



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



# ОПТИМІЗАЦІЯ ПОСЛУГ З ВІЛ/СНІД У КОНТЕКСТІ РЕФОРМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Серпень 2012 року

Цю публікацію підготовлено для розгляду Агентством США з міжнародного розвитку. Публікацію підготовлено Пітером Коулі (Peter Cowley) та Бактигуль Акказієвою (Baktygul Akkazieva) для Проекту системи охорони здоров'я 20/20

Проект системи охорони здоров'я 20/20 є основним проектом USAID, спрямованим на посилення систем охорони здоров'я в усьому світі. Надаючи підтримку країнам в покращенні фінансування, управління, функціонування та розбудови інституційного потенціалу їх систем охорони здоров'я, Проект дозволяє усунути бар'єри на шляху забезпечення та використання пріоритетної медико-санітарної допомоги, зокрема послуг з ВІЛ/СНІД, лікування туберкульозу, послуг репродуктивної медицини, а також охорони здоров'я матері та дитини.

## Серпень 2012 року

За додатковими примірниками цього звіту прохання звертатися за електронною адресою [info@healthsystems2020.org](mailto:info@healthsystems2020.org) або відвідати наш сайт [www.healthsystems2020.org](http://www.healthsystems2020.org)

**Угода про співпрацю №:** GHS-A-00-06-00010-00

**Подано:** Енілда Мартін  
Заступнику директора Департаменту охорони здоров'я та інших соціальних питань  
Агентство США з міжнародного розвитку/Україна

Скотт Стюарт, AOTR  
Відділ систем охорони здоров'я  
Управління охорони здоров'я, інфекційних захворювань і харчування  
Бюро міжнародної охорони здоров'я  
Агентство США з міжнародного розвитку

**Рекомендовані посилання:** Коулі Пітер та Акказієва Бактигуль. Серпень 2012 року. *Оптимізація послуг, пов'язаних з ВІЛ/СНІД в контексті реформи системи охорони здоров'я в Україні*. Бетесда, МД: Проект системи охорони здоров'я 20/20, Abt Associates Inc.



Abt Associates Inc. | 4550 Montgomery Avenue | Suite 800 North  
| Bethesda, Maryland 20814 | P: 301.347.5000 | F: 301.913.9061  
| [www.healthsystems2020.org](http://www.healthsystems2020.org) | [www.abtassociates.com](http://www.abtassociates.com)

*In collaboration with:*

| Aga Khan Foundation | Bitrán y Asociados | BRAC University | Broad Branch Associates  
| Deloitte Consulting, LLP | Forum One Communications | RTI International  
| Training Resources Group | Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine

# ОПТИМІЗАЦІЯ ПОСЛУГ З ВІЛ/СНІД У КОНТЕКСТІ РЕФОРМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

## **ВІДМОВА ВІД ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ**

Погляди автора, висловлені у цій публікації, не обов'язково збігаються з точкою зору Агентства США з міжнародного розвитку(USAID) чи Уряду США



# ЗМІСТ

|   |           |
|---|-----------|
| Скорочення.....   | vii       |
| Подяка .....  | ix        |
| <b>УЗАГАЛЬНЕННЯ ОСНОВНИХ ПОЛОЖЕНЬ .....</b>   | <b>xi</b> |
| <b>1. Базова інформація .....</b>   | <b>1</b>  |
| <b>2. Завдання .....</b>  | <b>3</b>  |
| <b>3. Структура та методологія дослідження.....</b>   | <b>4</b>  |
| <b>4. результати дослідження .....</b>  | <b>5</b>  |
| 4.1 Відповідальне управління/законодавство.....   | 5         |
| 4.2 Надання послуг – розгляд подальшого застосування<br>вертикального підходу або переходу до раціональної<br>інтеграції.....           | 8         |
| 4.3 Фінансування .....  | 13        |
| 4.4 Зведена інформація про можливості та загрози для<br>системи надання послуг з ВІЛ/СНІД у контексті реформи<br>охорони здоров'я ..... | 20        |
| <b>5. ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ЕФЕКТИВНОСТІ .....</b>  | <b>21</b> |
| <b>6. РЕКОМЕНДАЦІЇ .....</b>  | <b>23</b> |
| 6.1 Резюме.....   | 23        |
| 6.2 Рекомендації на короткостроковий період (впродовж<br>наступних 12 місяців) .....  | 25        |
| 6.3 Рекомендації на середньостроковий період (впродовж<br>наступних двох років) .....   | 26        |
| 6.4 Рекомендації на довгостроковий період (впродовж<br>наступних п'яти років).....  | 27        |
| <b>7. Наступні кроки .....</b>  | <b>28</b> |
| <b>Додаток А: Перелік законодавчих документів з ВІЛ/СНІД</b>  | <b>30</b> |
| <b>Додаток В: Бібліографія .....</b>  | <b>31</b> |
| <b>ДОДАТОК С: Круглі столи з розповсюдження звіту .....</b>   | <b>33</b> |
| Список учасників .....  | 33        |
| Порядок денний круглого столу.....  | 35        |

## ПЕРЕЛІК ТАБЛИЦЬ

|   |    |
|---|----|
| Таблиця 4.1: Оптимізація системи допомоги з ВІЛ/СНІД в Україні<br>.....   | 11 |
| Таблиця 4.2: Загрози, можливості та необхідне фінансування в<br>розбивці за інструментами зміни ефективності..... | 13 |

|  |    |
|--|----|
| Таблиця 4.3: Зведена інформація щодо переваг, недоліків, можливостей та загроз системі забезпечення послуг з ВІЛ в контексті реформи охорони здоров'я в Україні..... | 20 |
|--|----|

## **ПЕРЕЛІК ЗОБРАЖЕНЬ**

|  |    |
|--|----|
| Зображення 4.1: Потік грошових коштів за програмами ВІЛ/СНІД ..... | 15 |
|--|----|

## **ПЕРЕЛІК ВСТАВОК**

|  |    |
|--|----|
| Вставка 4.1: Роль регіональних центрів СНІД сьогодні .....   | 8  |
| Вставка 6.1: Потенційна роль регіональних центрів СНІД ..... | 23 |

# СКОРОЧЕННЯ

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>СНІД</b>            | Синдром набутого імунодефіциту                                    |
| <b>АРВ</b>             | Антиретровірусна терапія  |
| <b>CD4+</b>            | Кластер диференціювання 4   |
| <b>СЛ</b>              | Сімейний лікар  |
| <b>Глобальний фонд</b> | Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією |
| <b>ВІЛ</b>             | Вірус імунодефіциту людини  |
| <b>КТВ</b>             | Консультування та тестування на ВІЛ                               |
| <b>СІН</b>             | Споживання ін'єкційних наркотиків                                 |
| <b>ФПП</b>             | Функціональна проба печінки                                       |
| <b>НСРН</b>            | Найбільш схильне до ризику населення                              |
| <b>МПТ</b>             | Медикаментозно-підтримуюча терапія                                |
| <b>МОЗ</b>             | Міністерство охорони здоров'я                                     |
| <b>ЧСЧ</b>             | Чоловіки, що мають статеві контакти з чоловіками                  |
| <b>НУО</b>             | Неурядова організація   |
| <b>НПД</b>             | Національний план дій   |
| <b>ПМСД</b>            | Первинна медико-санітарна допомога                                |
| <b>УЗП</b>             | Управління закупівлями і постачанням                              |
| <b>ЛЖВС</b>            | Люди, що живуть з ВІЛ/СНІД  |
| <b>ІПСШ</b>            | Інфекції, що передаються статевим шляхом                          |
| <b>ТБ</b>              | Туберкульоз   |
| <b>UNAIDS</b>          | Програма ООН з ВІЛ/СНІД   |
| <b>USAID</b>           | Агентство США з міжнародного розвитку                             |
| <b>ОНРПВ</b>           | Особи найвищого ризику передачі ВІЛ                               |
| <b>ДКТ</b>             | Добровільне консультування та тестування                          |
| <b>ВООЗ</b>            | Всесвітня організація охорони здоров'я                            |
| <b>WIRRAL</b>          | Аналіз на сифіліс   |





# ПОДЯКА

Автори висловлюють подяку Агентству США з міжнародного розвитку/Місія в Україні, зокрема Енільді Мартін та Паолі Павленко за підтримку цієї роботи. Хотілося б відзначити підтримку багатьох людей в Україні, які невпинно працюють над запобіганням та лікуванням ВІЛ/СНІД. Зокрема, ми вдячні Українському бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я. Неоціненну допомогу надав спеціаліст бюро ВООЗ доктор Ігор Перегінець, без зусиль якого підготовка цього звіту була б неможливою.



# УЗАГАЛЬНЕННЯ ОСНОВНИХ ПОЛОЖЕНЬ

У відповідь на запит Місії Агентства США з міжнародного розвитку в Україні, Білорусі і Молдові (USAID) було здійснено оцінку української системи охорони здоров'я з метою виявлення її сильних і слабких сторін та розробки рекомендацій, сфокусованих на проблемах ВІЛ/СНІД, туберкульозу (ТБ) і планування сім'ї. На початку 2012 року USAID та Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) ініціювали проведення другої оцінки з метою аналізу потенційних ризиків та можливостей для ефективного надання послуг з ВІЛ/СНІД у контексті реформи системи охорони здоров'я, яка зараз впроваджується в Україні, та визначення основних показників ефективності, які можна застосовувати для моніторингу роботи залучених за договорами надавачів послуг. Група з оцінки провела опитування широкого кола зацікавлених сторін на місцевому, загальнонаціональному та міжнародному рівнях у м. Києві та у двох пілотних регіонах: Вінницькій та Донецькій областях.

Ситуація з ВІЛ в Україні дотепер перебуває в перехідному стані. Захворюваність на ВІЛ стабілізувалась на рівні близько 0,64 серед дорослих віком від 15 до 49 років, при цьому повідомляється про приблизно 21000 нових випадків захворювання на ВІЛ у 2011р. (Міністерство охорони здоров'я України). Судячи із спорадичних даних та певного моделювання, очевидно, що значна частина ВІЛ-позитивного населення, яке потребує антиретровірусних препаратів (АРВ), не отримує їх з багатьох причин. Ці особи зараз наражаються на високий ризик передачі захворювання; оскільки їхня хвороба прогресує, що в кінцевому результаті підвищує вірусне навантаження, яке підвищує ймовірність передачі.

Водночас, але абсолютно відокремлено від заходів, пов'язаних з ВІЛ /СНІД, в Україні з 2010р. відбувається реформування охорони здоров'я, в рамках якого особлива увага приділяється зміцненню первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) та реструктуризації медичної допомоги вторинного рівня в місті Києві, Донецькій, Дніпропетровській та Вінницькій областях. Реформа системи охорони здоров'я включає відокремлення медико-санітарної допомоги первинного і вторинного рівнів (наприклад, створення закладів ПМСД з сімейними лікарями (СЛ) замість поліклінік та переведення фахівців вузького профілю в діагностичні центри вторинного рівня медичної допомоги (раніше ці фахівці входили до складу поліклінік). Потік фінансування також змінився, оскільки центри ПМСД зараз фінансуються місцевими та міськими бюджетами, а медична допомога вторинного рівня фінансується за рахунок обласних бюджетів. Платіжні механізми для надавачів послуг на рівні ПМСД були змінені в 2012 році шляхом впровадження механізмів, орієнтованих на результат (виплати на основі результатів), щоб поліпшити якість медичної допомоги через мотивацію медичних працівників (хоча жоден з результатів, що є предметом поточного моніторингу, не пов'язаний з ВІЛ).

Зараз система надання медичних послуг з ВІЛ/СНІД побудована таким чином, щоб лікувати пацієнтів у «спеціалізований» спосіб; проте динаміка захворювання не вимагає спеціалізації

(або спеціалістів) протягом більшої частини часу перебігу захворювання. Сьогодні потреби пацієнта, захворювання якого зумовлене ВІЛ, задовольняються за рахунок вертикальної та «спеціалізованої» системи, від початкового бажання пацієнта зробити аналіз на ВІЛ до догляду за пацієнтом до кінця його життя. Це посилює пов'язану з ВІЛ стигматизацію серед української медичної спільноти та широкої громадськості. Сьогоднішня занадто спеціалізована система надання медичних послуг з ВІД/СНІД не лише підсилює стигматизацію, пов'язану із захворюванням. Вона породжує перешкоди для надання медичних послуг, оскільки пацієнти повинні долати значні відстані, що отримати таку медичну допомогу, яку здебільшого вони могли б отримати в місцевому центрі ПМСД, якби виконувались певні умови.

Надмірне покладання на «спеціалізацію» також має негативні наслідки з точки зору фінансування і, отже, загальної стабільності та якості рівнів медичної допомоги, пов'язаної з сучасною протидією ВІЛ/СНІД. Дані, отримані з трьох центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, що були відвідані в ході здійснення оцінки, свідчать про помітну стабілізацію фінансування центрів СНІД протягом останніх п'яти років. Фінансування профілактики та лікування ВІЛ/СНІД здійснюється на національному, обласному (регіональному) та районному рівнях в пілотних закладах реформи системи охорони здоров'я відповідно до наступних параметрів:

- ПМСД фінансується за рахунок бюджетів районного та міського рівнів
- Центри СНІД та кабінети довіри фінансуються за рахунок обласних бюджетів
- Фінансування та управління більшістю кабінетів довіри зараз відбувається на рівні району
- Рамковий закон з ВІЛ/СНІД не сприяє передачі інформації про ВІЛ-статус між рівнями медичної допомоги

Вищезгадана ситуація не створює будь-якої мотивації (або правової основи) для належного направлення пацієнтів з рівня ПМСД до установ, що надають спеціалізовані послуги (наприклад, центрів СНІД та кабінетів довіри), або із закладу спеціалізованих послуг на рівень ПМСД. В цілому, існуюча структура фінансування медичної допомоги з ВІЛ/СНІД є знеохочувальним чинником для інтеграції послуг з ВІЛ серед центрів ПМСД, кабінетів довіри та центрів СНІД. Важливо, що немає жодних заходів у контексті реформи охорони здоров'я, які спрямовані на зміни у фінансуванні допомоги з ВІЛ/СНІД., що створило б умови для кращої інтеграції системи надання медичних послуг.

Аналіз літератури та співбесіди, проведені протягом цієї оцінки, виявили, що Уряд України нарощує обсяги фінансування для лікування ВІЛ/СНІД (особливо для більшої частини медичної допомоги, що надається в центрах СНІД та кабінетах довіри, а також розподілу препаратів АРВ). Однак саме на Глобальний фонд для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією (Глобальний фонд) та неурядові організації (НУО) покладено завдання щодо

надання допомоги особам з найвищим ризиком передачі ВІЛ (ОНРПВ)<sup>1</sup>. Оцінка виявила, що більшість НУО, які працюють з найбільш схильним до ризику населенням, не довіряють закладам ПМСД, тому вони працюють безпосередньо з центрами СНІД. Відповідаючи на запитання, як НУО бачать своє майбутнє після завершення підтримки Глобального фонду, з'ясувалось, що більшість з них не мають уявлення жодного уявного плану. Значна кількість респондентів відзначила зробила прогноз, що більшість НУО, які активно працюють у сфері ВІЛ/ СНІД, закриються після того, як кошти Глобального фонду будуть вичерпані. Різним посадовим особам системи охорони здоров'я було поставлене те саме запитання про подальший самодостатній розвиток таких НУО, і декілька посадовців зазначили необхідність механізму фінансування НУО і те, що одним з можливих механізмів може бути державна служба надання грантів і приватні організації в країні .

