоставляемых различными НПО и госучреждениями, во многом зависела от отношения их работников. В этой связи НПО рассматривались клиентами как более доступные, чем услуги госучреждений. Как пример, один из представителей сервисных организаций Кыргызстана отметил следующее: *'...первое впечатление очень важно для потребителей наркотиков; они хотят увидеть такие качества, как терпение и терпимость'*. Клиенты в Украине выражали схожие мысли: *'Неправительственные организации более толерантны... более гибки и не ограничены разнообразными нормами'* и: *'Здесь я себя чувствую намного безопасней, чем где-либо еще... Я не ощущаю никакого негативного отношения или предубеждений в свою сторону. Здесь мне никогда не отказывали в помощи'*.

Представитель украинского НПО, проводящего работу с потребителями наркотиков, объясняет увеличение числа их клиентов мерой построения доверия и постепенной информированностью людей об услугах в сфере ВИЧ/СПИДа, которые со временем заслужили репутацию толерантных. Опрошенный представитель помнил большинство клиентов по имени и подчеркивал важность бесед с клиентами, которые позволяли ему знать места продажи наркотиков и более целесообразно распределять ресурсы интервенций. Украинские и кыргызские клиенты ценили факт отсутствия бюрократии в доступе к различным услугам НПО. Один украинский клиент описывал *'...неформальную и доверительную атмосферу'* там и отзывался о сотрудниках данных НПО как внимательных, отзывчивых и беспристрастных. Поддержание конфиденциальности являлось важным фактором, т.к. большинство ПИНов старались скрыть свою зависимость. Если у клиентов складывалось впечатление, что НПО или госучреждение не обеспечит их конфиденциальности, они, в большинстве случаев, переставали

пользоваться этими услугами. Клиент из Кыргызстана проиллюстрировал это так: *‘Я больше не хочу видеть эту аутрич - работницу и никогда больше туда не пойду. Зачем она сказала моей матери о том, что я прихожу к ним за шприцами?’*.

Украинские и кыргызские НПО, финансируемые Глобальным фондом и нацеленные на работу с ПИН, в основном, привлекали в штат или волонтеры бывших ПИН, среди которых и бывшие клиенты, т.к. последние хорошо понимали внутренний мир теперешних клиентов и умели строить доверительные отношения и проводить более эффективную с ними работу. Украинские и кыргызские клиенты ценят принцип ‘равный равному’. Например, бывший клиент, а теперь и волонтер, в Украине объясняет это так: *‘...я сам – бывший потребитель инъекционных наркотиков, ВИЧ-позитивный, женат и имею детей, а потому не хочу, чтобы кто-то еще страдал таким же образом...’*. Руководитель НПО в Кыргызстане сказал: *‘...их работа основана на принципе “равный равному”. Эти люди знают проблему изнутри, и для них эта работа легче. Они понимают больше, глубже, лучше и завоевывают доверие большего числа клиентов’*.

Тем не менее, наблюдались и некоторые проблемы: текучесть кадров среди аутрич-работников в НПО, проводящих работу по снижению вреда, была высокой. Многие из них бросали эту работу, приобретая хорошие навыки и опыт, и переходили в более высокооплачиваемые или более безопасные места работы. Некоторые бывшие ПИНЫ возвращались к употреблению наркотиков, как следствие регулярного контакта с другими потребителями. Представители сервисных НПО в обеих странах отмечали, что проблема текучести кадров усложнялась некоторым «подвешенным состоянием», связанным с возможностью получения последующих траншей гранта Глобального фонда (мы рассматриваем этот вопрос ниже).

### **Информированность клиентов в вопросах ВИЧ/СПИДа и услуг, с ними связанных**

В ходе данного исследования мы выявили следующие факторы, имеющие прямое влияние на доступ украинских и кыргызских клиентов к услугам по профилактике, уходу и лечению ВИЧ/СПИДа, предоставляемым НПО и госучреждениями: ограниченная осведомленность клиентов о факторах риска, наличие услуг в сфере ВИЧ/СПИДа, и критерии пригодности к получению наивных услуг. В Кыргызстане, например, многие из потенциальных клиентов не знали, что протестироваться на ВИЧ/СПИД можно анонимно и бесплатно. Кыргызские заинтересованные лица отмечали, что уровень информированности по вопросам ВИЧ/СПИДа среди общего населения остается низким, в особенности в сельской местности.

Клиенты, представители сервисных организаций и другие заинтересованные лица сходятся во мнении, что многие люди все еще не знают о путях передачи ВИЧ-инфекции, несмотря на проведенные информационно-образовательные программы, финансируемые Глобальным фондом и другими донорами в Украине и Кыргызстане. В обеих странах Глобальный фонд и другие доноры спонсировали программы пропаганды здорового стиля жизни в средствах массовой информации, листовки и другие материалы, разработанные и распространяемые субреципиентами, плакаты в общественных местах и уроки на тему ВИЧ/СПИДа в некоторых школах. В Украине в 90х годах масс-медиа, освещающие проблемы ВИЧ/СПИДа, насаждали страх среди населения вместо того, чтобы предоставлять достоверную информацию [5]. Согласно комментариям опрошенных, пока что мало что изменилось. Один из украинских клиентов отметил:

*... Ролики на телевидении говорят об опасности, а не профилактике; потому люди начинают реагировать на ВИЧ со страхом, и ситуация все больше накаляется. Эти ролики нужно как-то поменять. Да, болезнь это страшная ...*

*[но] нам нужна более объяснительная информация, и преподнести ее нужно по-другому.*

Подобные проблемы были обнаружены в ходе кыргызской программы Глобального фонда. Руководитель кыргызского НПО отметил следующее:

*Политика профилактики посредством запугивания не была правильной... Мы сами насаждали стигму и порождали страхи... Нам нужно... использовать всевозможные ресурсы, включая масс-медиа, для того, чтобы осведомить людей о путях передачи.*