Багато опитаних НУО вважають, що, на їх думку, Уряд України має взяти на себе більшу відповідальність у забезпеченні фінансування зосереджених на НСРН заходів, які зараз впроваджуються НУО за договорами/ замовленнями на надання соціальних послуг. Механізм контракту/ замовлення на надання соціальних послуг існує в рамках Міністерства освіти і науки, молоді та спорту. Насправді є декілька прецедентів, коли НУО отримували кошти для проведення цілеспрямованих заходів з НСРН через цей механізм забезпечення соціальних послуг. Отже, немає жодних законодавчих перешкод для подання НУО заявки на надання таких послуг, хоча процедури є досить складними та нечітко визначеними. Існує багато плутанини стосовно ролі, фінансування, а також мінімальних вимог до договору на надання соціальних послуг, і декілька респондентів зазначили, що механізм є гнучким та «існують кошти для його фінансування».

Насамкінець слід зазначити, що існуюча система надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІД в Україні є успішною в багатьох аспектах і в більшості випадків, ВІЛ-епідемія поки що залишається концентрованою і до певної міри стабільною. Система наражається на кілька ризиків: один з них полягає у значній кількості осіб найвищого ризику (у тому числі таких як ОНРПВ, що практикують довготривале споживання ін'єкційних наркотиків), які досі не розпочали лікування, що зменшило б їх вірусне навантаження і, отже, здатність передавати інфекцію. Можливості були втрачені, і в майбутньому можливості зменшити інфікування ВІЛ серед ОНРПВ втрачатимуться також через ймовірне зменшення фінансування Глобального фонду. Є інші питання розробки програм, які необхідно розглянути, оскільки потреби ОНРПВ є часто унікальними і повинні задовольнятися більш цілеспрямованою медичною допомогою. Окрім цього, сучасні програми, призначені для ОНРПВ, повинні бути краще інтегрованими з наркологічними диспансерами, протитуберкульозними диспансерами, місцях позбавлення волі, тощо). Більшість «спеціалізованої» допомоги, яка зараз надається центрами СНІД та деякими кабінетами довіри, можна легко забезпечуватися на базі звичайних закладів системи ПМСД (а також новостворених діагностичних центрів у місцях, де немає центрів

---

<sup>1</sup> В цьому документі ОНРПВ – це особа, що наражається на серйозний ризик зараження ВІЛ, і поведінка якої постійно пов'язана з ризиком, або така особа може бути ВІЛ-позитивною і при цьому не вживати препаратів АРВ або ще не мати клінічно встановленої стадії захворювання. Для цілей цього документу, НСРН (дана група включає ОНРПВ в якості підгрупи) – це особа, яка демонструє ризиковану поведінку (хоча, можливо, не постійно), наприклад: (1) інколи вживає наркотики внутрішньовенно, (2) інколи вживає наркотики не внутрішньовенно, що призводить до ризикованих незахищених сексуальних контактів, (3) інколи займається незахищеним комерційним сексом, і (4) випадки тимчасової соціальної маргіналізації.

СНІД). За умови зазначеної переорієнтації, можна досягти значної економії коштів. Заощаджені ресурси можна використати для фінансування необхідних програм, орієнтованих на ОНРПВ, у разі відсутності чи зменшення коштів Глобального фонду. Наприкінці цього документу з оцінки наводяться приклади того, які елементи існуючих послуг з ВІЛ/СНІД можна забезпечувати через які частини системи охорони здоров'я, використовуючи сьгоднішні галузеві реформи в якості моделі для цих прикладів. На додаток, пропонується широке обговорення того, які інструменти досягнення ефективності можна використовувати, а також перешкод та можливостей використання таких інструментів для переорієнтації системи.

Група з оцінки розробила низку рекомендацій, що включають розширення ролі центрів СНІД, кабінетів довіри та сімейних лікарів в рамках поточної реформи охорони здоров'я. Слід зазначити, що рекомендації викладено за категоріями на основі короткострокових (1-2 роки), середньострокових (2-5 років) і довгострокових (5 років) критеріїв. Основними елементами для будь-якої спроби узгодити заходи сьгоднішньої реформи системи охорони здоров'я з наданням послуг з ВІЛ/СНІД, конфіденційністю і фінансуванням включають розширення ролі центрів СНІД з метою їх перетворення головним чином у кураторів/ координаторів пов'язаної з ВІЛ діяльності ПМСД та закріплення окремого спеціаліста за організацією/ управлінням грантами в НУО та для ОНРПВ (особливо через договори на надання соціальних послуг)

Проект цього звіту було представлено та обговорено на двох круглих столах, які пройшли 3 та 4 липня 2012 у місті Києві з метою підтвердження висновків оцінки та обговорення рекомендацій та наступних кроків з зацікавленими сторонами у сфері охорони здоров'я на регіональному та національному рівні. Понад 35 учасників круглих столів представляли загальнодержавні установи охорони здоров'я, міжнародних партнерів, зокрема UNAIDS, Світовий банк та ВООЗ, серед присутніх були також регіональні представники з Чернігова, Дніпропетровська, Донецька, Закарпаття, Черкас, Вінниці та міста Києва. Учасники підтвердили правильність висновків цього звіту та визначили наступні пріоритети для розгляду на загальнодержавному рівні:

1. Вивчити правові питання, пов'язані з передачею інформації про стан ВІЛ з метою лікування
2. Розробити керівні настанови для організації роботи з пацієнтами, хворими на ВІЛ/СНІД залежно від рівня, передбачивши достатню гнучкість з огляду на регіональні відмінності
3. Розбудувати потужності системи первинної медично-санітарної допомоги для забезпечення послуг з профілактики та первинної медичної допомоги при ВІЛ/СНІД
4. Вивчити альтернативні шляхи закупівлі діагностичних та тестових матеріалів на обласному рівні
5. Включити показники ВІЛ/СНІД до стимулів заохочення при ПМСД
6. Підвищити значення центрів боротьби зі СНІДом

7. Балансувати використання грантів на соціальні замовлення, соціальні послуги та НУО для проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи

4 липня 2012р. Міністерство охорони здоров'я, Державної служби з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань та спеціалісти з ВІЛ на місцях погодилися започаткувати робочу групу для оптимізації медичної допомоги при ВІЛ. За словами пані Олени Єщенко, заступника директора Державної служби, запропонована експертна робоча група покликана уточнити завдання та адаптувати рекомендації цього звіту для конкретних дій.





# I. БАЗОВА ІНФОРМАЦІЯ

Поширеність ВІЛ/СНІД в Україні є однією з найвищих в СНД і в усьому європейському регіоні. Впродовж періоду 1987-2011 рр. офіційно зареєстровано 202 787 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 46 300 випадків СНІД і 24 626 смертей від захворювань, зумовлених СНІД (Міністерство охорони здоров'я, 2012). У 2011 році офіційно зареєстровано 21 177 нових випадків інфікування ВІЛ. Епідемія ВІЛ/СНІД характеризується як така, що здебільшого концентрується серед осіб, що належать до груп високого ризику зараження. Таким чином, основним способом передачі ВІЛ залишається споживання ін'єкційних наркотиків (54,4 відсотка нових випадків). Розбивка епідеміологічної ситуації за регіонами епідемії показує, що передача зосереджується в містах. У 2011 році 77 відсотків нових випадків інфікування ВІЛ було зареєстровано серед міського населення (Міністерство охорони здоров'я, 2012).

Реформа системи охорони здоров'я в Україні почалася в 2010 році. Метою першого етапу реформи є випробування спрощеної моделі охорони здоров'я шляхом запуску пілотних проектів в окремих регіонах. Повноцінне реформування системи охорони здоров'я заплановано на 2013 рік, а пілотний етап буде завершено до кінця 2014 року. Для випробування нової моделі обрано три регіони: Донецьку, Дніпропетровську та Вінницьку області. Пізніше, в 2011 році, до реалізації було залучено місто Київ в якості однієї з ділянок пілотного проекту реформ. План полягав у тому, щоб перший рік пілотного випробування присвятити перебудові медичної мережі та підготовці всіх необхідних законодавчих та нормативних змін, пов'язаних зі змінами в системі фінансування. Основна мета реформи була досягнута в тому розумінні, що первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) зараз фінансується за рахунок ресурсів районного рівня і, здебільшого, має чітку структуру управління. Крім того, наразі створюється система діагностичних закладів, які включатимуть більшу частину спеціалізованої медичної допомоги колишньої системи поліклінік. Відповідно, зараз в закладах охорони здоров'я на рівні ПМСД працюють сімейні лікарі (СЛ), які пройшли або шестимісячні курси підвищення кваліфікації, або 18-місячний звичайний курс сімейної медицини. Середньострокова перспектива реформи системи охорони здоров'я полягає в тому, щоб забезпечити оптимізований план договірних відносин між та всередині конкретного регіону та медичних закладів. Слід зазначити, що поширення інформації серед населення про реформу системи охорони здоров'я є недостатнім, і існує плутанина стосовно того, що фактично ця реформа означає.

Уряд України та багато країн-донорів визнають, що ВІЛ-інфекція є однією з основних проблем охорони здоров'я в Україні. Ситуація ускладнюється внаслідок того, що рівні поширення інфікування ВІЛ загалом залишаються без змін (при невідомій кількості нових випадків) і, як повідомляють численні неурядові організації (НУО), що займаються проблемою споживання ін'єкційних наркотиків (СІН), існування значної кількості споживачів ін'єкційних наркотиків, які не проходять лікування через недостатній доступ до замісної підтримуючої терапії. Зважаючи на ці ВІЛ загрози та можливості для заходів реформи охорони здоров'я, яка зараз реалізується, Агенція США з міжнародного розвитку (USAID)/Місія

в Україні подала запит на проведення оцінки систем охорони здоров'я з метою виявлення сильних і слабких місць в системі охорони здоров'я України та розробки рекомендацій, спрямованих на питання ВІЛ/СНІДу, туберкульозу (ТБ) та планування сім'ї. Оцінку виконано Проектом системи охорони здоров'я 20/20, який фінансує USAID. Поданий звіт представляє другий етап оцінки, під час якого проаналізовано потенційні ризики та можливості для ефективного надання послуг з ВІЛ/СНІД у контексті реформи системи охорони здоров'я, що зараз впроваджується в Україні. На другому етапі визначено також основні показники ефективності, які будуть застосовуватися на рівні ПМСД з метою контролю за виконанням договірних робіт постачальниками послуг.

Важливо оцінити потенційні ризики та можливості для ефективного комплексного надання пов'язаних з ВІЛ/СНІД послуг у контексті реформи системи охорони здоров'я. Зараз діяльність у рамках реформи охорони здоров'я спрямована на розвиток ПМСД та лікарняних округів. Ризик полягає в тому, що спеціалізовані послуги, зокрема з ВІЛ, втратять свій потенціал, і заклади на рівні ПМСД будуть не готові підхопити функцію надання послуг з ВІЛ/СНІД. Наприклад, кабінети довіри офіційно підпорядковуються районним або обласним закладам, а технічно звітують – Українському центру СНІД. Іншими словами, райони виплачують заробітну плату та платять за утримання кабінетів довіри, у той час як центр СНІД координує надання його послуг та фінансує поставку антиретровірусних препаратів (АРВ), тестування вагітних жінок, а також тестування донорів крові. Інший приклад пов'язаний з Донецькою областю, пілотною для реформи, де лікарі отримали стимули для переходу з роботи в кабінетах довіри на роботу в центрах ПМСД, хоча поки що незрозуміло, чи продовжуватимуть вони отримувати навчання та підтримку, щоб пропонувати будь-які послуги з ВІЛ в центрах ПМСД.

Як результат цих та інших ризиків щодо дієвого надання ПМСД та зважаючи на поточні зусилля з реформування системи охорони, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) ініціювала надання технічної допомоги Закарпатській області з метою підсилення послуг з консультування та тестування на ВІЛ (КТВ). Окрім цього, ВООЗ розробила та провела в Одеській області пілотне застосування керівних принципів тестування та консультування за ініціативою постачальника послуг. Реалізація обох зазначених ініціатив відбувається за рахунок фінансування USAID. ВООЗ дотримується підходу, спрямованого на зміцнення систем охорони здоров'я, та поєднує підсилення програми з вирішенням питань системи тестування та консультування щодо ВІЛ у більш широкому розумінні. На думку ВООЗ і USAID, існує необхідність у застосуванні системного підходу при вирішенні питань надання різних послуг з ВІЛ, інакше неможливо поліпшити якість або послуги надання послуг з ВІЛ та покращити доступ до них.

На додаток, в Закарпатті ВООЗ ініціювала проведення оцінки правових та фінансових умов функціонування мережі кабінетів довіри з метою підготовки цих кабінетів до їх підпорядкування обласному центру СНІД. Без фінансової допомоги районним кабінетам довіри, центр СНІД не має серйозного впливу на ефективність роботи кабінету та якість його послуг. Діяльність ВООЗ у Закарпатській області була також спрямована на вивчення деяких аспектів функціонування кабінетів довіри, що працюють в області, з огляду на їх економічну обґрунтованість та фінансування.

## 2. ЗАВДАННЯ

Ця оцінка має наступні основні завдання:

- Визначити підходи до зміцнення та модернізації послуг з ВІЛ/СНІД у контексті реформи системи охорони здоров'я в Україні.
- Розглянути безпосередньо раціональне інтегрування послуг.
- Розробити основні показники ефективності для постачальників послуг з ВІЛ та центру СНІД на обласному рівні з метою їх підготовки до можливих договірних стосунків з обласними та районними органами самоврядування.

Крім того, за допомогою інструментів дослідження, розглядається наступне:

- Які установи перебувають в найкращому положенні для надання конкретних послуг з ВІЛ (з-поміж центрів СНІД, кабінетів довіри та центрів ПМСД; інших НУО, що займаються профілактикою/ інформаційною роботою з найбільш схильним до ризику населенням, а також інші організації)?
- Яка найкраща форма власності (центрів СНІД та кабінетів довіри)?
- Яким чином слід укладати договори на надання послуг, через який механізм, та хто повинен його фінансувати?
- Як забезпечити належну координацію та спрямування пацієнта між постачальниками послуг?
- Як забезпечити якість послуг та її стабільність?

Предмет цієї оцінки пов'язаний з покращенням ефективності та результативності надання медичних послуг з ВІЛ/СНІД у контексті сьогоднішніх заходів з реформування системи охорони здоров'я. В нього не включено ті можливості покращення надання медичних послуг з ВІЛ/СНІДу в Україні, які не пов'язані з сьогоднішніми заходами з реформування системи охорони здоров'я (наприклад, покращення поєднання тестів на ВІЛ з медичними послугами, які надаються сьгодні у зв'язку з інфекціями, які передаються статевим шляхом). Іншим прикладом обмеження цієї оцінки є питання покращення виявлення ВІЛ та варіанти надання медичних послуг ВІЛ/СНІД інфікованим в українській пенітенціарній системі. Відповідно, це дослідження не розглядає такі важливі системні теми, як загальна нестача сімейних лікарів, високий рівень стигматизації хворих ВІЛ серед загального населення та реформування всієї системи фінансування охорони здоров'я.

### 3. СТРУКТУРА ТА МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для виконання завдань цієї оцінки застосовано метод перевірки існуючих документів на робочих місцях експертів. На підставі розглянутих документів, запропоновано наступні гіпотези:

- Загальні програми реформи системи охорони здоров'я порядку започатковано як експеримент у трьох областях (Донецькій, Дніпропетровській, Вінницькій) і в м. Києві з 2011 року, проте теми ВІЛ/СНІД не включено у програму реформування галузі.
- Ієрархія системи роботи з ВІЛ/СНІД є майже жорстко вертикальною за своїм характером.
- Заклади ПМСД практично не відіграють жодної ролі у забезпеченні ВІЛ/СНІД послуг.
- Роль центрів СНІД і кабінетів довіри можна оптимізувати на основі результатів оцінки, проведеної ВООЗ в Закарпатській області.
- Більша частина цільового фінансування робіт з НСРН і, найголовніше, з особами найвищого ризику передачі ВІЛ (ОНРПВ) і у зоні ризику, оскільки зараз кошти надходить з Глобального фонду, а це фінансування може, скоротитися в середньостроковій перспективі.
- Необхідно запровадити державний механізм покриття нестачі фінансування при розробці програм з ВІЛ/СНІД в Україні.

Для ретельної перевірки та дослідження вищезазначених гіпотез було розроблено п'ять дослідницьких інструментів – всі представляють собою напівструктуровані анкети. Ці анкети були надані в адміністративному порядку основним інформантам на національному рівні та районному / обласному рівнях. На обласному рівні сформовано фокус-групи із залученням місцевих і регіональних працівників, і в роботі цих груп були застосовані ті самі напівструктуровані інструменти дослідження. В цілому проведено 16 інтерв'ю і 6 засідань фокус-груп на національному та місцевому / регіональному рівнях, при цьому охоплено наступні типи респондентів:

- П'ять посадовців з питань ВІЛ національного рівня з Міністерства охорони здоров'я (МОЗ), зокрема з боку Державної служби з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІД, туберкульозу та іншими соціально небезпечними захворюванням.
- Приблизно 15 штатних адміністративних працівників охорони здоров'я обласного і муніципального рівня, які працюють в таких установах, як Український центр СНІД (у Донецькій області, Вінницькій області та м. Києві).
- Понад 15 директорів закладів ПМСД та сімейних лікарів.
- Понад 5 директорів центрів СНІД та працівників кабінетів довіри.
- Понад 15 представників НУО з ВІЛ/СНІД (в тому числі з Фонду Ріната Ахметова, Міжнародного альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні та Мережі ЛЖВС).

- Приблизно 5 членів двосторонніх і багатосторонніх організацій міжнародної допомоги (наприклад, Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІД [UNAIDS], ВООЗ, Світовий банк).

Інструменти дослідження широко обговорювалися з відповідними експертами з ВІЛ/СНІД в Україні, а також з експертами з конкретного регіону. Під час візитів до медичних закладів ПМСД і центрів СНІД/ кабінетів довіри, груп з оцінки було продемонстровано інфраструктуру медичних установ і обладнання, в тому числі лабораторії.

Опитування ключових інформантів та фокус-груп проводилися в Києві і в двох регіонах - Вінницькій та Донецькій областях. Обґрунтування вибірки цих трьох областей полягає в тому, що вони є пілотними регіонами, де міг би розпочатися процес реформування системи охорони здоров'я в рамках Указу Президента стосовно Національного плану дій на 2012 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава»(№187/2012), який був затверджений 12 березня 2012 року. Намір полягав у тому, щоб перевірити, підтвердити та дослідити окреслені вище гіпотези в трьох зазначених областях реформи охорони здоров'я з метою розробки рекомендацій щодо підсилення і модернізації послуг з ВІЛ/СНІД та розробки основних показників для моніторингу ефективності послуг з ВІЛ/СНІД. Для формування вибірки, яка забезпечила би великий обсяг інформації, було здійснено цілеспрямований відбір закладів ПМСД та НУО на основі рекомендацій обласного керівництва закладів органів охорони здоров'я та центрів СНІД.

## 4. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

### 4.1 ВІДПОВІДАЛЬНЕ УПРАВЛІННЯ/ЗАКОНОДАВСТВО

У 1991 році Верховна Рада прийняла Закон «Про запобігання СНІДу та соціальний захист населення», і у 1992 році в Україні започатковано першу національну програму із запобігання СНІДу. На сьогодні в Україні розпочато реалізацію шести національних програм із запобігання ВІЛ, медичної допомоги та лікування людей, що живуть з ВІЛ/СНІД (ЛЖВС). В рамках п'ятої національної програми було забезпечено цільовий фонд, який охопив 90 відсотків прогнозованої обсягу необхідного фінансування для програм запобігання та лікування ВІЛ/СНІД (Лехан та ін., 2010). Ця програма отримала фінансування з державного та місцевих бюджетів, позику Світового банку та грант Глобального фонду. По всій країні були створені центри СНІД для проведення епідеміологічного моніторингу і контролю, клінічної та лабораторної діагностики ВІЛ/СНІД та опортуністичних інфекцій, забезпечено організацію та надання необхідних видів медичної, психологічної та соціальної допомоги ЛЖВС, а також навчання медичного персоналу з ВІЛ/СНІД. Втім, взаємодія між цими центрами та закладами загальної системи охорони здоров'я залишається досить слабкою.

У рамках сьогоднішньої шостої національної програми із запобігання, лікування та підтримки пацієнтів з ВІЛ/СНІД (2009-2013) (Закон України № 1026-VI, виданий 19 лютого 2009 року) реалізується комплексна програма, яка сприяє застосуванню комплексного підходу до

боротьби з епідемією, в тому числі оцінки та моніторингу епідемії, масової просвіти з питань ВІЛ/СНІД, первинної профілактики, а також заходів боротьби з ВІЛ/СНІД серед груп високого ризику. У рамках шостої національної програми впроваджується наступне:

- Створення ефективних умов роботи громадських організацій, відповідальних за запобігання ВІЛ.
- Посилення прав пацієнтів з ВІЛ/СНІД – ВІЛ-інфіковані чи хворі на СНІД пацієнти.
- Забезпечення загальнодоступної високоякісної медичної допомоги, підтримки та лікування для ВІЛ-інфікованих пацієнтів.
- Започаткування програми заміщення героїну - медикаментозної підтримуючої терапії (МПТ) - з метою залучення населення, що споживає ін'єкційні наркотики, до АРВ-терапії.

Детальний перелік відповідних законодавчих актів наведено у Додатку А.

На початку 2010 року Уряд України розпочав процес реформування системи охорони здоров'я, а 12 березня 2012 року Президент України ухвалив указ стосовно Національного плану дій щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». Цей документ передбачає заходи, які необхідно здійснити в системі охорони здоров'я трьох пілотних областей (Донецькій, Дніпропетровській та Вінницькій), а також (згодом) міста Київ. В основному, реформи спрямовані на зміцнення ПМСД та впровадження нових механізмів оплати на рівні ПМСД та рівні вторинної медичної допомоги. Під час проведення оцінки встановлено, що реформування охорони здоров'я розпочалося, але процес реформування перебуває на різних стадіях у всіх трьох регіонах, а також у м. Києві (яке згодом приєдналось до проектів реформ). Група з оцінки з'ясувала, що послуги з ВІЛ/СНІД були залишені поза сферою поточної реформи охорони здоров'я. За результатами опитування зацікавлених сторін у рамках цього дослідження, виявлено, що офіційна посадова інструкція сімейного лікаря охоплює широкий спектр послуг, у тому числі із загальної терапевтичної медицини, педіатрії, акушерства/ гінекології, планування сім'ї, охорони репродуктивного здоров'я, туберкульозу, ВІЛ/СНІД, санітарної просвіти, а також санітарно-епідеміологічні послуги. Втім, група з оцінки з'ясувала, що існує розрив між офіційною посадовою інструкцією та реальними послугами, які надають сімейні лікарі. Як повідомив один сімейний лікар, однією з причин є те, що *«...відповідальність сімейного лікаря визначено в офіційній посадовій інструкції неналежним чином, а також нечітко окреслені необхідні знання та навички»*.

Інше питання полягає в тому, що існуючий перелік показників ефективності, розроблений в якості забезпечення стимулів для сімейних лікарів, не включає будь-яких показників, пов'язаних з ВІЛ («Порядок встановлення надбавок за обсяг та якість виконаної роботи працівникам закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я», Постанова Кабінету Міністрів України, № 209 від 5 березня 2012 року). Тому необхідно розширити передбачену реформою ПМСД програму мотивації працівників з метою включення більш широкого переліку показників ефективності роботи, зокрема щодо ВІЛ/СНІД.

Обмін інформацією в Україні регламентується на основі деяких законодавчих документів загального характеру та законодавства у галузі охорони здоров'я, а саме:

- Конституція України: стаття 32
- Закон України 2 «Про інформацію» (статті 5, 6, 10, 11, 18-21)
- Закон України «Про доступ до публічної інформації» (статті 7, 9, 10)
- Закон України «Про захист персональних даних» (статті 4-17, 19-21, 24, 25, 27, 29)
- «Типовий порядок обробки персональних даних у базах даних персональних даних», затверджений Міністерством юстиції України за № 3659/5 (пункти 1.5 - 1.12, 2.1 - 2.5., 3.1, 3.2) від 30 грудня 2011 року
- Цивільний кодекс України (статті 285, 286)
- Основні закони України про охорону здоров'я (статті 39, 39.1, 40,78)
- Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (статті 6-9, 11, 13)

На підставі цього законодавства пацієнт має право на недоторканність приватного життя в питаннях стану його здоров'я, право звертатися за медичною допомогою, включаючи діагностику, та отримувати інформацію про його медичне обстеження. Конкретно щодо питань конфіденційності стосовно стану осіб з ВІЛ, у статті 6 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» зазначено: *«...результати і можливі наслідки, з дотриманням умов щодо конфіденційності персональних даних, у тому числі даних про стан здоров'я особи».*

Стаття 9 того ж Закону передбачає далі : *«Реєстрація, ведення обліку людей, які живуть з ВІЛ, здійснення медичного нагляду за такими особами та епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією здійснюються з дотриманням умов щодо конфіденційності персональних даних, зокрема про стан здоров'я, поваги до особистих прав і свобод людини, визначених законодавством та міжнародними договорами України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України».*

Фактичним результатом (навмисним або ненавмисним) тлумачення зазначеного законодавства є те, що центрам СНІД і кабінетам довіри, які відповідають за проведення ВІЛ-тестування, не дозволяється реєструвати, вести облік, використовувати та поширювати інформацію за виключенням випадків, коли об'єкт інформації дозволяє їм виконувати обмін цією інформацією. Це впливає на спроможність системи охорони здоров'я пропонувати обґрунтовану безперервність допомоги для ВІЛ-позитивних осіб. Втім, інше положення тієї самої статті того ж самого закону передбачає: *«Порядок ведення обліку людей, які живуть з ВІЛ, та здійснення нагляду за такими особами визначається спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я».* Відповідно до законодавства України, центральним органом виконавчої влади в галузі охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я, і це означає те, що існує можливість внесення деяких змін до зазначеного закону, які дозволили б обмін інформацією між закладами ПМСД, центрами СНІД та кабінетами довіри.

## 4.2 НАДАННЯ ПОСЛУГ – РОЗГЛЯД ПОДАЛЬШОГО ЗАСТОСУВАННЯ ВЕРТИКАЛЬНОГО ПІДХОДУ АБО ПЕРЕХОДУ ДО РАЦІОНАЛЬНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ

Загалом, українська система запобігання та боротьби з ВІЛ/СНІД вважається досить успішною завдяки швидкому розгортанню і твердим намірам Уряду, особливо в питаннях придбання препаратів АРВ (Тарантіно та ін., 2011). Втім, існують «прогалини» в системі реагування, оскільки багато респондентів повідомили, що лише 50-60 відсотків осіб, які мають вживати препарати АРВ, використовують їх насправді. Майже всі опитані НУО повідомили, що ОНРПВ, наприклад деякі споживачі ін'єкційних наркотиків, можуть знати або не знати свій ВІЛ статус, але вони не звертаються для клінічного встановлення стадії захворювання та за препаратами АРВ, якщо існує така потреба. Залучення таких ОНРПВ до лікування є ефективним способом зниження передачі ВІЛ шляхом зменшення вірусного навантаження. Цікаво, що в нещодавньому звіті (складеному на основі моделювання) ВООЗ, UNAIDS і Української державної служби зазначено, що незважаючи на те, що на кінець 2001 року понад 26 000 чоловік вживали АРВ-препарати, це число становить лише 22 відсотка від кількості тих осіб, кому насправді необхідні препарати АРВ (Український центр запобігання СНІД (МОЗ України) та ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб, 2011).

Слід розглянути ще один аспект, а саме те, що поточні заходи протидії ВІЛ впроваджувались в умовах величезної епідеміологічної і соціальної напруги. Як і в багатьох країнах, що повільно реагували на перетворення концентрованої епідемії на генералізовану епідемію, де процвітає дискримінація в питаннях ВІЛ, українська система реагування на ВІЛ була створена дуже вертикальною. Така вертикальна структура була необхідною для того, щоб бути впевненими в утримуванні епідемії в концентрованому вигляді та вчасному переведенні на препарати АРВ тих ВІЛ-позитивних осіб, які потребують АРВ терапії.

Оскільки епідемія ВІЛ набуває обертів в Україні, протидія ВІЛ/СНІД з боку системи охорони здоров'я також повинна вдосконалюватись. Таке вдосконалення може відбуватися за рахунок оптимізації системи реагування галузі охорони здоров'я, внаслідок чого пацієнти, які потребують надання спеціалізованої профілактики та лікування ВІЛ/СНІД обласними чи міськими центрами СНІД і кабінетами довіри, отримують такі послуги. Слід зазначити, що деякі кабінети довіри забезпечують не лише послуги добровільного консультування та тестування (ДКТ), але й лікування АРВ-препаратами першого ряду, особливо в неміських зонах («високоспеціалізовані» кабінети довіри). Далі наведено короткий приклад того, як «вертикалізація» та «спеціалізація» допомоги реалізуються в поточній практиці ДКТ:

- Людина може вибрати, чи звернутися їй за тестуванням на ВІЛ до кабінету довіри в закладі ПМСД або в обласний/ міський центр СНІД.
- Якщо пацієнт звертається до сімейного лікаря для звичайного обстеження або з будь-яким захворюванням, і якщо цей пацієнт або лікар має

### Вставка 4.1: Роль обласних центрів СНІД сьогодні

- Забезпечення препаратів АРВ
- Моніторинг ВІЛ-позитивних пацієнтів та їх потреб в препаратах АРВ або заміни таких препаратів
- Забезпечення ДКТ у взаємодії з кабінетами довіри на місцях
- Забезпечення спеціалізованих діагностичних та лабораторних досліджень
- Задоволення більшості потреб ВІЛ-позитивних пацієнтів у медичному та стоматологічному обслуговуванні, що не пов'язане з ВІЛ



будь-яку підозру на ВІЛ, тоді сімейний лікар повинен рекомендувати пацієнту звернутись до найближчого кабінету довіри для тестування на ВІЛ відповідно до наказу МОЗ України № 1141 «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень» від 21 грудня 2010 року.

Коли пацієнта направляють до кабінету довіри за тестуванням, результати його / її аналізу не можна надати тому лікарю ПМСД, який направив на тестування, відповідно до Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (статті 6-9, 11, 13). Всі опитані сімейні лікарі зазначили, що «Центри СНІД не діляться з сімейними лікарями жодною інформацією про ВІЛ-позитивних, отже сімейні лікарі не знають, чи проходив направлений пацієнт тестування на ВІЛ, або ні, і який його / її статус». Насправді, Донецький центр СНІД звернувся за роз'ясненнями з цього питання до Міністерства охорони здоров'я.