Кыргызские клиенты, поставщики услуг и другие заинтересованные лица раскритиковали информационные программы, финансируемые Глобальным фондом. Представитель заинтересованных лиц из Кыргызстана, например, отмечал, что социальный маркетинг по вопросам ВИЧ/СПИДа не был эффективным, т.к. рекламные обращения не перекликались с культурными ценностями населения за пределами Бишкека, столицы. Зачастую листовки были слишком длинными, в них использовался слишком профессиональный язык, а ролики и плакаты отражали современный стиль жизни и показывали людей, чей стиль одежды оскорблял консервативные массы: *'...некоторые информационные ролики неприемлемы для нашего населения. Они показывают обнаженных людей – это слишком...'*. Как следствие, эти материалы не затронули маргинальных групп. Другой представитель заинтересованных лиц в Кыргызстане отметил, что особенно трудным заданием было проинформировать сельских жительниц Кыргызстана по вопросам ВИЧ/СПИДа.

Клиенты, представители ВИЧ-сервисных организаций и другие заинтересованные лица отмечали, что обучение по принципу равный равному и направление знакомыми являются важными факторами повышения информированности общества об услугах

профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа, предлагаемых госучреждениями и НПО. Большинство клиентов в Украине и Кыргызстане узнавали о новых услугах через знакомых. В Кыргызстане клиенты, пользующиеся услугами для потребителей наркотиков, подчеркивали важную роль кругов потребителей в донесении информации до общественности. В обеих странах госучреждения и НПО промотировали обучение по принципу «равный равному» и направление через знакомых, как один из путей расширения охвата населения их услугами. Украинские клиенты отмечали, что их знания в вопросах ВИЧ/СПИДа многократно увеличились благодаря использованию услуг снижения вреда, предоставляемых различными НПО.

### **Изделия медицинского назначения, оборудование и человеческие ресурсы**

Согласно результатам нашего исследования, недостаток медикаментов, товаров широкого потребления (включая иглы/шприцы) и оборудования (например, лабораторного), а также низкое качество товаров или их несоответствие требованиям составляют серьезные препятствия на пути доступа клиентов к услугам профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа, предоставляемым госучреждениями и НПО. Большинство заинтересованных лиц и представителей ВИЧ-сервисных организаций из числа госучреждений и НПО заявляли, что, хотя ресурсы Глобального фонда и позволили им значительно расширить спектр предоставляемых услуг, недостаток товаров широкого потребления все еще являлся критическим препятствием на пути достижения результатов. По некоторым данным, НПО в Украине порою вынуждены брать оборудование в займы для того, чтобы не потерять уже приобретенных клиентов. В Кыргызстане клиенты и другие заинтересованные лица критиковали несоответствие требованиям некоторого инвентаря, закупленного в рамках программы Глобального фонда. Например, размер и диаметр отверстия шприцев, закупленных и предоставленных ВИЧ-сервисным организациям, не соответствовали потребностям клиентов: клиенты предпочитали шприцы по 2 мл, а получали в основном 10 мл. Это стало причиной понижения спроса на данные товары.

Дискриминаторная деятельность и недостаток прозрачности в сфере услуг негативно влияют на доступ клиентов к товарам широкого потребления. Вдобавок к потере части игл и шприцев, закупленных на средства Глобального фонда и предназначенных для бесплатного распространения, вследствие продажи «на сторону», представители заинтересованных лиц в Украине и Кыргызстане также признавались в коррупции со стороны государственных и неправительственных организаций (выраженной, например, в неправдивой отчетности) с целью скрыть факты низкой результативности и злоупотребления ресурсами. Они ссылались на недостаток прозрачности в работе некоторых ВИЧ-сервисных организаций, как среди госучреждений, так и НПО в обеих странах и на недостаточно развитую систему мониторинга и оценки. К примеру, система мониторинга и оценки Отдела реализации проекта (ОРП) Глобального фонда в Кыргызстане не имела в наличии достаточного объема средств для проверки деятельности субреципиентов. Ревизия отчетности с участием ОРП проводилась редко или же и вовсе не имела места. Наблюдения и опрос клиентов были несистематичны. Представители заинтересованных лиц утверждали, что коррупция среди ВИЧ-сервисных организаций в Украине была менее распространенной, но сотрудники государственных медучреждений все же продавали медикаменты (например, обезболивающие средства) и другие материалы наркоторгавцам, что привело к нехватке программных средств.

Большая доля украинских клиентов называли недостаток персонала как одну из важных преград к получению услуг по профилактике, уходу и лечению ВИЧ/СПИДа, предоставляемых как госучреждениями, так и НПО. Представители заинтересованных лиц обеих стран отмечали, что низкий уровень зарплат в государственных структурах приводит к низкой мотивации сотрудников и обостряет проблему текучки кадров, включительно с трудовой миграцией из сел в города и за границу. Предыдущие исследования также отмечали острую недостаточность работников медицины в Центральной Азии вследствие трудовой миграции [4]. В обеих странах гранты

Глобального фонда предназначались для найма нового персонала только в НПО, т.к. найм такового в госучреждения был бы отнесен в текущие затраты. Представители заинтересованных лиц в Украине утверждали, что некоторые госслужащие основывали НПО и от их имени подавали заявки на гранты Глобального фонда и других доноров, таким образом получая дополнительный заработок.

Количественные данные, полученные в результате данного исследования, показали, что в то время, как число сотрудников ВИЧ-сервисных НПО увеличилось, их число в госучреждениях осталось на том же уровне [13-16]. Представители заинтересованных лиц и государственных ВИЧ-сервисных организаций утверждали, что финансовое вознаграждение последних за их работу было очень маленьким, в то время, как международные организации и НПО обычно выплачивали более высокие зарплаты. В Украине некоторые работники государственных медучреждений получали дополнительные средства (включая медстраховку) из бюджетных средств. В Кыргызстане сотрудники государственных СПИД-центров получали небольшое вознаграждение из бюджетных средств; другие же сотрудники, включительно и с лаборантами, работающими с образцами крови, такого вознаграждения не получали.