Інший вдалий приклад того, як медичні послуги з ВІЛ надаються у вертикальний і спеціалізований спосіб, представлено у Вставці 4.1. Здебільшого, після встановлення ВІЛ-позитивного статусу, пацієнт надходить до спеціалізованої системи допомоги з ВІЛ/СНІД в центрах СНІД в місті / області або в кабінетах довіри.

У Вінницькій області пацієнт може отримати широкий спектр лікування в обласному центрі СНІД, оскільки в центрі працюють терапевти, стоматологи, акушери, гінекологи, педіатри та інші медичні працівники. Насправді, ВІЛ-позитивних пацієнтів зараз відокремлено від інших частин системи охорони здоров'я, тому непрофільні фахівці знають відносно мало про життя ЛЖВС, і широкі маси населення також відгороджені від ВІЛ-позитивних людей. Це лише посилює дискримінацію ЛЖВС серед медичної спільноти і широкого загалу. Реальне фізичне розташування центрів СНІД на околиці міста також посилює цю дискримінацію, не кажучи про незручності для ВІЛ-інфікованого пацієнта, який повинен долати значну відстань, щоб отримати лікування. Наприклад, один респондент у Вінницькій області зазначив: *«Декілька днів тому моя сусідка побачила, як чоловік її подруги заходить до кабінету лікаря-інфекціоніста (в обласному центрі СНІД), і я подумав: «Чому він ходить до цього лікаря, в нього, певно, якась ІПСШ або щось інше».*

Відповідно, ЛЖВС часто мало довіряють будь-яким постачальникам медичних послуг, але особливо вони не вірять у здатність непрофільних фахівців, що не займаються питаннями ВІЛ, лікувати навіть найпростіші випадки клінічного характеру. ЛЖВС переводяться на спеціалізовану медичну допомогу з ВІЛ, ще до того, як їм встановлено ВІЛ-позитивний діагноз і вони звертаються до центрів СНІД або кабінетів довіри для тестування на ВІЛ. Втім, двоє респондентів зазначили, що вони знають ВІЛ-позитивних людей, які йдуть до сімейного лікаря для отримання стаціонарного лікування, але не розкривають свій ВІЛ статус, оскільки кажуть, що: *«Я знаю декілька випадків, коли поведінка сімейного лікаря була дискримінаційною по відношенню до ВІЛ-позитивного пацієнта після того, як лікар дізнався про статус цього пацієнта».* В іншому прикладі з міста Києві, сімейний лікар одного із закладів ПМСД відзначила, що на її дільниці зареєстровано приблизно п'ять ЛЖВС, і вона лікує інші їх хвороби, але якщо вони потребують пов'язаного з ВІЛ лікування (наприклад, додаткових препаратів АРВ, лікування ускладнень або лабораторної роботи), то пацієнти направляються до центрів СНІД. Найбільш вражаючим фактом існуючого стану із

надспеціалізацією та вертикалізацією медичних послуг з ВІЛ в Україні є те, що, переважна більшість контактів з пацієнтами у трьох відвіданих центрах СНІД була спрямована не на осіб, залучених до АРВ терапії.

Навпаки, ті пацієнти, *які не потребують* спеціалізованих послуг з лікування ВІЛ/СНІД, повинні отримувати допомогу на рівні ПМСД. Переваги переорієнтації реагування української системи охорони здоров'я на ВІЛ, як уже зазначалось вище, мають комплексний характер і включають зменшення дискримінації в питаннях ВІЛ і більш економічно ефективно використання обмежених ресурсів системи охорони здоров'я. Непередбаченим побічним продуктом відсутності інтеграції послуг з профілактики та лікування ВІЛ в Україні є відокремлення ВІЛ-інфікованих пацієнтів (і навіть пацієнтів, які не є ВІЛ-позитивними, але мають високий ступінь ризику) від загального населення.

Суть ситуації в тому, що термін «спеціалізовані» може мати багато значень в системі реагування галузі охорони здоров'я на ВІЛ. «Спеціалізований» залежить від безлічі факторів і буде відрізнятися від області до області, від району до району, від ПМСД до ПМСД, і навіть від кабінету довіри до кабінету довіри. Загалом, «спеціалізація» повинна включати наступні параметри: конфіденційність, доступність лабораторних та допоміжних служб, кваліфікація лікарів-консультантів, доступність АРВ-препаратів, а також наявність доступу до або поінформованість про необхідні соціальні послуги. В Таблиці 4.1 показані певні складнощі, що виникають при розгляді питання, де лікувати ВІЛ-позитивних пацієнтів і пацієнтів групи ризику. У цій таблиці окреслено чотири типи пацієнтів (у тому числі умови, в яких вони живуть) та описано реальні умови пошуку лікування та допомоги в різних установах, куди такі пацієнти, ймовірно, звертаються за допомогою.

**ТАБЛИЦЯ 4.1: Оптимізація системи допомоги з ВІЛ/СНІД в Україні**

|  | Сільське населення, сезонне міське населення та особи, що мають багато статевих партнерів                 | Міське населення, ЧСЧ, ВІЛ-позитивні, населення з легким ступенем захворювання  | Міське населення, СІН, ВІЛ-позитивні  | Приміське населення, молодь, гетеросексуали, ВІЛ-позитивні, населення з легким ступенем захворювання                              |
|--|---|---|---|---|
| <b>Конфіденційність/ відсутність дискримінації</b>   | ПСМД - Ні<br>Каб. довіри – Так<br>НУО – Так   | ПСМД – Так<br>Центри СНІД/каб. довіри – Так<br>НУО - Так  | ПСМД – Ні<br>Центри СНІД/каб. довіри – частково<br>НУО - Так  | ПСМД – Так<br>Центри СНІД/каб. довіри – Так<br>НУО – Так  |
| <b>Гарні лабораторії /додаткові послуги?</b>         | ПСМД – Ні<br>Каб. довіри - Ні (окрім тест-комплектів)<br>НУО - Ні   | ПСМД для ВІЛ-скринінгу<br>Центри СНІД для CD4+, ФПП, WIRRAL, тощо   | ПСМД для ВІЛ-скринінгу<br>Центри СНІД для CD4+, ФПП, WIRRAL, тощо   | ПСМД для ВІЛ-скринінгу<br>Центри СНІД для CD4+, ФПП, WIRRAL, тощо   |
| <b>Лікарі-практики обізнані в питаннях ВІЛ/СНІД?</b> | ПСМД – Ні<br>Каб. довіри - інколи   | ПСМД: 18-місячне навчання СЛ – базова допомога при ВІЛ (+/-АРВ)<br>Центри СНІД – високоспеціалізована допомога при ВІЛ            | ПСМД: базова допомога при ВІЛ (без АРВ)<br>Центри СНІД: високо спеціалізована допомога при ВІЛ, але без зменшення шкоди | ПСМД: 6-місячні оглядові курси з базової допомоги при ВІЛ<br>Центр СНІД: помірно передова допомога при ВІЛ                        |
| <b>Наявність препаратів АРВ?</b>                     | ПСМД – Ні<br>Каб. довіри – Іноді  | ПСМД – Можливо<br>Центри СНІД - Так   | ПСМД – Ні<br>Центри СНІД – Так  | ПСМД – Ні<br>Центри СНІД – Так  |
| <b>Знання соціальних послуг?</b>                     | ПСМД - Ні<br>Каб. довіри – Так<br>НУО – Так   | ПСМД – Можливо<br>Центри СНІД/ каб. довіри – Так<br>НУО – Так   | ПСМД – Ні<br>Центри СНІД/ каб. довіри – частково<br>НУО – Так   | ПСМД – Можливо<br>Центри СНІД/ каб. довіри – Так<br>НУО – Так   |
| <b>Де «спеціалізація»</b>                            | При тестуванні та встановленні стадії захворювання, у разі позитивного статусу (каб. довіри/ центри СНІД) | При встановленні стадії захворювання та на початку АРВ-терапії (Центри СНІД), інакше – можливо ПСМД для поповнення АРВ препаратів | В місцях, де збираються СІН, місця позбавлення волі, тощо. (НУО та центри СНІД)   | При встановленні стадії захворювання та на початку АРВ-терапії (Центри СНІД), інакше – можливо ПСМД для поповнення АРВ препаратів |

Особа найвищого ризику передачі ВІЛ, яка вживає ін'єкційні наркотики, потребує спеціалізованої допомоги. З пацієнтом такого типу необхідно вести інформаційно-роз'яснювальну роботу, і не можна покладатися на те, що він / вона прийде в центр СНІД, навіть якщо знатиме про свій ВІЛ-позитивний статус, як підкреслив один з представників НУО в місті Донецьку. Безумовно, ОНРПВ потребують, як мінімум, інтенсивної профілактичної допомоги в питаннях ВІЛ, а у багатьох випадках – препаратів АРВ для зменшення вірусного навантаження та зниження ймовірності передачі інфекції. Це ті пацієнти, потреби яких зараз задовольняються лише частково багатьма неурядовими організаціями, що фінансуються Глобальним фондом.

Існує чимало способів спробувати поліпшити ефективність медичної допомоги з ВІЛ/СНІД, і в Таблиці 4.2, в узагальненому вигляді, наведено позитивні та негативні аспекти таких інструментів.

**ТАБЛИЦЯ 4.2: Загрози, можливості та необхідне фінансування за інструментами зміни ефективності**

| Інструмент                                 | Стимули для належної допомоги в закладах ПМСД та перенаправлення   | Укладення субпідрядних договорів з надання послуг для центрів СНІД та/або кабінетів довіри                             | ОНРПВ/Гранти за соціальним замовленням  | Законодавчі/правові зміни  |
|--|--|--|---|--|
| <b>Загрози</b>                             | <p>Закон про конфіденційність даних, пов'язаних з ВІЛ</p> <p>Інше джерело фінансування при направленні пацієнта із закладу ПМСД (район) до центру СНІД (область)</p> <p>Навчання з лікувальної практики</p> <p>Більше логістики (більше клінік потребує тест-комплекти з ВІЛ та препарати АРВ)</p> | <p>Складно отримати кошти з інших джерел, окрім держави</p> <p>Форма власності</p> <p>Втрата повноважень та грошей</p> | <p>Суб'єктивне бачення відсутності коштів</p> <p>Вважається занадто складним через існування надмірної кількості мінімальних стандартів</p> <p>Найбільш схильне до ризику населення може не бути бажаним клієнтом для грантів</p> | <p>Часто повинно пройти через Кабінет Міністрів</p> <p>Вибори, що наближаються, можуть перетворити політичних діячів на консерваторів на найближчий час</p> <p>ОНРПВ - не верхівка списку політичного електорату</p> |
| <b>Можливості</b>                          | <p>Менше стигматизації</p> <p>Більше стабільності</p> <p>Зменшення географічних перешкод для доступу</p>   | <p>Діють як навчальні центри</p> <p>Надають іншу методологічну/консультативну допомогу надавачам ПМСД</p>              | <p>Механізм вже існує та використовується на місцевому рівні</p> <p>Гнучкий</p> <p>Кошти для фінансування грантів є.</p>  | <p>Якщо реалізацію ініціативи фінансує область або район, то правові та політичні зміни є менш складними, ніж у випадку фінансування національного рівня</p>   |
| <b>Потреба в додатковому фінансуванні?</b> | Так  | Ні   | Так   | Ні   |

### 4.3 ФІНАНСУВАННЯ

Надмірна залежність від «спеціалізації» також має негативні наслідки з точки зору фінансування і, отже, стабільності та якості медичної допомоги. В цілому, помітна стабілізація відбулася на рівнях державного фінансування для деяких центрів СНІД. Ті центри, що були відвідані в ході проведення аналізу, здавались, як мінімум, достатньо укомплектованими кадровими ресурсами, а як максимум – надлишково укомплектованими. Деяким центрам СНІД дещо не вистачало необхідного обладнання, а інші обладнані з надлишком. Запаси препаратів АРВ у відвіданих центрах СНІД здавались достатніми.

Проведені перевірка документації та опитування виявили, що хоча Уряд України нарощує фінансування лікування ВІЛ/ СНІД, саме на Глобальний фонд та НУО покладено завдання надання допомоги особам з найвищим ризиком передачі ВІЛ. З урахуванням потенційного припинення нового фінансування з боку Глобального фонду після 2016 року, Уряд України зараз опинився на перехресті вибору можливостей фінансування послуг з ВІЛ і має три варіанти:

- Залишити надмірно спеціалізовану систему і виділяти більше державних ресурсів на запобігання та лікування ОНРПВ із залученням НУО
- Продовжувати підтримувати надмірно спеціалізовану систему запобігання та допомоги з ВІЛ без надання більшого обсягу державних ресурсів на профілактику і лікування ОНРПВ із залученням НУО
- Розпочати скорочення або, як мінімум, зберегти існуючий номінальний обсяг фінансування для ВІЛ/СНІД і кабінетів довіри та використовувати будь-які кошти, зекономлені за рахунок заходів скорочення, для посилення фінансування роботи НУО з ОНРПВ.

Важливо відзначити, що обсяг фінансування з боку Глобального фонду буде зменшуватися протягом наступних трьох років. Другий етап програми 6-го раунду з ВІЛ для України (спрямований на потреби запобігання та лікування ВІЛ/СНІД серед НСРН) завершується в липні 2012 року, і за останні два-три роки витрачено приблизно 100 млн. дол. США або близько 35 млн. дол. США на рік. Вартість першого етапу 10-го раунду становить приблизно 30-35 млн. дол. США на рік; цей етап також орієнтований на потреби профілактики та лікування найбільш схильного до ризику населення, і він повинен завершитися в грудні 2013 року. Наведені цифри демонструють проблеми, з якими стикатиметься український Уряд у перспективі.

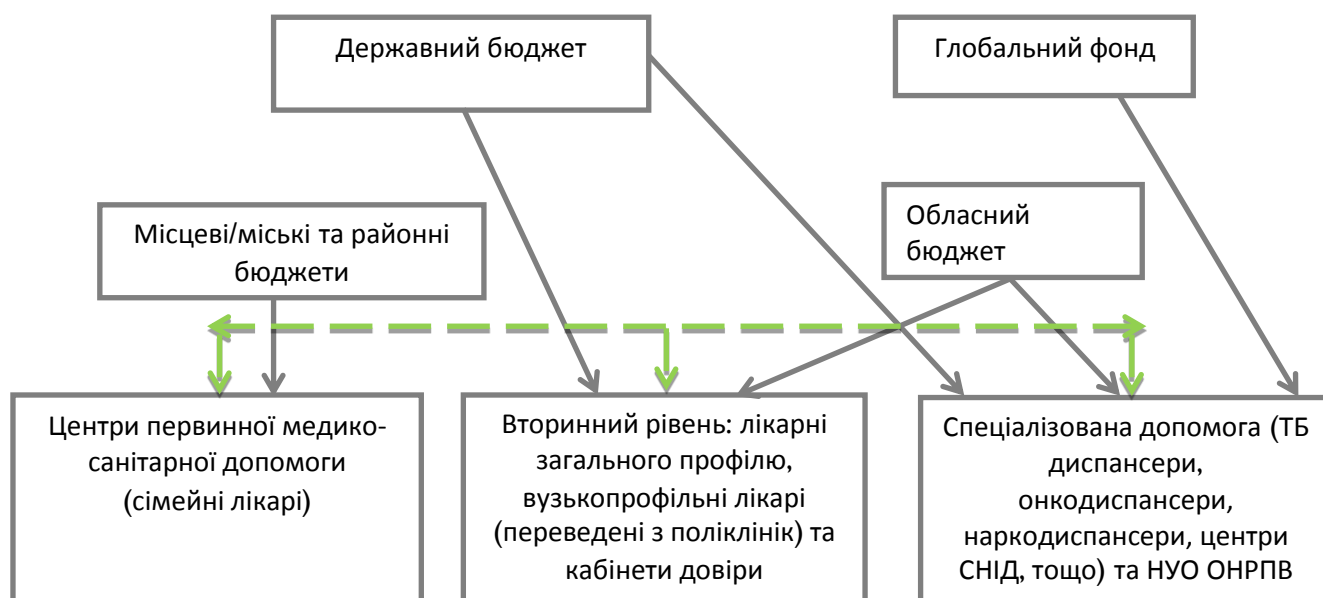
Оскільки фінансування заходів із запобігання та лікування ВІЛ / СНІД здійснюється на загальнонаціональному, обласному та районному рівнях, існують можливості оцінити, який з представлених вище варіантів або поєднання варіантів доцільний. Насправді, на Рис. 4.1 показано проблеми й можливості, пов'язані з поточним фінансуванням допомоги з ВІЛ / СНІД в Україні. Зображені на рисунку сірі суцільні лінії вказують на практиці як відбуватиметься розподіл фінансування, коли буде досягнута оптимальна ефективність за рахунок інтеграції більшого обсягу допомоги на ділянці серед зелених пунктирних стрілок. Для того щоб сприяти такій раціональній інтеграції допомоги в питаннях ВІЛ, потрібна реалізація наступного:

- Дозволити ПСМД більше займатися профілактикою, тестуванням та наданням не пов'язаної з ВІЛ базової клінічної допомоги ЛЖВС з можливим виконанням певних обсягів моніторингу та поповнення препаратів АРВ
- Заохочувати заклади «спеціалізованої» вторинної медичної допомоги (наприклад, новостворені діагностичні центри) до вирішення більш складних питань допомоги з ВІЛ / СНІД (за відсутності центрів СНІД по сусідству)
- Забезпечити проведення ДКТ кабінетами довіри в сільській місцевості або в місцях, де конфіденційність в питаннях ВІЛ є сумнівною

- Забезпечити стимули, що спонукають «спеціалізовані» центри СНІД не лише надавати складну допомогу при ВІЛ / СНІД, але й також здійснювати нагляд і наставництво в більш децентралізованій системі медичної допомоги з ВІЛ / СНІД.
- Забезпечити кращу інтеграцію центрів СНІД та тіснішу співпрацю в питаннях інтеграції з іншими «спеціалізованими» центрами, такими як туберкульозні диспансери, наркологічні диспансери та спільноти НУО, що зосереджені на роботі з ОНРПВ

Для того, щоб сірі стрілки і зелені стрілки на Рис. 4.1 співіснували, необхідно внести зміни в систему медичної допомоги з ВІЛ / СНІД. Приклад таких змін наведено в Таблиці 4.2, відповідно до описаних інструментів зміни ефективності.

**Зображення 4.1: Потік грошових коштів за програмами ВІЛ/СНІД**



Крім того, щоб зробити українську систему медичної допомоги з ВІЛ/СНІД більш ефективною і сталою, необхідні зміни. Ці зміни не відбудуться самі собою; потрібні інструменти, які направлятимуть або стимулюватимуть зміни ефективності. Насправді, ці інструменти, що наведені в Таблиці 4.2, є певною мірою взаємозалежними. Наприклад, в Україні не можуть існувати стимули для змін, поки не відбудуться певні нормативні або законодавчі зміни, як підкреслив сімейний лікар у Донецькій області: *«Якщо ми отримуємо наказ (виконавче розпорядження) надати лікування ВІЛ-позитивним пацієнтам, ми повинні його виконати»*.

Ще один приклад – не можна укласти договір на надання високоякісної спеціалізованої допомоги центром СНІД, якщо він не має юридичного права укласти контракти. Зараз управління державного податкового та фінансового нагляду не дозволяють центрам СНІД укласти договори як у якості постачальника, так і в якості отримувача недержавного фінансування/послуг. Як варіант, центр СНІД можна б було поділити на державний відділ та відділ НУО, який може отримувати фінансування з державних і недержавних джерел. Фактично, майже всі центри СНІД створили НУО під своїм неофіційним кураторством з

метою отримання коштів з інших джерел, крім державних, щоб мати можливість проводити профілактичну діяльність, оскільки кошти державного бюджету обмежені та не призначені для такої діяльності. Справа в тому, що потрібно змінити юридичний статус центрів СНІД або кабінетів довіри, щоб вони стали стороною договору; наприклад, змінити статус на комунальне некомерційне підприємство, подібно тому, як це відбувається в Закарпатській області.

Аналогічні концепції справедливі для використання стимулів для мотивації закладів ПМСД до більшої зацікавленості в наданні послуг з профілактики ВІЛ/СНІД і, можливо, наданні послуг з лікування. В рамках поточного реформування закладів ПМСД дійсно передбачено перелік з восьми показників, за якими клініки ПМСД можуть отримувати надбавки, але жоден із цих показників не пов'язаний з ВІЛ/СНІД («Порядок встановлення надбавок за обсяг та якість виконаної роботи працівникам закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я», Кабінет Міністрів України, 5 березня 2012 р., №209). Для того, щоб змінити ці показники і при цьому продовжувати користуватися державним фінансуванням (яке є поточним джерелом надбавок для клінік ПМСД, які підпадають під реформування системи охорони здоров'я), необхідна законодавча зміна, яку має затверджувати Кабінет Міністрів. Це підкреслює взаємозв'язок між різними інструментами, наведеними в Таблиці 4.2.

Ще одним доречним прикладом необхідності врахування взаємозалежності інструментів є те, що заходи реформи охорони здоров'я, які стосуються ПМСД, зараз фінансуються бюджетами районного рівня, в той час як центри СНІД і кабінети довіри отримують (або, як планується, отримуватимуть найближчим часом) фінансування з бюджетів обласного рівня. Це створює труднощі через низькі стимули за належне взаємне перенаправлення пацієнтів закладами ПМСД, спеціалізованими центрами СНІД і кабінетами довіри. На жодному з цих рівнів немає фінансових стимулів за економічно обґрунтоване направлення чи піклування про потреби пацієнтів. Наприклад, заклади ПМСД не мають мотивації доглядати пацієнтів з ВІЛ/СНІД або навіть перевіряти ВІЛ-статус своїх звичайних пацієнтів, оскільки в напрямках реформи охорони здоров'я відсутні показники ефективності на основі стимулів, не кажучи про відсутність показників ефективності на основі стимулів поза межами реформи. З точки зору відділів фінансування охорони здоров'я на районному рівні, методом організації роботи сьогодні може бути перенаправлення пацієнтів з ВІЛ/СНІД до центрів СНІД/ кабінетів довіри обласного рівня, оскільки в цьому разі потреби пацієнта можна було б оплатити за рахунок фінансування на обласному рівні.

Цю ситуацію дедалі більше ускладнює те, що фінансування допомоги в спеціалізованих центрах СНІД і кабінетах довіри частково залежить від кількості оглянутих пацієнтів. Через успадковану колишню систему фінансування Радянського Союзу за кількістю лікарняних ліжок або за розміром ділянок Уряд України не має достатнього досвіду у фінансуванні за результатами діяльності. Для того, щоб змінити цю тенденцію на краще, центри СНІД і кабінети довіри повинні мати стимули для направлення пацієнтів для отримання допомоги, «відірваної» від «спеціалізованої» *на додаток* до надання високоякісної «спеціалізованої» допомоги. Ці стимули мають бути взаємопов'язаними з діяльністю на рівні закладів ПМСД, щоб забезпечити якісну профілактику, позитивну профілактику і базове лікування відповідно



до узгоджених визначень того, що не є «спеціалізованою допомогою» з ВІЛ у контексті, зазначеному в Таблиці 4.1.

В ідеалі, центри СНІД і кабінети довіри набувають юридичного статусу, згідно з яким вони можуть укласти договори з районними або з обласними органами влади, а також мають стимули або отримують безпосередньо плату за спеціалізоване лікування пацієнтів і за направлення пацієнтів до інших закладів «неспеціалізованої» допомоги з ВІЛ. Відповідно, закладам ПМСД потрібно було б додати стимулів (та показників), які заохочують до ВІЛ-скринінгу і, можливо, забезпечення базових потреб ВІЛ-позитивних пацієнтів.

Окрім цього, якщо центри СНІД почнуть діяти більш автономно, відділи охорони здоров'я районного рівня могли б укласти з ними контракти на навчання лікарів ПМСД забезпечувати профілактику ВІЛ/СНІД, скринінг, базове лікування та необхідні соціальні послуги. Це допоможе компенсувати суб'єктивне бачення втрати контролю та повноважень за наданням медичної допомоги з ВІЛ/СНІД. Роль центрів СНІД полягала б у ролі наставника і загального координатора; їх можна було б фінансувати відповідно до отриманих в цьому напрямку результатів (напр., кількість курсів підготовки з ДКТ, проведених для працівників закладів ПМСД). Далі, роль центрів СНІД могла б легко включити також функції дистриб'ютора ВІЛ-тест-комплектів і навіть базових АРВ-препаратів (на рівні закладів ПМСД) з одночасним переведенням коштів із району в область.

Ще один важливий приклад того, як сірі стрілки на Зображенні 4.1 «протидіють» зеленим стрілкам, що відображають оптимізацію, стосується кабінетів довіри. Зараз кабінети довіри фінансуються, в основному, за рахунок районних ресурсів (отримують деяке фінансування з державного рівня на професійну підготовку та ВІЛ-тест-комплекти). Відповідно, вони мають поєднувати амбулаторне спостереження закладів ПМСД за ВІЛ-негативними особами та допомогу «спеціалізованого» центру СНІД пацієнтам, що живуть з ВІЛ/СНІД, для клінічного встановлення стадії захворювання. Нераціональність існуючої системи полягає в тому, що кабінет довіри мало контактує з рівнем ПМСД в питаннях амбулаторного спостереження та посилення інформаційної роботи з профілактики ВІЛ, спрямованої як на ВІЛ-негативних, так і ВІЛ-позитивних осіб (програми позитивної профілактики). Відсутність контактів впливає з того, що кабінет довіри – це заклад спеціалізованої допомоги без чітко визначеного юридичного дозволу на інформування рівня ПМСД про ВІЛ статус.

Аналогічне міркування також справедливе по відношенню до браку стимулів для центрів СНІД, які фінансуються на обласному рівні, направляти пацієнтів, які в даний час не потребують спеціалізованої допомоги з ВІЛ/СНІД, на рівень ПМСД, через безліч підстав. Основна серед цих причин - неможливість передавання статусу ВІЛ-пацієнтів на різні рівні української системи охорони здоров'я, навіть за згодою пацієнта. З юридичної точки зору це сприймається так, що інформацію про ВІЛ-статус пацієнта не дозволяється передавати на різних рівнях медичної допомоги (напр., між закладом ПМСД або поліклінікою і центром СНІД). Ця плутанина частково виникає через відсутність відповідного законодавства щодо розкриття інформації про ВІЛ-статус, як зазначено в розділі 4.1.

Крім того, цю нераціональну систему погіршує відсутність фінансових або договірних стимулів для кабінетів довіри здійснювати спостереження за ВІЛ-позитивними пацієнтами,

тому що їх направляють до центрів СНІД, які фінансуються на обласному рівні (див. Рис. 4.1). Кабінети довіри адміністративно, юридично та фінансово зобов'язані підпорядковуватись поліклінікам і лікарням, але методологічно вони отримують підтримку з центрів СНІД. Фактично, оскільки кабінет довіри отримує фінансування з району, він зараз підзвітний районному рівню, але повинен направляти пацієнтів до центру СНІД для встановлення стадії захворювання пацієнтів, яким нещодавно поставлено ВІЛ-позитивний діагноз. Немає адміністративних, фінансових і правових прецедентів для належного направлення кабінетами довіри перевірених на ВІЛ пацієнтів до закладу ПМСД (немає юридичного прецеденту для обміну інформацією про ВІЛ-статус) або до центрів СНІД у випадку встановлення стадії захворювання ВІЛ-позитивних осіб (немає жодної адміністративної структури для направлення та абсолютно жодних фінансових стимулів для належного направлення). Робота, проведена разом із ВООЗ у Закарпатті, вказує на необхідність певного адміністративного нагляду з боку обласних центрів СНІД за кабінетами довіри з метою забезпечення належного направлення, надання навчання з ДКТ та надання навчання з лікування СНІД у тих випадках, коли кабінети довіри лікують пацієнтів з ВІЛ/СНІД.

Крім того, якщо центри СНІД матимуть можливість управляти кабінетами довіри в своїх відповідних областях, вони зможуть допомогти органам влади районного рівня оптимізувати кількість і місце розташування необхідних кабінетів довіри. Фактично, багато респондентів відзначали надлишок і недостатнє фінансування кабінетів довіри у багатьох областях України; і їх спостереження підтверджені результатами нещодавніх досліджень. Саме центри СНІД добре володіють ситуацією щодо попиту на послуги з СНІД в своїх областях і, таким чином, можуть допомогти у визначенні попиту на послуги з ВІЛ та ДКТ в масштабі області.

Ще одним прикладом того, наскільки взаємопов'язані ці інструменти досягнення ефективності, може бути опис відносин між центрами СНІД /кабінетами довіри і ОНРПВ (які існують завдяки НУО). Хоча багато спеціалізованих центрів домоглися великих успіхів, зробивши свої центри більш чутливими до потреб ОНРПВ, все ще існують загрози щодо доступу, особливо при можливому зменшенні ресурсів Глобального фонду. Слід зміцнити динаміку між «спеціалізованими» центрами та ОНРПВ. Необхідно визнати, що послуги з ВІЛ/СНІД, особливо щодо залучення ОНРПВ до лікування, мають «йти туди, куди йдуть ОНРПВ». Дійсно, респондент із Донецької області зазначив, що клієнти дуже високо цінують та користуються послугами існуючого інтегрованого кабінету довіри з опіоїдної замісної терапії, ТБ і ВІЛ.

Досягнення цієї мети вимагатиме більш тісної інтеграції послуг з ВІЛ/СНІД у місцях позбавлення волі, місцях частого відвідування СІН, наркологічних диспансерах, НУО та інших місцях, де часто перебувають особи високого ризику. Одним із способів досягнення мети є створення кабінетів довіри, чутливих до потреб ОНРПВ/НСРН, що матимуть значні можливості для інформаційно-роз'яснювальної роботи. Це означає, що «спеціалізовані» центри СНІД повинні займати більш активну позицію та менше вдовольнятися лікуванням осіб не з категорії ОНРПВ, що звертаються із скаргами на стан здоров'я, з якими можна легко впоратися в будь-якому іншому закладі. Багато респондентів пропонували, щоб центри СНІД приділяли більше уваги не лише наданню мобільних послуг ДКТ у «гарячих точках» вживання наркотиків, але й посиленню інформаційно-роз'яснювальної діяльності з поширенням її на місця позбавлення волі і, одночасно, інформаційно-роз'яснювальних

програм з ВІЛ та зменшення шкоди. Крім того, для зменшення шкоди, профілактики та лікування ВІЛ необхідно розглянути програми з ВІЛ-просвіти, тестування та обміну шприців в місцях комплексного обслуговування («єдине вікно»).