Поставщики услуг из числа НПО Кыргызстана утверждали, что часто испытывали перебои в пересчете средств от Глобального фонда. По их словам, эта проблема стала повсеместной и привела к перебоям в предоставляемых услугах. В большинстве случаев причиной тому была несвоевременная подача квартальных мониторинговых отчетов субреципиентами. Большинство НПО, предоставляющих услуги обмена игл/шприцев, не приостанавливали работу в ожидании следующих траншей финансирования, а вместо того пользовались услугами неоплачиваемых волонтеров. Несколько НПО продолжало раздавать шприцы по своим собственным каналам, чем нарушали установленные правила. Тем не менее, длительные перебои в финансировании в 2007-2008 гг. вынудили несколько организаций приостановить

работу, а их сотрудников, не получающих зарплаты на протяжении этого периода, - искать другую работу. Один из опрошенных выразился об этом так: *‘Они либо переходят в другую организацию, либо уезжают в Россию. Если перерыв в работе слишком длительный, они не возвращаются. А найти нового человека – значит начать сначала’*. Подобные проблемы приводили к тому, что клиенты не получали услуг или же были вынуждены полагаться на услуги раздачи игл/шприцев, финансируемые другими донорами.

### **Экономические препятствия**

Экономическое развитие стран БСС за последние десять лет носило травматичный характер. Различные исследования описывали увеличение доли населения, находящегося за чертой бедности, уровня безработицы, понижение социального благосостояния, большую распространенность насилия в семьях, алкоголизма, потребления внутривенных наркотиков и задействие в коммерческом сексе. Эти факторы способствовали эпидемии ВИЧ/СПИДа и привели к серьезной нехватке финансов в системе здравоохранения, ведущей за собой понижение охвата и повышение затрат населения [4,7,8]. Столкнувшись с социально-экономическими проблемами подобного масштаба, неудивительно, что ВИЧ-сервисные программы Глобального фонда и других доноров испытывали некоторые затруднения в работе.

Клиенты государственных ВИЧ-сервисных организаций в Украине и Кыргызстане, опрошенные нами, утверждали, что зачастую должны были неформально доплачивать за услуги и материалы (например, медикаменты и резиновые перчатки) и находили их недешевыми. При этом подобные услуги и материалы гипотетически были бесплатными. Затраты, связанные с получением необходимых официальных документов, требуемых государственными организациями, также являли собой серьезную преграду на пути к использованию этих услуг. Подобные проблемы не были озвучены украинскими и кыргызскими клиентами в контексте услуг, предоставляемых



НПО. Тем не менее, наблюдения за сделками на базарах, проведенные в рамках исследования в Кыргызстане, показали, что иглы/шприцы, закупленные на деньги Глобального фонда и предназначенные для бесплатного распространения ВИЧ-сервисными НПО и некоторыми госучреждениями, часто предоставлялись за деньги. Многие клиенты заявляли, что представители как неправительственных, так и государственных сервисных организаций оставляли за собой решение, предоставлять ли материалы (включительно с иглами/шприцами) клиентам. Клиенты зачастую не могли понять, продавали ли работники материалы для своей собственной выгоды, или же иным образом пытались привлечь неформальные платежи.

### **Географические препятствия**

Данные нашего исследования показали присутствие существенных вариаций в географической доступности услуг профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа в двух фокусных странах. Клиенты и представители заинтересованных лиц Украины и Кыргызстана сошлись во мнении, что основные проблемы географической доступности услуг происходили из неравномерного распределения услуг, предоставляемых как государственными, так и неправительственными организациями. Стоит подчеркнуть как недостаточность услуг, предоставляемых вне больших городов, так и неравномерное распределение таковых в пределах больших городов, в которых проводилось данное исследование. Хотя систематичное интервьюирование клиентов, проживающих за пределами больших городов, не входило в задачи данного исследования, качественные данные, полученные нами в ходе работы, указывали на существенные вариации в доступности в зависимости от географического расположения. Например, клиенты, проживающие за пределами Одессы и Ош, упоминали, что расстояние до сервисной организации, и в особенности плохо функционирующая система общественного транспорта, является большим препятствием к использованию услуг государственных и неправительственных ВИЧ-сервисных организаций. Государственные СПИД-центры располагаются на окраинах Киева и Одессы, что еще раз свидетельствует о стигме,

сопутствующей ВИЧ/СПИДу. А эти районы Одессы не имеют хороших транспортных коммуникаций. Представители заинтересованных лиц и сервисных организаций отмечали, что в больших городах, как, например, Киев, Одесса и Ош, финансирование Глобального фонда среди НПО распределялось неравномерно: большинство грантополучателей имели опыт работы с определенными районами, в которых у них были налажены доверительные отношения с местными клиентами, но тем самым многие районы оставались неохваченными. Клиенты заявляли, что иногда им было дешевле купить иглы/шприцы в ближайших розничных сетях, а не ехать за ними в далеко расположенные НПО. Потому иногда они выбирали первое.

С целью избегания подобных ситуаций, многие НПО-реципиенты грантов Глобального фонда и других доноров в Украине и Кыргызстане проводили программы популяризации здорового стиля жизни и раздачи игл/шприцев в формате аутрич. Госучреждения обеих стран расширили услуги по профилактике, уходу и лечению ВИЧ/СПИДа на первичные и вторичные здравоохранительные отделения, предлагая услуги забора крови с последующей ее пересылкой в лаборатории СПИД-центров и тестированием на ВИЧ-инфекцию, проведение антиретровирусной терапии, а, в некоторых случаях, и раздачу игл и шприцев. Тем не менее, согласно отзывов некоторых клиентов, это не решило всех проблем. Многие клиенты все еще предпочитали пользоваться услугами специализированных госучреждений или НПО, а не посещать местные поликлиники, т.к. таким образом им было легче сохранить конфиденциальность своего ВИЧ-статуса.