Більшість центрів СНІД користуються довірою інших урядових відомств і НУО. Центри СНІД є природними кандидатами на роботу в якості об'єднувальної ланки у сфері інформаційно-роз'яснювальної роботи. Проте, для того щоб самі центри СНІД і кабінети довіри виконували цю нову наставницьку роль по відношенню до координаторів інформаційно-роз'яснювальної роботи ПМСД та ОНРПВ, необхідно провести юридичні реформи, мати механізми укладання договорів та мотивацію.

Треба брати до уваги і фінансування. Потрібні певні юридичні реформи та постанови Уряду, щоб стимули почали діяти та почалося укладання договорів. Навіть якщо все це буде реалізовано і навіть будуть заощаджені кошти за рахунок інструментів підвищення ефективності, уряд має взяти на себе зобов'язання з розширення спроможності «спеціалізованих» центрів СНІД/кабінетів довіри більше зосередитися на інформаційно-роз'яснювальній роботі. При розподілі фінансування треба також враховувати потреби багатьох НУО, орієнтованих на ОНРПВ, якщо підтримка Глобального фонду зменшиться. Грант за соціальним замовленням може бути ідеальним механізмом підтримки центру СНІД (в якому змінено форму власності, який поділено або який створив дочірнє підприємство і тому може укладати договори) у якості органу-координатора гранту, подібно до ролі основного реципієнта Глобального фонду по відношенню до субреципієнтів. Такі субреципієнти, можливо НУО або інші державні органи, можуть працювати з центром СНІД задля підвищення доступності послуг для ОНРПВ.

Обласні/міські центри СНІД повинні мати тісніші зв'язки з громадянським суспільством. Зокрема, центри СНІД повинні допомогти НУО у пошуку можливостей ВІЛ фінансування з боку донорів, приватних або державно-приватних -партнерств. Напевно, більш важливо, щоб центри СНІД мали змогу допомагати своїм спеціалістам брати участь у формуванні напрямів діяльності, які можуть фінансуватися з державного бюджету в рамках державного соціального договору. Крім того, регіональні центри СНІД можуть здійснювати моніторинг та оцінку виконання заходів і проектів як в рамках державного соціального договору, так і в умовах фінансування з боку міжнародних організацій.

Центри СНІД відіграють вирішальну роль у процесі реформування системи охорони здоров'я в Україні. Їх роль повинна дещо змінитися, вони мають стати більш ефективними. Характерним для усіх центрів СНІД, які відвідали автори цього звіту, було те, що всі голови координаційних рад і секретаріати координаційних рад із ВІЛ/СНІД здійснювали активну діяльність у своїх областях. НУО й інші державні партнери довіряють цим центрам СНІД, і тому зазначене вище розширення їх ролі є природним вибором.

## 4.4 ЗВЕДЕНА ІНФОРМАЦІЯ ПРО МОЖЛИВОСТІ ТА ЗАГРОЗИ ДЛЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ ПОСЛУГ З ВІЛ/СНІД У КОНТЕКСТІ РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

У Таблиці 4.3 нижче наведено зведену інформацію щодо існуючих переваг, можливостей, недоліків та загроз для системи надання послуг з ВІЛ/СНІД.

**Таблиця 4.3: Зведена інформація щодо переваг, недоліків, можливостей та загроз для системи надання послуг з ВІЛ у контексті реформи охорони здоров'я в Україні**

| Переваги   | Недоліки   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Зобов'язання Уряду купувати препарати АРВ.</li> <li>• Прийнято національне законодавство з метою підготовки програм з ВІЛ.</li> <li>• В центрах СНІД існує широкий спектр послуг та допомоги для ЛЖВС.</li> <li>• Нова реформа системи охорони здоров'я забезпечила показники моніторингу ефективності для сімейних лікарів.</li> <li>• Центри СНІД добре володіють ситуацією щодо попиту на послуги з ВІЛ та ДКТ в своїх областях.</li> <li>• На обласному рівні існують соціальні гранти, і деякі НУО отримали кошти через цей механізм. На національному рівні всі законодавчі документи подано до Верховної Ради для затвердження.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Вертикальна розробка програм з ВІЛ означає, що більшість закладів ПМСД не мають ґрунтовних знань з профілактики ВІЛ, догляду та лікування ВІЛ-інфікованих.</li> <li>• «Спеціалізовані» послуги з ВІЛ призводять до відокремлення ЛЖВС від послуг інших рівнів та розпалюють упередженість та дискримінацію.</li> <li>• Показники ефективності для сімейних лікарів не включають індикаторів, що стосуються ВІЛ або послуг з направлення до лікаря вузького профілю, отже сімейні лікарі не мають стимулів для підтримки навичок або знань у цих областях.</li> <li>• У зв'язку з існуючим тлумаченням законодавства, не здійснюється обмін даними про пацієнта між центрами СНІД і кабінетом довіри та закладами на рівні ПМСД, що впливає на безперервність догляду за ЛЖВС.</li> <li>• Лише НУО працюють з ОНРПВ, які є найбільш уразливими до ВІЛ-інфекції.</li> <li>• ЛЖВС не довіряють надавачам послуг поза межами центрів СНІД.</li> <li>• Центри СНІД не можуть укласти договори на послуги.</li> </ul> |
| Можливості   | Загрози  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Міністерство охорони здоров'я повинно мати виконавчі повноваження на внесення змін до законодавства, що дозволить обмін даними пацієнта з метою поліпшення допомоги.</li> <li>• Сімейних лікарів можна відносно легко навчити виявляти ВІЛ та надавати не пов'язану з АРВ допомогу ЛЖВС в закладах ПМСД, зменшуючи при цьому упереджене ставлення.</li> <li>• НУО мають довіру з боку НСРН і можуть використовуватись для того, щоб вийти на контакт з ОНРПВ.</li> <li>• Гранти за соціальним замовленням можуть служити моделлю для укладання договорів субпідряду з НУО на надання профілактичних послуг.</li> </ul>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Реформа системи охорони здоров'я не вирішує питань програм з ВІЛ.</li> <li>• Рух в напрямку зміцнення ПМСД може призвести до зменшення існуючих фінансових і кадрових ресурсів для обслуговування ЛЖВС.</li> <li>• Програми контролю СНІД та Центри СНІД/кабінети довіри можуть мати побоювання щодо зменшення попиту на їхні послуги</li> <li>• Найближчим часом очікується скорочення фінансування програм з ВІЛ з боку донорів.</li> <li>• Серед сімейних лікарів дотепер існує упереджене ставлення до ЛЖВС.</li> </ul>   |

## 5. ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ЕФЕКТИВНОСТІ

Будь-яке використання інструментів зміни ефективності вимагає попередньої розробки переліку показників ефективності. Типи показників ефективності в розрізі інструментів зміни ефективності, які було запропоновано раніше, представлені в наведеному далі переліку:

### Стимули для рівня ПМСД:

- Кількість осіб, протестованих на ВІЛ, які знають свій ВІЛ-статус x 100/кількість відвідувань на рівні ПМСД (надано СЛ) по кварталах і за віковими групами
- Кількість ВІЛ-позитивних дітей x 100/загальну кількість дітей, народжених від ВІЛ-позитивних матерів за певний період часу
- Кількість консультацій до і після тесту на ВІЛ, наданих СЛ
- Кількість ВІЛ-позитивних пацієнтів, перенаправлених до відповідних соціальних служб
- Кількість ВІЛ-позитивних пацієнтів, які одержують регулярну допомогу, не пов'язану з АРВ-терапією, на рівні ПМСД
- Кількість ВІЛ-позитивних пацієнтів, які одержують АРВ-препарати першого ряду на рівні ПМСД

### Укладання договорів субпідряду з центрами СНІД і кабінетами довіри

- Кількість медичних працівників (СЛ) на рівні ПМСД, які пройшли навчання за темами:
  - ДКТ
  - Послуги соціальної підтримки ВІЛ-інфікованих
  - Встановлення ВІЛ-зумовлених хвороб
  - Встановлення погіршення стану здоров'я, пов'язаного з ВІЛ-статусом
  - Розуміння позитивної профілактики
- Кількість державних медичних закладів, що отримують наставницьку підтримку на квартальній основі з метою поліпшення якості профілактики і допомоги НСРН
- Кількість тест-комплектів ВІЛ, виданих кабінетам довіри і центрам ПМСД
- Кількість АРВ-препаратів першого ряду, виданих кабінетам довіри і центрам ПМСД

### Гранти за соціальним замовленням

- Кількість державних медичних закладів, що отримують наставницьку підтримку на квартальній основі з метою поліпшення якості профілактики і допомоги для ОНРПВ

- Кількість ОНРПВ, охоплених інформаційними, просвітницькими та комунікаційними заходами
- Кількість ОНРПВ, які проходять тестування на ВІЛ на регулярній основі
- Кількість ОНРПВ, які отримали позитивний результат і встановлений ступінь захворювання
- Кількість ОНРПВ на АРВ-препаратах
- «Прихильність» ОНРПВ до АРВ-препаратів
- Відсоток закладів в місцевостях принаймні з одним соціальним працівником з питань ВІЛ/НСРН, який частково або повністю працював з НУО
- Кількість ВІЛ-продуктів, що посилюють діалог про політику або надання послуг
- Кількість продуктів, розроблених групами громадянського суспільства і використаних для пропаганди
- Кількість волонтерів, що надають соціальну підтримку для ВІЛ-позитивного населення

### **Законодавчі зміни**

- Політика щодо ВІЛ, узгоджена з національною стратегією розвитку охорони здоров'я: кількість базових показників, включених у стратегії як розвитку охорони здоров'я, так і боротьби з ВІЛ
- Відсоток протоколів МАТ, узгоджених з міжнародною передовою практикою та /або стандартами (якщо стандарти існують)
- Кількість законодавчих змін або змін в політиці, що впливають на конфіденційність інформації щодо ВІЛ
- Кількість законодавчих змін або змін в політиці, що включають індикатори ВІЛ/СНІД у показники мотивації
- Кількість законодавчих змін, що дозволяють змінювати юридичний статус закладів контролю за СНІД (можуть укласти контракти) або кабінетів довіри (можуть бути управлятися закладами контролю за СНІД)
- Навчання з підвищення кваліфікації у галузі сімейної медицини та первинні курси навчання, які охоплюють X днів навчання із запобігання і лікування ВІЛ/СНІД

## 6. РЕКОМЕНДАЦІЇ

### 6.1 РЕЗЮМЕ

Загалом, більш економічно ефективним і зручним для пацієнта з точки зору доступності є переадресація якомога більшого обсягу послуг профілактики і лікування ВІЛ від «спеціалізованої допомоги». Однак, як показано в Таблиці 4.1, іноді це неможливо. Наприклад, майже недоцільно перенаправляти сільського пацієнта зі спеціалізованого кабінету довіри, оскільки конфіденційність і відсутність дискримінації в невеликому сільському закладі не завжди можлива на рівні місцевого центру ПМСД. Як зазначив сімейний лікар у Вінницькій області: *«Наші села досить малі, і люди знають один одного і бачать, хто куди йде»*. Крім того, майже недоцільно забезпечувати центр ПМСД ВІЛ тест-комплектами, тому що на них може бути такий невеликий попит, що термін їх придатності може закінчитися ще до їх використання.

Що стосується міських пацієнтів-чоловіків, що мають статеві контакти з чоловіками (ЧСЧ, зазначені в Таблиці 4.1), доцільно мати сімейного лікаря в центрах скринінг-тестування на ВІЛ при закладах ПМСД, а також забезпечити більшу частину компонента допомоги СНІД у сфері неклінічного встановлення стадії захворювання. У більшості країн цей тип пацієнтів охоплено регулярною допомогою закладів ПМСД, не пов'язаною з АРВ-терапією. Сімейному лікарю легше бути в курсі того, що потрібно шукати в плані взаємодії АРВ-препаратів з іншими лікарськими засобами, а також того, на що звертати увагу в плані клінічного погіршення ВІЛ та/або СНІД-статусу і ролі позитивної профілактики в житті пацієнтів. У таких закладах з повністю підготовленими сімейними лікарями (а не лише з тими, хто пройшов курси підвищення кваліфікації), сімейні лікарі приділятимуть більше уваги послугам з профілактики та лікування ВІЛ, включаючи направлення до закладів спеціалізованої медичної допомоги для внесення коректив щодо будь-якого з препаратів АРВ, або планового клінічного встановлення стадії захворювання, незалежно від того, вживає пацієнт АРВ-препарати, чи ні.

Пацієнти ОНРПВ може задовольняти більшість своїх потреб в профілактиці на рівні ПМСД. Дійсно, заклад рівня ПМСД міг би принести велику користь у питанні започаткування медичними закладами тестування і консультування, а також інших, пов'язаних із скринінгом, заходів. Ця ситуація подібна до згаданої раніше практики роботи міського терапевта, який лікує ЧСЧ пацієнта. Крім того, після визначення ВІЛ-позитивного статусу за результатами тестування, в рамках цього сценарію пацієнту має бути клінічно встановлена стадія

#### Вставка 6.1: Потенційна роль обласних центрів СНІД

- Клінічно визначити стадію захворювання ВІЛ-пацієнтів для цілей потреб в АРВ
- Надати навчання працівникам ПМСД і кабінетів довіри в питаннях взаємодії препаратів АРВ
- Надати навчання працівникам ПМСД і кабінетів довіри у сфері моніторингу реакції імунної системи ВІЛ-пацієнтів
- Діяти як загальнообласний канал передачі даних, пов'язаних з ВІЛ
- Надавати високоспеціалізовану допомогу щодо ВІЛ
- Діяти в якості координаційного центру з профілактики і лікування ВІЛ, зорієнтованого на ОНРПВ
- Слугувати ресурсним центром для пов'язаних з ВІЛ заходів щодо фінансування для області
- Слугувати агентом із закупівель тест-комплектів для ДКТ і АРВ-препаратів

захворювання в спеціальному закладі (на початковому етапі і, принаймні, раз на рік), і його слід направити назад на рівень ПМСД, якщо пацієнт не отримує препаратів АРВ, або залишити на рівні спеціалізованої допомоги, якщо він отримує АРВ-препарати. Сімейний лікар київського закладу ПМСД зазначив, що *«зараз це можна зробити [як зазначено вище], тому що нещодавно підготовлені сімейні лікарі, які щойно закінчили медичні інститути, молоді й менш вразливі до стигматизації в питаннях лікування таких хворих за простими медичними показаннями порівняно з більш досвідченими лікарями, які пройшли перепідготовку, але для цього має бути забезпечена законодавча база»*.

Зміна надання послуг з профілактики і лікування ВІЛ/СНІД в Україні, зокрема, пропонувані вище, призведе до одночасного виникнення позитивних і негативних результатів. Позитивні результати включають ймовірні заощадження для державної системи, і ці кошти можна буде використати для надання допомоги НУО в боротьбі із залученням НСРН до системи і забезпеченням їх АРВ-препаратами при необхідності. Ще одним позитивним аспектом було б зменшення дискримінації у міру того як дедалі більше лікарів і медичного персоналу лікуватимуть ВІЛ-позитивних пацієнтів в умовах закладів ПМСД. Можливі негативні аспекти включають втрату контролю з боку спеціалістів, які надають допомогу з ВІЛ/СНІД, за всіма аспектами профілактики та лікування ВІЛ/СНІД. Можуть виникнути неминучі клінічні помилки, але, швидше за все, їх кількість і наслідки будуть дуже обмеженими.