### **Организационные и бюрократические преграды**

Клиенты в обеих странах отмечали присутствие значительных организационных и бюрократических преград на пути к использованию государственных услуг профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа. Зачастую они не располагали информацией о процедурах использования данных услуг, тем более, что таковые отличались друг от друга в зависимости от сервисной организации и ее конкретных

сотрудников, имевших свободу действий в предоставлении услуг. Предугадать уровень потребления услуг, таким образом, было практически невозможно. и не гарантировавших их качество. Украинские клиенты в особенности описывали процедуру получения доступа к государственным услугам профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа, да и других услуг в сфере здравоохранения, как сложную и бюрократическую, что часто приводило к неожиданным затратам, таким как стоимость проезда в несколько разных здравоохранительных учреждений, неожиданные промедления и трудности в записи на прием. Например, клиент в Украине рассказывала, что ей отказали в предоставлении услуг в госучреждении, т.к. она зарегистрирована по месту жительства в другом районе. А процедура перерегистрации в новый район была длительной и сложной.

Украинские клиенты сталкивались и с другими проблемами. Например, *'...для того, чтобы стать клиентом программ заместительной терапии, Вам нужно иметь ВИЧ-положительный статус'* (правда, сейчас это требование в Украине отменили) и *'...для того, чтобы пройти реабилитацию для наркозависимых бесплатно, Вам нужно стоять в очереди 2-3 месяца, т.к. для этого существует список ожидания'*. Хотя относительно немногие клиенты в обеих странах рассматривали ситуацию перенаправления от одного учреждения в другое как преграду к доступу к услугам, и многие из них утверждали, что их перенаправляли между НПО и госучреждениями, опрошенные клиенты отмечали, что перенаправления использовались несистематично и часто носили характер неформального задания ориентиров, а не формализованного направления от одного поставщика услуг к другому, в госучреждениях или НПО.

## **Размышления на тему: преодоление преград к доступу – уроки для ВЫСШИХ ДОЛЖНОСТНЫХ ЛИЦ**

Более ранние исследования показали, что глобальные инициативы в области ВИЧ/СПИДа, включая и программы Глобального фонда, внесли свой вклад в достижение целей увеличения доступа на международном уровне посредством финансирования увеличения масштабов услуг профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа, стимулирования приверженности политической верхушки делу борьбы с оклейменным заболеванием, налаживания связей между государственными и неправительственными ВИЧ-сервисными организациями, поддержки адвокатирувания и предоставленных тренингов [68]. Попытки измерить масштаб достижения цели повсеместного доступа концентрировались, в основном, на наличии и географическом покрытии услуг в области ВИЧ/СПИДа [2,3]. Тем не менее, согласно результатов нашего исследования, серьезные препятствия все еще стоят на пути продолжающихся усилий достижения повсеместного доступа. Это явление наблюдается особенно ярко в странах, где ВИЧ-инфекция и риск сконцентрированы в кругах маргинальных и криминализованных групп населения.

Несмотря на существенное увеличение масштабов услуг в сфере ВИЧ/СПИДа в Украине и Кыргызстане, предоставление большего количества услуг не всегда приводит к и не равносильно более высокому уровню доступности таковых для ниш населения, которые в них нуждаются. Данное исследование подтвердило результаты предыдущих работ, изучавших проблемы, с которыми сталкивались ПИНЫ в Восточной Европе и Центральной Азии [53-66]. Как предыдущие работы, так и данное исследование в Украине и Кыргызстане обнаружили следующие преграды на пути доступа ПИНов к услугам в сфере ВИЧ/СПИДа: стигма и дискриминация, криминализация потребления наркотиков и, как следствие, милицейские расправы, трудности в поставке подходящих

и высококачественных товаров широкого потребления, неформальные платежи и другие затраты, а также нарушение конфиденциальности. Данные, собранные нами, показывают, что проблемы доступности являются более глубокими, чем то отмечали более ранние исследования, т.к. существуют многочисленные, сложные, взаимосвязанные преграды, которые служат дополнительными промежуточными звеньями, затрудняют и замедляют использование услуг в сфере ВИЧ/СПИДа на уровне предоставления данных услуг. Среди них – взаимосвязанные проблемы стигмы и дискриминации, усугубляемые плохой информированностью «рисковых» групп и общества в целом в вопросах ВИЧ/СПИДа; криминализация потребления наркотиков, что приводит к дискриминации со стороны сотрудников правоохранительных органов и поставщиков услуг; экономические и территориальные барьеры, усугубляемые стигмой, дискриминацией и факторами, влияющими на регулярные поставки товаров широкого потребления; и многочисленные организационные и бюрократические преграды, с которыми сталкиваются клиенты в процессе поиска профилактических услуг, программ снижения вреда и лечения. Ключевым выводом данного исследования явилось понимание следующего: *крайне важно, чтобы дискуссии на тему повсеместного доступа признавали факт того, что доступ зависит не только от предоставления товара и масштабов покрытия услугами. Данные факторы представляют собой лишь легче-измеряемые показатели эффективности.*

В данном докладе мы рассматриваем конкретные преграды к доступу, с которыми сталкиваются ПИНЫ, пользующиеся услугами профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа в странах, в которых проводилось данное исследование. Эти преграды имеют существенные отличия от тех, которые наблюдаются в странах с высоким уровнем достатка, где законы в сфере потребления наркотиков обычно менее жесткие, а основной путь передачи ВИЧ-инфекции - не внутривенное введение наркотиков [23,24,31-51]. По нашему мнению, крайне важно понимать контекст той или иной страны, а не предполагать, что проблемы доступа являются универсальными для любых

окружений, заболеваний, групп клиентов и типов поставщиков услуг. Даже в группе стран, где потребление внутривенных наркотиков является основным фактором эпидемии ВИЧ/СПИДа, нельзя делать обобщений из-за отличий контекста одной страны от другой. В Тайланде, например, наблюдалась эволюция правительственных взглядов на ПИН от открытой войны против наркотиков в 2003 году, когда ПИНЫ ушли в подполье и сторонились любых услуг, до 2007 года, когда был утвержден Национальный план по борьбе со СПИДом, поставивший за цель предоставление услуг профилактики и снижения вреда для всех, кто в них нуждался. Подобные шаги не были предприняты в Украине или Кыргызстане [69]. В Малайзии, где настолько же жесткие меры против потребления (и потребителей) наркотиков были впоследствии несколько смягчены, наблюдались сходные препятствия к доступу: карательные законы, криминализирующие некоторое поведение; жесткие ответные действия работников правоохранительных органов; нежелание правительства обучать население. Но особенным препятствием явилось религиозное (особенно среди мусульман) противление понятию снижения вреда – фактор, не выявленный в странах, где проводилось данное исследование [70].

Наше исследование показало, что аналитическая основа, используемая в исследованиях доступа к общей системе здравоохранения несет только некоторую пользу для понимания комплексных, конкретных проблем, с которыми сталкиваются маргинальные группы (такие, как ПИНЫ) в процессе поиска услуг профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа в странах с низким или сосредоточенным уровнями эпидемии. Например, более ранние исследования доступа, упоминавшиеся в этом докладе [23-26,31-52], в основном концентрировались на факторах *в рамках* сектора здравоохранения, влияющих или определяющих доступ, в то время, как наше исследование показало, что критические преграды к доступу к услугам в сфере ВИЧ/СПИДа в Украине и Кыргызстане произрастают *извне* системы здравоохранения. Среди них, например, запретные или карательные законы в области потребления наркотиков и их введение в силу, а также стигматизация носителей ВИЧ-инфекции и

потребителей нелегальных наркотиков со стороны официальных лиц, общества и даже семей оных. Для того, чтобы стать эффективными, программы в сфере ВИЧ/СПИДа должны признавать и адресовать как факторы, связанные со системой здравоохранения, *так и* внешние политические и общественные факторы.

В странах, где основной причиной распространения эпидемии ВИЧ/СПИДа явилось внутривенное введение наркотиков, законодательство и действия правоохранительных органов подрывают эффективность программ Глобального фонда. Хотя и был сделан прогресс в попытках (некоторые из которых финансировались Глобальным фондом) сделать действия правоохранительных органов менее жесткими, это остается существенной проблемой, что подчеркивает необходимость в более содержательных программах адвокатирования на всех уровнях, включительно с тренингами по работе с ПИНами для сотрудников правоохранительных органов. Тем не менее, в конце концов все сводится к политической воле. А потому крайне важно, в первую очередь, продвигать более эффективное сотрудничество Министерств, например Министерства здравоохранения, Министерства образования и Министерства внутренних дел, в принятии многосекторальных решений; а во-вторых, поддерживать непрерывные, связные программы социального маркетинга, направленные на борьбу со стигмой рискованного поведения и ВИЧ/СПИДа среди широкой общественности. Если государства не будут использовать новые финансовые источники для борьбы с этими структурными и системными причинами распространения эпидемии ВИЧ-инфекции, масштабы эпидемии превысят способность данных государств ее контролировать.

Еще одним ограничением предыдущих исследований в сферах доступа [23-26,31-51] и ВИЧ/СПИДа в странах БСС [4,5,7,8,53-66] являлась их тенденция концентрироваться на государственных услугах здравоохранения и не признавать влияние неправительственного сектора. Данное исследование показало, что некоторые из проблем доступа наблюдаются как в сфере неправительственных, так и

государственных ВИЧ-сервисных организаций, например стигматизация, ограниченная организационная прозрачность, низкий уровень осведомленности клиентов о наличии услуг профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа, а также экономические и географические преграды. Но наряду с этим существуют некоторые проблемы, характерные либо для госучреждений, либо для НПО, предоставляющих такие услуги. Отчасти это наблюдение отражает тот факт, что НПО и госучреждения предоставляют разного рода услуги. Например, программы обмена игл/шприцев – домен НПО – особенно подвержены арестам и притеснениям. Кроме того, существуют большие отличия в подходах к предоставлению услуг, используемых НПО или госучреждениями. По данным нашего исследования, НПО подходят к реализации услуг более инновативно и прогрессивно, с меньшей степенью бюрократии и без дискриминации. Например, они нанимают бывших клиентов в ряды поставщиков услуг. Таким образом, они порождают толерантность, доверие, обеспечение конфиденциальности и способность слышать и понимать нужды клиентов.

В данном исследовании присутствовали некоторые методологические ограничения: во-первых, нами не опрашивались люди, которые не пользуются услугами в сфере ВИЧ/СПИДа, т.к. выйти на эти группы было очень сложно. Таким образом, в выборке присутствовала некоторая погрешность. Во-вторых, мы ограничили выборку густонаселенными городами в двух странах, что значило, что мы не изучили восприятий клиентов и поставщиков услуг в других больших и малых городах, а также в сельской местности. Можно предположить, что проблемы доступа за пределами больших городов выражены еще ярче. В-третьих, несмотря на то, что полученные нами данные указывали на некоторые региональные отличия, как, например, особенные проблемы, наблюдавшиеся в западной Украине или южном Кыргызстане, а также географические отличия от города к городу, данное исследование не ставило за цель систематически изучить разницу между регионами в двух странах. В-четвертых, это исследование основано на данных, собранных в 2007 – 2008 гг., а потому является неким «снимком»



на тот момент времени в обеих странах, политическая среда которых находится в постоянном движении. И наконец, хотя мы и наблюдали некоторое сходство преград к доступу в обеих странах, в которых данное исследование проводилось, результаты исследования не стоит применять шаблонно за пределами Украины и Кыргызстана.