Крім того, оскільки ВІЛ тест-комплекти (зокрема, для цілей скринінгу) і, можливо, АРВ-препарати відправляють до інших місць, а не тільки до спеціалізованих центрів ВІЛ/СНІД, обов'язково виникнуть логістичні помилки. Ситуація із закупівлею ВІЛ-тест-комплектів/ АРВ ускладнюється тим, що, якщо АРВ-препарати закуповуються для розповсюдження на рівні ПМСД, то вони повинні бути придбані органами влади районного рівня відповідно до чинних реформ ПМСД, але районна влада ніколи не купувала ВІЛ тест-комплекти або АРВ-препарати; в минулому придбанням тест-комплектів і АРВ-препаратів займались тільки органи обласного або національного рівня. Тим не менш, обласні центри профілактики та боротьби зі СНІД можуть легко виконувати функції дистриб'юторів ВІЛ-тест-комплектів і АРВ, використання яких закладами ПМСД фінансуватиметься на районному рівні (з одночасним перерахуванням районом оплати тест-комплектів та/або АРВ до області).

Крім того, можливості будуть упущені, оскільки персонал деяких закладів ПМСД не знатиме про всі соціальні послуги, доступні для ВІЛ-позитивних осіб. Оскільки зараз штатні працівники закладів ПМСД не надають допомогу ВІЛ-позитивним особам, не можна очікувати від них обізнаності про те, які соціальні послуги доступні для таких осіб. В міру того, як працівники закладів ПМСД звикатимуть надавати допомогу ВІЛ-позитивному населенню, вони володітимуть інформацією про доступні соціальні послуги. Слід пам'ятати, що не всі НУО чи державні установи та їх персонал знають про всі можливості в плані соціальних послуг, доступних у сферах їх діяльності. Цікаво, що саме лікар-терапевт ПМСД оформлює документи для встановлення інвалідності (незалежно від того, зумовлена вона ВІЛ, чи ні), тому посилення відповідальності лікаря закладу ПМСД за залучення ВІЛ-позитивних осіб до ВІЛ-цілевих соціальних послуг, - це лише розширення цієї функції встановлення інвалідності, яку виконують зараз лікарі на рівні ПМСД .



Підсумовуючи, існує рівновага між потребами, які необхідно задовольнити через заохочення центрів ПМСД до надання нескладних послуг з профілактики та лікування ВІЛ/СНІД, забезпечуючи одночасно високий рівень якісних медичних послуг з ВІЛ/СНІД. Іншими словами, українська система надання медичних послуг з ВІЛ/СНІД не повинна бути децентралізована настільки, щоб постраждала якість надання послуг з ВІЛ/СНІД. Одночасно є потреба у кращій координації інформаційно-роз'яснювальних послуг (які головним чином надаються НУО) та профілактикою/ лікуванням, зокрема переведенням ОНРПВ на АРВ. Центри СНІД необхідно заохочувати до діяльності в якості менеджерів та координаторів інтегрованої системи медичних послуг з ВІЛ/СНІД. В такий спосіб зазначені вищі недоліки в ефективності надання послуг можуть бути виправлені, при збереженні якості, і може бути забезпечено покращення координації з інформаційно-роз'яснювальними послугами з ВІЛ/СНІД, які надаються НУО.

Група з оцінки рекомендує подальші заходи, наведені в наступному підрозділі, для вирішення вищезазначених проблем та ризиків, та використання існуючих переваг системи охорони здоров'я і можливостей, які надано чинними реформами. Ці рекомендації адресовано Уряду України, але підтримка партнерів із розвитку також може бути корисною. Група оцінки зазначає, що на цьому етапі не розглядаються деталі того, «як» реалізувати зазначені нижчі рекомендації, через притаманні труднощі із виконанням змін. Наступний послідовний крок полягає у забезпеченні впевненості у підтвердженні правильності зазначених рекомендацій та відборі тих, які можуть бути реалізовані у коротко- та середньостроковій перспективі в обраних пілотних областях, де можна перевірити деталі того, «як» реалізувати ці рекомендації.

## **6.2 РЕКОМЕНДАЦІЇ НА КОРОТКОСТРОКОВИЙ ПЕРІОД (ВПРОДОВЖ НАСТУПНИХ 12 МІСЯЦІВ)**

- Переглянути закон про конфіденційність інформації про ВІЛ-позитивних осіб і розробити проект нормативного акту, враховуючи аспекти упередженого ставлення з боку пацієнта.
- Розширити обговорення додаткових виплат за ефективність роботи, окреслених в цьому звіті, щоб залучити працівників, зосереджених на фінансовій роботі (немедичний персонал) на районному та обласному рівні.
- Уточнити та конкретизувати відповідальність сімейних лікарів, включаючи профілактику, позитивну профілактику, визнання зумовлених ВІЛ/СНІД захворювань (*Pneumocystis Carina*, тощо), взаємодію лікарських препаратів із препаратами АРВ та час направлення до центру СНІД.
- Обговорити та узгодити пов'язані з ВІЛ показники мотивації з сімейними лікарями та відділами охорони здоров'я районного рівня, щоб стимулювати, пов'язані з тестуванням на ВІЛ та профілактикою ВІЛ можна було включити до фінансування на рівні району (замість загальнодержавного фінансування, яке потребувало би більш тривалого юридичного процесу).
- Переглянути й модифікувати короткострокові і довгострокові навчальні курси для сімейних лікарів після уточнення сфери відповідальності.
- Продовжити підтримку діяльності ВООЗ та інших організацій в плані раціоналізації структури управління між центрами СНІД та кабінетами довіри.
- Обговорити та узгодити показники ефективності роботи та показники договорів

субпідряду з центрами СНІД, кабінетами довіри, а також обласними відділами охорони здоров'я, включаючи центри СНІД, яким надається допомога щодо закупівлі комплектів ДКТ, нагляду та моніторингу кабінетів довіри.

- Надати документи щодо потреби у кадрах, необхідних для зміни функції центрів СНІД.
- Вивчити докладно гранти за державним замовленням, які існують на місцевому рівні, та надати рекомендації щодо спрощення численних рекомендованих мінімальних стандартів.
- Розробити документ, в якому зазначено виконавця моніторингу грантів, зосереджених на роботі з ОНРПВ, джерело фінансування таких грантів, мінімальні стандарти для одержувачів грантів та теми грантів, які слід включити.
- Після обговорення грантів за державним замовленням, які мають цільове призначення для категорії ОНРПВ, та роботи з НУО, слід працювати над питаннями спільного фінансування Глобального фонду або USAID, щоб гранти для роботи з ОНРПВ можна було прив'язати до скорочення надмірної «спеціалізованої» допомоги з ВІЛ/СНІД.
- Підготувати всі необхідні документи, щоб кабінети довіри в міських закладах стали більш чутливими до НСРН та ОНРПВ, забезпечуючи тісний зв'язок між інформаційно-роз'яснювальною роботою та клінічним визначенням стадії захворювання /дотриманням АРВ-терапії.
- Оскільки населення погано розуміє поточні реформи ПМСД, поліпшити розуміння цих реформ як пацієнтами, так і надавачами послуг.
- Надати документи щодо переваг і недоліків сьогоднішніх заходів реформування системи охорони здоров'я
- Розробити та запровадити комплексну заохочувальну систему направлення пацієнтів для ВІЛ позитивних пацієнтів та задоволення їх медичних потреб, як пов'язаних, так і не пов'язаних з ВІЛ
- Розробити алгоритми для надання медичних послуг для ВІЛ позитивних пацієнтів, зважаючи на побажання пацієнта, клінічну необхідність, розташування відповідних об'єктів, наявні додаткові соціальні послуги тощо.

### **6.3 РЕКОМЕНДАЦІЇ НА СЕРЕДНЬОСТРОКОВИЙ ПЕРІОД (ВПРОДОВЖ НАСТУПНИХ ДВОХ РОКІВ)**

- Внести зміни та затвердити правові та законодавчі документи стосовно наступного:
  - Конфіденційність даних ВІЛ-позитивних осіб
  - Коло повноважень сімейних лікарів
  - Пов'язані з ВІЛ показники мотивації для сімейних лікарів та обласних управлінь системи охорони здоров'я
  - Посилення ролі центрів СНІД та кабінетів довіри
  - Показники ефективності та договорів субпідряду для центрів СНІД, кабінетів довіри та центрів ПМСД
  - Гранти системи державного замовлення за темами, пов'язаними з ВІЛ.
- Ввести в короткострокові та довгострокові навчальні курси для сімейних лікарів переглянутий навчальний план, що включає поглиблене вивчення тем з ВІЛ/СНІД.

- Забезпечити проведення сімейними лікарями профілактичних заходів, ДКТ та лікування за іншими медичними показаннями та отримання сімейними лікарями стимулів на підставі введених показників.
- Запровадити пілотне функціонування нових кабінетів довіри з дружнім ставленням до ОНРПВ/НСРН (нагляд та управління якими здійснюється центрами СНІД).
- Залучити за договором субпідряду один центр СНІД для управління усією допомогою з ВІЛ/СНІД в масштабах області, включаючи нагляд за сімейними лікарями та їхніми послугами із запобігання/тестування, базовою допомогою ВІЛ-інфікованим пацієнтам, що не пов'язана з АРВ-терапією, роботою нових кабінетів довіри з дружнім ставленням до ОНРПВ/НСРН та будь-якими іншими кабінетами довіри в області.
- Оформити у вигляді документу заощадження фінансових ресурсів за рахунок «виштовхування» неспеціалізованої допомоги з ВІЛ/СНІД на інші рівні.
- Розробити показники мотивації таким чином, щоб направленням ВІЛ-позитивних пацієнтів з кабінетів довіри на клінічне визначення стадії захворювання фактично займались центри СНІД (або високоспеціалізовані кабінети довіри) з метою клінічного визначення ступеня захворювання та препаратів АРВ.
- Розробити показники мотивації таким чином, щоб переадресація пацієнтів з центрів ПМСД до центрів СНІД для отримання посиленої медичної допомоги відбувалась вчасно і практично.
- Розробити показники мотивації, щоб контролювати пов'язану із СНІД ситуацію з метою забезпечення лікування в тих випадках, де дійсно необхідна «спеціалізована» допомога.
- Створити та експериментально випробувати об'єкти інтегрованої допомоги, такі як наркологічні диспансери та допоміжні центри СНІД (або високоспеціалізовані кабінети довіри).
- Проводити на основі грантів за соціальним замовленням (при моніторингу з боку центру СНІД) інформаційно-роз'яснювальну діяльність у місцях позбавлення волі, гарячих точках вживання наркотиків, тощо.

#### **6.4 РЕКОМЕНДАЦІЇ НА ДОВГОСТРОКОВИЙ ПЕРІОД (ВПРОДОВЖ НАСТУПНИХ П'ЯТИ РОКІВ)**

- Забезпечити проведення сімейними лікарями профілактичних заходів, ДКТ та лікування захворювань, не пов'язаних із СНІД, а також надання або прописування препаратів АРВ в рамках програми на основі мотивації
- Розробити грант за системою держзамовлення з метою надання НУО фінансування для профілактичної цільової роботи з ОНРПВ та НСРН
- Розробити та впровадити кампанію соціального маркетингу з популяризації позитивних характеристик отримання неспеціалізованої допомоги з ВІЛ/СНІД на рівні ПМСД
- Продовжити реформування ПМСД
- Забезпечити навчання більшої кількості сімейних лікарів, щоб збільшити їх число з наявних 1000 до потрібних 3000
- Розгорнути в національному масштабі деякі заходи, зазначені в середньостроковому плані

## 7. НАСТУПНІ КРОКИ

Проект цього звіту було представлено та обговорено на двох круглих столах, які пройшли 3 та 4 липня 2012 у місті Києві з метою підтвердження висновків оцінки та обговорення рекомендацій та наступних кроків з зацікавленими сторонами у сфері охорони здоров'я на регіональному та національному рівні. Понад 35 учасників круглих столів представляли загальнодержавні установи охорони здоров'я, міжнародних партнерів, зокрема UNAIDS, Світовий банк та ВООЗ, серед присутніх були також регіональні представники з Чернігова, Дніпропетровська, Донецька, Закарпаття, Черкас, Вінниці та міста Києва. Учасники підтвердили правильність висновків цього звіту та визначили наступні пріоритети для розгляду на загальнодержавному рівні:

1. Вивчити правові питання, пов'язані з передачею інформації про стан ВІЛ з метою лікування
2. Розробити керівні настанови для організації роботи з пацієнтами, хворими на ВІЛ/СНІД залежно від рівня, передбачивши достатню гнучкість з огляду на регіональні відмінності
3. Розбудувати потужності системи первинної медично-санітарної допомоги для забезпечення послуг з профілактики та первинної медичної допомоги при ВІЛ/СНІД
4. Вивчити альтернативні шляхи закупівлі діагностичних та тестових матеріалів на обласному рівні
5. Включити показники ВІЛ/СНІД до стимулів заохочення при ПМСД
6. Підвищити значення центрів боротьби зі СНІДом
7. Балансувати використання грантів на соціальні замовлення, соціальні послуги та НУО для проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань та спеціалісти з ВІЛ на місцях погодилися започаткувати робочу групу для оптимізації медичної допомоги при ВІЛ. За словами пані Олени Єщенко, заступника директора Державної служби, запропонована експертна робоча група покликана уточнити завдання та адаптувати рекомендації цього звіту для конкретних дій. .

Наступні кроки можуть включати розробку ТЕО та плану дій для однієї області для реалізації вибраних рекомендацій з цієї оцінки. Цей план дій може стати керівництвом для заходів на рівні пілотної області щодо оптимізації надання медичних послуг з ВІЛ/СНІД, одночасно із використанням поточних заходів реформування системи охорони здоров'я, зокрема заохочувальних виплат та підсилення ролі ПМСД. Вибрана пілотна область не обов'язково повинна входити до складу чотирьох об'єктів проведення реформи системи охорони здоров'я, оскільки багато інструментів, які використовуються на місцях проведення реформи ПМСД, добре описані в документах. Результати такого ТЕО можна було б використати для

- Інформування нової створеної робочої групи щодо перешкод та можливостей для руху вперед у справі реалізації реформування системи боротьби з ВІЛ/СНІД в Україні, та
- Керівництва реалізацією пілотного проекту з включення послуг ВІЛ/СНІД у систему ПМСД та вторинних медичних послуг, результати якого можна використати для майбутнього розгортання процесу на національному рівні.

# ДОДАТОК А: ПЕРЕЛІК ЗАКОНОДАВЧИХ ДОКУМЕНТІВ З ВІЛ/СНІД

Наступні документи розміщено на [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua)

1. Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ
2. Постанова Кабінету Міністрів України від 18.12.98 № 2026 «Про запобігання та захист населення від ВІЛ-інфекції та СНІД»
3. Наказ МОЗ України від 25.05.2000 № 120 «Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД»
4. Спільний наказ Кабінету Міністрів України, Міністерства освіти і науки, Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту з питань виконання покарань, Міністерства праці та політики соціальної політики від 23.11.2077 № 740/1030/4154/321/614а "Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей»
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 21.12.2010 № 1141 «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ - інфекцію та забезпечення якості досліджень»
6. Порядок добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол), затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України № 415 від 19.08.2005
7. Спільний наказ Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства праці та соціальної політики, Міністерство охорони здоров'я від 13.09.2010 № 3123/275/77 «Про затвердження стандартів надання соціальних послуг представникам груп ризику»:
  - Стандарт надання соціальних послуг особам, які отримують замісну підтримувальну терапію агоністами опіоїдів
  - Стандарт надання соціальних послуг з профілактики ВІЛ-інфекції серед осіб з високим ризиком інфікування ВІЛ статевим шляхом
  - Стандарт надання соціальних послуг з догляду і підтримки для людей, які живуть з ВІЛ/СНІД.