## **Выводы**

Если главным заданием обязательств, согласованных на международном уровне, является побуждение к действию, то дело достижения всеобщего доступа к лечению до 2010 года оказалось достаточно успешным. С 2005 года расширение масштабов финансирования глобальных инициатив в области здравоохранения, а также инициатив, прямо направленных в сферу ВИЧ/СПИДа (как, например, программы Глобального фонда), позволили предоставить услуги профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа большему числу людей. Тем не менее, как и показало данное исследование, наличие услуг не тождественно их доступности. В этом и заключается серьезное ограничение политических действий в сфере ВИЧ/СПИДа, которое требует незамедлительного внимания.

Наш анализ показывает, что как минимум в двух странах БСС существуют четко очерченные преграды на пути доступа к услугам, стоящие перед наиболее уязвимыми слоями общества. Новые глобальные инициативы как, например, программы Глобального фонда, предоставили правительствам и НПО возможность признать и начать борьбу с быстро распространяющейся эпидемией ВИЧ. Тем не менее, ВИЧ/СПИД остается предметом жесткой стигматизации в обеих странах БСС, где клиенты отмечают широко распространенные случаи стигмы и дискриминации со стороны родных, правоохранительных органов и, в частности, со стороны некоторых государственных ВИЧ-сервисных организаций.

Данное исследование дополнило более ранние доклады на тему ВИЧ/СПИДа в регионе БСС [4,5,7,8,53-56] посредством предоставления лучшего понимания многочисленных комплексных преград на пути доступа к услугам профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа в двух странах региона, где объем накопленного материала по проведенным широкомасштабных программам в сфере ВИЧ/СПИДа, к сожалению, очень ограничен. Для того, чтобы оставаться полезной, традиционная концептуализация доступа к здравоохранению [23-26,31-51] должна быть адаптирована к контексту конкретной страны и, что крайне важно, к типу интервенций в сфере ВИЧ/СПИДа и других заболеваний. Препятствия на пути доступа к системе здравоохранения в целом отличается от препятствий на пути доступа к услугам в сфере ВИЧ/СПИДа. Преграды на пути доступа к услугам, предоставляемым государственными ВИЧ-сервисными организациями, отличаются от преград на пути доступа к услугам НПО. Да и типы услуг, предоставляемые государственными и неправительственными ВИЧ-сервисными организациями, отличаются друг от друга. Важно понимать, что в контексте ВИЧ/СПИДа, имеют место значительные преграды, не относящиеся к системе здравоохранения, как, например, запретные законы о наркомании и их выполнение, а также широко распространенная стигматизация ВИЧ/СПИДа и потребления нелегальных наркотиков.

В то время, как это исследование положило начало пониманию проблем, связанных с доступом к услугам профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа в двух странах БСС, потребуется дополнительная работа для углубления понимания данных проблем и просвещенной разработки будущих программ в сфере ВИЧ/СПИДа. Широкомасштабные количественные опросы клиентов помогут оценить размеры различных преград к доступу. А дальнейшие качественные исследования помогут лучше понять систему здравоохранения и структурные факторы, влияющие на проблемы доступа, наблюдающиеся на уровне поставщиков услуг. Понадобится и некоторая работа в сфере изучения взглядов людей, *не пользующихся* услугами, сравнения проблем

доступа к услугам профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа в городской и сельской местности, а также в различных регионах двух государств, и сравнения опыта Украины и Кыргызстана с опытом других странах региона БСС.

### **Конфликт интересов**

Авторы данного доклада не имеют конфликта интересов.

### **Участие авторов**

НС является ключевым автором данной статьи. НС, ДБ, РБ, ГМ и ТС участвовали в разработке концепции, дизайне и проведении исследования, анализе и интерпретации данных. ЭХ внес существенный вклад в анализ и интерпретацию данных. Все авторы принимали участие в написании манускрипта, его прочтении и утверждении издательского оригинала.

### **Благодарности**

Данное исследование было профинансировано Институтом открытого общества. Мы бы также хотели выразить благодарность полевым исследователям и участникам опросов в Украине и Кыргызстане.

### **Библиография**

1. The Gleneagles Communiqué. Gleneagles Declaration and Plan of Action: Climate Change, Clean Energy and Sustainable Development. Paragraph 18(d), Gleneagles, 2005. [http://www.unglobalcompact.org/docs/about\\_the\\_gc/government\\_support/PostG8\\_Gleneagles\\_Communique.pdf](http://www.unglobalcompact.org/docs/about_the_gc/government_support/PostG8_Gleneagles_Communique.pdf) [получено 05/07/2011].
2. WHO/UNAIDS/UNICEF: *Towards Universal Access: Scaling Up Priority HIV/AIDS Interventions in the Health Sector Progress Report*. Geneva; 2009.

3. Global HIV Prevention Working Group: *Bringing HIV Prevention to Scale: An Urgent Global Priority*. 2007.
4. Mournier S, McKee M, Atun R, Coker R: *HIV/AIDS in Central Asia. HIV/AIDS in Russian and Eurasia*. New York: Palgrave Twigg J 2006.
5. Open Society Institute: *HIV/AIDS Policy in Ukraine: A Civil Society Perspective*. New York: OSI; 2007.
6. Венская декларация 2010 <http://www.viennadeclaration.com/>.
7. Годиньо Д, Рентон А, Виноградов В, Новотны Т, Риверс М: *Остановить волну: Приоритеты в деле профилактики ВИЧ/СПИДа в Центральной Азии, Всемирный Банк, Рабочий документ*. Вашингтон: Всемирный банк; 2005.
8. Drew R, Purvis G: *Strengthening Health Systems to Improve ВИЧ/СПИДА Programmes in the Europe and Eurasia Region Using Global Fund Resources*. Washington: USAID; 2006.
9. Украинский центр по предотвращению и лечению СПИДа, 2010.
10. Киргизский республиканский СПИД-центр, 2007.
11. Мурзалиева Г, Кожокеев К, Самиев А, Алешкина Д, Картанбаева Н, Ботоева Г, Аблезова М, Якаб М: *Исследование «Глобальные инициативы в области ВИЧ/СПИД и их влияние на систему здравоохранения Кыргызской Республики»*. Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения; 2007.
12. Семигина Т, Грига И, Богдан Д, Павленко П, Бондарь В, Нечипоренко Л: *Влияние глобальных инициатив в сфере ВИЧ/СПИДа на систему здравоохранения Украины: контекстный отчет*. Киев: Национальный университет "Киево-Могилянская академия"; 2007.
13. Мурзалиева Г, Кожокеев К, Самиев А, Алешкина Д, Картонбаева Н, Ботоева Г, Аблезова М, Якаб М: *Исследование «Глобальные инициативы в области ВИЧ/СПИД и их влияние на систему здравоохранения Кыргызской Республики» (Промежуточный отчет)*. Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения; 2008.
14. Семигина Т, Грига И, Богдан Д, Шевченко И, Бондарь В, Фукс К, Спайсер Н: *Влияние глобальных инициатив в сфере ВИЧ/СПИДа на систему здравоохранения Украины:*

*промежуточный отчет*. Киев: Национальный университет "Киево-Могилянская академия"; 2008.

15. Мурзалиева Г, Алешкина Д, Темиров А, Самиев А, Картанбаева Н, Якаб М, Спайсер Н: *Исследование «Глобальные инициативы в области ВИЧ/СПИД и их влияние на систему здравоохранения Кыргызской Республики» (Финальный отчет)*. Бишкек и Лондон: Центр анализа политики здравоохранения, Кыргызстан, и Лондонская школа гигиены и тропической медицины; 2009.

16. Семигина Т: *Влияние глобальных инициатив в сфере ВИЧ/СПИДа на систему здравоохранения Украины*. Киев: Национальный университет "Киево-Могилянская академия"; 2009.

17. Международный Альянс по ВИЧ/СПИДу в Украине: *Годовой отчет*; 2008.

18. Международный Альянс по ВИЧ/СПИДу в Украине: *Гражданское общество возглавляет национальные мероприятия по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Украине: Итоговый отчет программы «Преодоление эпидемии ВИЧ/СПИДа в Украине» при финансировании Глобального фонда (2004-2009)*; 2009.

19. Отдел реализации проекта Глобального фонда в Кыргызстане, 2010.

20. Министерство здравоохранения Украины, февраль, 2009.

21. Портфолио грантов Глобального фонда [данные получены 05/07/11]

<http://portfolio.theglobalfund.org/en/Region/Index/EECA>.

22. Киевский международный институт социологии 2009 *Оценка численности групп высокого риска инфицирования ВИЧ в Украине по состоянию на 2009 г.*

23. Andersen R, Bozzette S, Shapro M, St. Clair P, Morton S, Crystal S, Goldman D, Wenger N, Gifford A, Leibowitz A, Asch S, Berry S, Nakazono T, Heslin K, Cunningham W, HCSUS Consortium: **Access of vulnerable group to antiretroviral therapy among persons in care for HIV disease in the United States**. *Health Services Research* 2000, **35**(2):389-416.

24. Knowlton A, Hoover D, Chung S, Celentano D, Vlahov D, Latkin C: **Access to medical care and service utilization among injection drug users with HIV/AIDS**. *Drug and Alcohol Dependence* 2001, **64**(2001):55-62.

25. Balabanova D, McKee M, Powerleau J, Rose R, Haerpf: **Health service utilization in the former Soviet Union: evidence from eight countries.** *Health Services Research* 2004, **39(6):1927-1948.**
26. Eze S: *Issues in Access to Antiretroviral Drugs in sub-Saharan Africa.* London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2009.
27. Глобальный фонд 2011 <http://www.theglobalfund.org/en/>.
28. Киргизский республиканский СПИД-центр, 2008.
29. McKinsey and Company: *Global Health Partnerships: Assessing Country Consequences.* Bill and Melinda Gates Foundation; 2005.
30. Brugha R: **The Global Fund at three years: flying in crowded air space** *Tropical Medicine and International Health* 2005 **10(7):623-626.**
31. Donabedian A: *Aspects of Medical Care Administration.* Cambridge, MA: Harvard University Press; 1973.
32. Penchansky R, Thomas W: **The concept of access** *Medical Care* 1981 **19:127-140.**
33. Gilson L, Schneider H: **Understanding health service access: concepts and experience** *Global Forum Update on Research for Health* 2007 **4:28-32.**
34. Puentas-Markides C: **Women and access to health care** *Social Science and Medicine* 1992 **35(4):613-7.**
35. Hanson K, Ranson K, Oliveira-Cruz V, Mills A: **Expanding access to priority health interventions: a framework for understanding the constraints to scaling up** *Journal of International Development* 2003 **15:1-14.**
36. Aday L, Andersen R, Flemming G: *Health Care in the US: Equitable for Whom?* Beverly Hills, CA: Sage; 1980.
37. Dutton D: **Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization** *Social Science and Medicine* 1986 **23(7):721-35.**
38. Mechanic D: **Sociological dimensions of illness behaviour** *Social Science and Medicine* 1995 **41(9):1207-16.**
39. Curtis S, Taket A: *Health and Societies: Changing Perspectives.* London: Arnold; 1996.