## ДОДАТОК В: БІБЛІОГРАФІЯ

- Арманд Ф., Б. О'Хенлон, М. Мак'Іен, Л. Коляда, Л. Левін. 2007 рік. Максимізація участі приватного сектора у плануванні сім'ї в регіоні Європи та Євразії: аналіз контексту і перегляд стратегії. Бетезда, MD: Партнерства приватного сектору – один проект, Abt Associates, Inc
- Боерма В., Д. Крінгос, Т. Вегерс, В. Балтаг, Л. Л. Хімюн, 2010 рік. Оцінка структури та забезпечення первинної медико-санітарної допомоги в Україні. Всесвітня організація охорони здоров'я, Європейське регіональне бюро ВООЗ
- Боровітц М., С. О'Догерті, С. Муратов, М. Тургунбаєв, А. Джафаров, І. Мадікс, Дж. Пікетт. 2008 рік. Концептуальний документ: підхід систем охорони здоров'я до контролю ТБ-інфекції в Центральній Азії. Програма USAID ZdravReform, Abt Associates, Inc
- Боровітц, М., С. О'Догерті, С. Уїкхем, Г. Хафнер, Дж. Сімідіжицкий, С.А. ВанДевельде, М. Мак'Іен. 1999 рік. Концептуальні основи моделі реформи охорони здоров'я в республіках Центральної Азії, Програма USAID ZdravReform, Abt Associates, Inc
- Ело, Каарле Олаві та ін. 2009 рік. Комплексна зовнішня оцінка загальнонаціональної програми реагування на СНІД в Україні: Зведений звіт. Київ: UNAIDS, Україна
- Futures Group. 2008. Проект розбудови потенціалу послуг з ВІЛ/СНІД в Україні. Звіт про перший рік реалізації плану: 1 жовтня 2007 року - 30 вересня 2008 року.
- Futures Group. 2009. Проект розбудови потенціалу послуг з ВІЛ/СНІД в Україні. Звіт про другий рік реалізації плану: 1 жовтня 2008 року – 30 вересня 2009 року.
- Futures Group. 2010. Проект розбудови потенціалу послуг з ВІЛ/СНІД в Україні. Звіт про третій рік реалізації плану: 1 жовтня 2009 року – 30 вересня 2010 року.
- Кутзін Дж., С. Кашин, М. Джакаб. 2010 рік. Реалізація реформи фінансування охорони здоров'я: досвід країн з перехідною економікою, Європейська обсерваторія з систем і політики охорони здоров'я. Всесвітня організація охорони здоров'я.
- Лехан В., В. Рудий, Е. Нольте. 2004 рік. Системи охорони здоров'я в перехідний період: Україна. Регіональне бюро ВООЗ в Європі, від імені Європейської обсерваторії з систем і політики охорони здоров'я.
- Лехан В., В. Рудий, Е. Річардсон. 2010 рік. Україна: Огляд системи охорони здоров'я. Системи охорони здоров'я в перехідному стані 12(8): 1–186.
- Міністерство охорони здоров'я України. 2009 рік. Національний план дій для України на 2011 рік.
- Міністерство охорони здоров'я України, «Комплексний звіт про хід протидії СНІД в Україні», звітний період : січень 2010- грудень 2011, Київ, 2012.
- Тарантіно, Ліза, Славія Чанкова, Елізабет Пребле, Джош Розенфельд і Субрата Роут. 2011 рік. Оцінка системи охорони здоров'я України за 2011 рік. Бетезда, MD: Проект системи охорони здоров'я 20/20. Abt Associates, Inc

Український центр запобігання СНІД, МОЗ України та ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського» АМН України. Інформаційний бюлетень «ВІЛ інфекції в Україні» № 37, Київ, Україна, 2011



# ДОДАТОК С: КРУГЛІ СТОЛИ З РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ЗВІТУ

## СПИСОК УЧАСНИКІВ

У круглих столах, які було проведено 3 та 4 липня 2012 для підтвердження висновків звітів та обговорення і погодження пріоритетних заходів, взяли участь наступні особи:

| ПІБ  | Посада та організація  |
|--|--|
| <b>Уряд України</b>  |  |
| Олександр Толстанов  | Заступник міністра охорони здоров'я  |
| Олена Єщенко   | Заступник директора Державної служби з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, ТБ та інших соціально небезпечних захворювань |
| Наталія Нізова   | Директор Українського Центру СНІД, Міністерство охорони здоров'я   |
| Алла Щербинська  | Заступник директора Українського Центру СНІД Міністерства охорони здоров'я України                                       |
| Олена Коляда   | Український Центр СНІД, Міністерство охорони здоров'я  |
| Віталій Каранда  | Український Центр СНІД, Міністерство охорони здоров'я України  |
| В. Коломейчук  | Заступник Керівника управління здоров'я матері та дитини, МОЗ  |
| Юлія Грамотна  | Прес-секретар, МОЗ   |
| Павло Лісенко  | Науковець, Український інститут стратегічних досліджень, МОЗ   |
| <b>Органи державного сектору на регіональному та муніципальному рівнях</b> |  |
| Жанна Антоненко  | Керівник відділу моніторингу та оцінки, Київський міський Центр СНІД   |
| Олександр Юрченко  | Головний лікар, Київський міський Центр СНІД   |
| Олександра Геращенко   | Провідний спеціаліст з ПМСД, Оболонський район, місто Київ   |
| Ігор Матковський   | Головний лікар, Вінницький обласний Центр  |
| Микола Матус   | Відділ фінансів та бухгалтерського обліку, Вінницьке обласне управління охорони здоров'я                                 |
| Микола Грайданов   | Головний лікар, Донецький обласний Центр СНІД  |
| Наталія Малочкіна  | Керівник відділу лікування Донецького обласного управління охорони здоров'я  |
| Ірина Чухалева   | Головний лікар, Дніпропетровський центр охорони здоров'я   |
| Іван Миронюк   | Головний лікар, Закарпатський обласний Центр СНІД  |
| Ірина Бандура  | Відділ фінансів Закарпатського обласного управління охорони здоров'я   |
| Володимир Брожик   | Керівник Черкаського обласного управління охорони здоров'я   |
| П.Левченко   | Головний лікар, Черкаський обласний Центр СНІД   |
| Т.Діденко  | Керівник Відділу фінансів та бухгалтерського обліку, Черкаське обласне управління охорони здоров'я                       |
| Анатолій Коваленко   | ПМСД, Черкаське обласне управління охорони здоров'я  |
| Олена Трозенко   | Керівник відділу моніторингу та оцінки, Чернігівський обласний Центр СНІД  |
| Олена Толіко   | Економіст, Чернігівський обласний Центр СНІД   |
| М.Дейкін   | Головний лікар, Чернігівський обласний Центр СНІД  |
| Сергій Сотніков  | Центр ПМСД, Моргонецький   |
| Володимир Куріта   | Lireja NHCR  |
| <b>Партнери з міжнародного розвитку</b>                                    |  |
| Енільда Мартін   | Заступник директора, Представництво охорони здоров'я та соціального переходу, USAID/Україна                              |

|                    |   |
|--------------------|---|
| Паола Павленко     | Старший консультант ВІЛ/СНІД, Представництво охорони здоров'я та соціального переходу, USAID/Україна            |
| Тетяна Растригіна  | Старший спеціаліст з керівництва проектами, USAID/Україна   |
| Чарльз Вітек       | Центри контролю за хворобами, Представництво в Україні  |
| Ліза Тарантіно     | Старший юрист, Проект HS 20/20, Україна   |
| Пітер Каулі        | Старший спеціаліст з політики охорони здоров'я, Проект HS 20/20, Україна  |
| Багтигул Акказієва | Спеціаліст з моніторингу та оцінки охорони здоров'я, Проект HS 20/20, Україна                                   |
| Андрій Гук         | Начальник групи, Проект можливостей надання послуг з лікування ВІЛ/СНІД USAID                                   |
| Ігор Перегінець    | Національний працівник категорії спеціалістів, інфекційні хвороби, Національне представництво ВООЗ, Україна     |
| Юрій Кобища        | Національний працівник категорії спеціалістів, стратегічна інформація, Національне представництво ВООЗ, Україна |
| Анна Шакарішвілі   | Національний координатор UNAIDS в Україні   |
| Олексій Ільніцький | Консультант з моніторингу та оцінки UNAIDS  |
| Паоло Беллі        | Координатор сектору країни, СБ/МБРР   |
| <b>НУО</b>         |   |
| Ольга Гвоздецька   | Директор, Управління програм, Всеукраїнська мережа ЛЖВ  |
| Анжела Скопенко    | Голова, відділ лікування, Всеукраїнська мережа ЛЖВ  |
| Сергій Філіпович   | Заступник директора, лікування, Alliance Ukraine  |

## ПОРЯДОК ДЕННИЙ КРУГЛОГО СТОЛУ

### ОПТИМІЗАЦІЯ ПОСЛУГ З ВІЛ/СНІД В У КОНТЕКСТІ РЕФОРМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Політичний круглий стіл для регіональних представників

Готель «Либідь», Київ

3 липня 2012

**Мета засідання:** Підтвердити правильність результатів дослідження «ОПТИМІЗАЦІЯ ПОСЛУГ З ВІЛ/СНІД У КОНТЕКСТІ РЕФОРМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ» з відповідальними особами за вироблення політики та виконання на регіональному рівні та визначити наступні кроки для реалізації рекомендацій.

#### ПОРЯДОК ДЕННИЙ

| Час          | Тема   | Доповідач/ Координатор   |
|--------------|--|--|
| 9.30 – 10.00 | Реєстрація   |  |
| 10.00-10.30  | Привітальні слова: <ul style="list-style-type: none"><li>Наталія Нізова, Директор, Український Центр СНІД</li><li>Паола Павленко, Старший консультант з ВІЛ/СНІД, Представництво з питань охорони здоров'я та соціального переходу, USAID/Україна</li></ul>                                | Координатор: Ліза Тарантіно, Керівник групи, Системи охорони здоров'я USAID, Проект 20/20, Україна |
| 10.30-10.45  | “Результати дослідження «Оптимізація послуг з ВІЛ/СНІД у контексті реформи системи охорони здоров'я в Україні»” <ul style="list-style-type: none"><li>Законодавство та керівництво</li><li>Надання послуг</li><li>Фінансування</li><li>Моніторинг та оцінка: показники виконання</li></ul> | Пітер Коулі, Системи охорони здоров'я USAID, Проект 20/20, Україна                                 |
| 10.45–11.00  | Обговорення та пояснення   |  |
| 11.00-11.15  | <i>Перерва</i>   |  |
| 11:15-11:40  | “Сьогоднішні можливості та загрози для надання послуг з ВІЛ/СНІД в Україні»  | Пітер Коулі, Системи охорони здоров'я USAID, Проект 20/20, Україна                                 |
| 11:40-12:05  | “Досвід Закарпатської області у реформуванні надання послуг з ВІЛ/СНІД»  | Іван Миронюк, Керівник Закарпатського обласного Центру СНІД  |
| 12.05-12:40  | “Можливості запровадження ДКТ та МПТ у практику сімейних лікарів»  | Андрій Гук, Начальник групи, Проект можливостей надання послуг з лікування ВІЛ/СНІД USAID          |
| 12.40-13.00  | Обговорення та уточнення   |  |
| 13.00-14.00  | <i>Обід</i>  |  |
| 14.00-15:30  | Обговорення в робочій групі  |  |
| 15.30-16.00  | <i>Перерва</i>   |  |

|             |   |  |
|-------------|---|--|
| 16.00-16.45 | Презентація висновків Робочої групи   |  |
| 16.45-17.15 | Обговорення та уточнення  |  |
| 17:15-17:30 | Заклучні слова<br>Ліза Тарантіно, Керівник групи, Системи охорони здоров'я USAID, Проект 20/20, Україна |  |

## ОПТИМІЗАЦІЯ ПОСЛУГ З ВІЛ/СНІД В У КОНТЕКСТІ РЕФОРМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Політичний круглий стіл для регіональних представників

Готель «Либідь», Київ

4 липня 2012

### ПОРЯДОК ДЕННИЙ

**Мета засідання:** Використати результати дослідження «ОПТИМІЗАЦІЯ ПОСЛУГ З ВІЛ/СНІД В У КОНТЕКСТІ РЕФОРМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ» та висновки засідання 3 липня 2012р. для узгодження наступних кроків для реалізації реформ з охорони здоров'я, спрямованих на оптимізацію та підтримання надання послуг з ВІЛ/СНІД

| Час         | Тема   | Доповідач/ Координатор   |
|-------------|--|--|
| 8.30 – 9.00 | Реєстрація   |  |
| 9.00-9.15   | Привітальні слова:<br>Ліза Тарантіно, Керівник групи, Системи охорони здоров'я USAID, Проект 20/20, Україна<br>Олександр Толстанов, заступник Міністра охорони здоров'я України  |  |
| 9.15-9:45   | Актуальні питання дослідження ОПТИМІЗАЦІЯ ПОСЛУГ З ВІЛ/СНІД В У КОНТЕКСТІ РЕФОРМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ та узагальнення рекомендацій для загальнодержавного рівня за результатами першого дня   | Пітер Каулі, Системи охорони здоров'я USAID, Проект 20/20, Україна                                 |
| 9:45-10:15  | Обговорення та пояснення   |  |
| 10:15-10:30 | <i>Перерва</i>   |  |
| 10.30-10.45 | Інтеграція програми ВІЛ у Первинну медично-санітарну допомогу: нові можливості у контексті реформи системи охорони здоров'я в Україні  | Олександр Юрченко, Керівник Київського міського Центру СНІД  |
| 10.45-11.15 | Обговорення та пояснення   |  |
| 11.15-12.30 | Колективне обговорення інтеграції послуг ВІЛ/ СНІД <ul style="list-style-type: none"> <li>• Олена Єщенко, заступник директору, Державної служби з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, ТБ та інших соціально небезпечних захворювань</li> <li>• Наталія Нізова, Директор, Український Центр СНІД</li> <li>• Ігор Перегінець, Національний працівник категорії спеціалістів, інфекційні хвороби, Національне представництво ВООЗ, Україна</li> <li>• Пітер Коулі, Системи охорони здоров'я USAID, Проект 20/20, Україна</li> <li>• Бактигуль Акказієва, Спеціаліст з моніторингу та оцінки охорони здоров'я, Проект HS 20/20, Україна</li> </ul> | Координатор: Ліза Тарантіно, Керівник групи, Системи охорони здоров'я USAID, Проект 20/20, Україна |
| 12.30-13.00 | Заклучні слова: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Енільда Мартін, заступник директору, Представництво з питань охорони здоров'я та</li> </ul>   |  |

|             |   |  |
|-------------|---|--|
|             | <p>соціального переходу, USAID/Україна</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Олена Єщенко, заступник директора, Державної служби з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, ТБ та інших соціально небезпечних захворювань</li> <li>• Наталія Нізова, Директор, Український Центр СНІД</li> <li>• Ліза Тарантіно, Керівник групи, Системи охорони здоров'я USAID, Проект 20/20, Україна</li> </ul> |  |
| 13.00-14.00 | <p><i>Обід</i><br/><i>(після цього від'їзд регіональних представників)</i></p>  |  |