40. Akhtar R and Izhar N: **Spatial inequalities and historical evolution in health provision: Indian and Zambian examples.** *Health and Development* London: Routledge Phillips D, Verhasselt V 1994, 216-233.
41. Hunter J, Shannon G: **Jarvis revisited: distance decay in service areas of mid-19<sup>th</sup> century asylums** *Professional Geographer* 1985 **37**(3):296-302.
42. Tudor-Hart J: **The inverse care law** *Lancet* 1971 **1**(27 Feb):405-12.
43. Stock R: Understanding health care behaviour: a model, together with evidence from Nigeria. *Health and Disease in Tropical Africa*. London: Harwood Akhtar R 1987, 279-92.
44. Philips D: *Health and Health Care in the Third World* Harlow. Essex: Longman Development Studies; 1990.
45. Gwatkin D, Bruiya A, Victoria C: **Making health systems more equitable** *Lancet* 2004 364.
46. Akin J, Guilkey D, Griffin C, Popin B: *The Demand for Primary Health Services in the Third World*. Totowa, New Jersey: Rowman and Allanheld; 1985.
47. Creese A: **User charges for health care: a review of recent experience** *Health Policy and Planning* 1991 **6**:309-19.
48. Huber J: **Ensuring access to health care with the introduction of user fees: a Kenyan example** *Social Science and Medicine* 1993 **36**:485-94.
49. Ojanuga D, Gilbert C: **Women's access to health care in developing countries** *Social Science and Medicine* 1992 **35**(4):613-7.
50. Caldwell J: **Health transition: the cultural, social and behavioral determinants of health in the Third World** *Social Science and Medicine* 1993 **36**(2):125-35.
51. McCray T: **An issue of culture: the effects of daily activities on prenatal care utilization patterns in rural South Africa** *Social Science and Medicine* 2004 **59**:1843-1855.
52. Balabanova D, Parkhurst J, McKee M, McPake B: *Access to Health Care: Taking into Account Health Systems Complexity. Evidence from Transition Countries*. Health Systems Development Programme; 2007.

53. Rhodes T, Singer M, Bourgois P, Friedman S, Strathdee S: **The social structural production of HIV risk among injecting drug users** *Social Science and Medicine* 2005 **61**(2005):1026-1044.
54. Human Rights Watch: *Rhetoric and Risk: Human Rights Abuses Impeding Ukraine's Fight Against HIV/AIDS*; 2006.
55. Aceijas C, Hickman M, Donoghoe M., Burrows D, Stuijkyte R: **Access and coverage of needle and syringe programmes (NSP) in Central and Eastern Europe and Central Asia** *Addiction* 2007 **102**(8):1244-1250.
56. Open Society Institute: *Buyer Beware: Global Fund Grants and Procurement of Harm Reduction Supplies in Eastern Europe and Central Asia*. New York: Open Society Institute; 2007.
57. Саранг А, Штуйките Р, Быков Р: **Внедрение программ по снижению вреда в Центральной, Восточной Европе и Центральной Азии** *Международный журнал по наркополитике* 2007 **18**:129-135.
58. Wolfe D, Elovich R, Boltaev A, Pulatov D: **HIV in Central Asia: Tajikistan, Uzbekistan and Kyrgyzstan**. *Public Health Aspects of ВИЧ/СПИДА in Low and Middle Income Countries* New York: Springer Celentano D, Beyrer C 2008, 557-581.
59. Kupatadze A: **Organized crime before and after the Tulip Revolution: the changing dynamics of upperworld-underworld networks** *Central Asian Survey* 2008 **27**(3):279-99.
60. Latypov A: **Understanding post 9/11 drug control policy and politics in Central Asia** *International Journal of Drug Policy* 2009 **20**:387-391.
- 61 SWAN: *Arrest the violence: Human Rights Abuses against Sex Workers in Central and Eastern Europe and Central Asia*. 2009.
62. Lewis D: **High times on the Silk Road: the Central Asian paradox** *World Policy Journal* 2010 **27**(1):39-49.
63. Sarang A, Rhodes T, Sheon N, Page K: **Policing drug users in Russia: risk, fear, and structural violence** *Substance Use and Misuse* 2010 **45**(6):813-64.
64. Центр помощи женщинам, Кыргызстан: *Гендерные аспекты ВИЧ/СПИДа*; 2003.



65. Министерство здравоохранения Украины: *Национальный отчет по выполнению решений декларации о преданности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом*; 2008.
66. Александрова А, Дмитриевски В, Платт Л, Стоянович Н: *Секс-бизнес, ВИЧ/СПИД и права человека в Центральной и Восточной Европе и Центральной Азии. Сеть снижения вреда в Центральной и Восточной Европе*; 2005.
67. Dixon-Woods M, Agarwal S, Jones D, Young B, Sutton A: **Synthesising qualitative evidence: a review of possible methods** *Journal of Health Services Research and Policy* 2005 **10**(1):45-53.
68. Biesma R, Brugha R, Harmer A, Walsh A, Spicer N, Walt G: **The effects of global ВИЧ/СПИДА initiatives on country health systems: a review of the evidence** *Health Policy Planning* 2009 **24**(4):239-52.
69. Kaplan K, Schleifer R: *Deadly Denial Barriers to ВИЧ/СПИДА Treatment for People Who Use Drugs in Thailand*, Vol. 19:17. Human Rights Watch and Thai AIDS Treatment Action Group; 2007.
70. Reid G, Kamarulzaman A, Sran S: **Malaysia and harm reduction: the challenges and responses** *International Journal of Drug Policy* 2007 **18**:136-140.