



## **БОРЬБА СО СПИДОМ и ВИЧ В ЭСТОНИИ**

Исследование провели:

Роджер Дрю, Мартин Донохью, Агрис Коппель, Ульрих Лаукамм-Йостен,  
Клаудио Полити, Сигне Ротберга, Аня Саранг и Хейно Стёвер

Оригинальный текст исследования опубликован Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) в 2008 году под названием:

“Evaluation of Fighting HIV/AIDS in Estonia”

© World Health Organization 2008

Все права защищены.

Все права на перевод оригинального текста с английского на русский язык Всемирная Организация Здравоохранения передала Институту развития здоровья. Институт развития здоровья несёт полную ответственность за правильность перевода и его соответствие оригиналу.

© Tervise Arengu Instituut 2008

Все права защищены.

За материалами на английском языке просим обращаться в Европейское региональное бюро ВОЗ:

Publications

WHO Regional Office for Europe

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Для цитирования или перевода документов обращайтесь, пожалуйста, за разрешением на сайт: <http://www.euro.who.int/pubrequest>

Для полного или частичного использования материалов на русском языке обращайтесь, пожалуйста, в Институт развития здоровья:

Tervise Arengu Instituut

Hiiu 42, 11619 Tallinn, Estonia

Tel: +372 659 3900

Fax: +372 659 3901

E-post: [tai@tai.ee](mailto:tai@tai.ee)

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>СОДЕРЖАНИЕ</b> .....	3
<b>БЛАГОДАРНОСТИ</b> .....	6
<b>РЕЗЮМЕ</b> .....	7
<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	10
<b>МЕТОДИКА</b> .....	11
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ</b> .....	12
<b>Обзор</b> .....	12
<i>Текущее положение эпидемии ВИЧ в Эстонии</i> .....	12
<i>Эффективность / адекватность действий к настоящему времени</i> .....	14
<i>Полученные уроки</i> .....	15
<b>Управление, координация и увеличение ресурсов</b> .....	17
<i>Координация и управление</i> .....	17
<i>Положительные результаты гранта от Глобального фонда</i> .....	18
<i>НКО</i> .....	19
<i>Пробелы и ненужные действия</i> .....	22
<i>Сильные и слабые стороны</i> .....	22
<b>Финансовые потоки и системы поддержки НКО</b> .....	25
<b>Системы</b> .....	25
<i>Возможности систем и организаций</i> .....	25
<i>Расширение возможностей НКО за последнее время</i> .....	26
<i>Структуры</i> .....	26
<i>Пробелы и ненужные действия</i> .....	27
<i>Расширение услуг</i> .....	27
<i>Сильные и слабые стороны</i> .....	27
<b>Системы контроля, оценки и обеспечения качества</b> .....	29
<i>Возможности систем и организаций</i> .....	29
<i>Последние тенденции в развитии возможностей</i> .....	29
<i>Структуры контроля и оценки</i> .....	30
<i>Пробелы и ненужные действия</i> .....	30
<i>Расширение услуг</i> .....	32
<i>Сильные и слабые стороны</i> .....	32
<b>Системы здравоохранения и услуги для ЛЖВ</b> .....	34
<i>Возможности систем и организаций</i> .....	34
<i>Пробелы и ненужные действия</i> .....	36
<i>Охват и препятствия</i> .....	36
<i>Расширение услуг</i> .....	38
<i>Качество услуг</i> .....	38
<i>Сильные и слабые стороны</i> .....	39

<b>Услуги для молодежи</b> .....	41
<i>Охват</i> .....	41
<i>Трудности расширения охвата</i> .....	41
<b>Услуги для лиц, вовлечённых в проституцию</b> .....	43
<i>Охват</i> .....	43
<i>Трудности расширения охвата</i> .....	44
<i>Качество услуг</i> .....	44
<b>Услуги для мужчин, занимающихся сексом с мужчинами</b> .....	45
<i>Охват</i> .....	45
<i>Трудности расширения охвата</i> .....	45
<i>Качество услуг</i> .....	46
<b>Услуги для ПИН</b> .....	47
<i>Доступность услуг</i> .....	47
<i>Охват услуг</i> .....	47
<i>Препятствия для доступа</i> .....	50
<i>Качество услуг</i> .....	51
<b>Услуги для заключённых</b> .....	53
<i>Важность работы в тюрьмах и других местах заключения</i> .....	53
<i>Доступность услуг</i> .....	54
<b>Объединение услуг</b> .....	57
<i>Механизмы координации</i> .....	57
<i>Интеграция на уровне оказания услуг</i> .....	57
<b>РЕКОМЕНДАЦИИ</b> .....	59
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ (см. текст оригинала на английском языке)</b> .....	63

## ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

АРТ	антиретровирусная терапия
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ИОЗ	Инспекция по охране здоровья
ИППП	инфекции, передающиеся половым путём
ИРЗ	Институт развития здоровья
ЛЖВ	люди, живущие с ВИЧ
МКД	механизм координации действий
МСД	Министерство социальных дел
МСМ	мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами
НКО	некоммерческая организация
ОЗТ	опиоидная заместительная терапия
ПИН	потребитель инъекционных наркотиков
ПОШ	программа обмена игл и шприцев
СПИД	синдром приобретённого иммунодефицита
ТБ	туберкулёз
УНПООН	Управление ООН по наркотикам и преступности
ЦКЗ	Центр по контролю заболеваемости
ЮНЭЙДС	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

## **БЛАГОДАРНОСТИ**

Коллектив авторов благодарит всех, кто помог в подготовке этого документа. Наша особая благодарность Айре Труммаль, Алене Курбатовой и Аннике Веймер из Института развития здоровья и Ярно Хабихту из ВОЗ за помощь в планировании и проведении исследования. Мы хотим отдельно поблагодарить переводчиков, приглашенных агентством «Тийдо и партнеры»: Вайке Сеппель за эстонско-английский, а Татьяну Сууркаск и Николая Каныкина за русско-английский перевод.

## РЕЗЮМЕ

Это исследование проводится в поворотный момент в истории борьбы Эстонии со СПИДом и ВИЧ. Недавно закончился крупный грант, предоставленный Глобальным фондом, и настало время оценить сделанное и определить приоритеты страны. Данное исследование проведено по заказу Министерства социальных дел и Института развития здоровья (ИРЗ). Оно проводится в рамках договора о сотрудничестве между правительством Эстонии и Всемирной организацией здравоохранения, направленного на улучшение борьбы со СПИДом и ВИЧ в стране. Исследование проводится под эгидой Управления ООН по наркотикам и преступности (УНПООН) и ВОЗ. Оно основано на предшествующей работе ВОЗ и должно способствовать увеличению поддержки со стороны УНПООН Эстонии и другим странам Прибалтики.

С 2000 года в Эстонии продолжается одна из наиболее тяжелых эпидемий ВИЧ в Европе. Сегодня эта проблема распространена, в основном, среди русскоговорящих потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) мужского пола в Таллинне и Ида-Вирумаа. Однако есть опасения, что эпидемия распространяется и среди обычного населения. Эти опасения основаны на мнении, что заражается все больше женщин и что эпидемия все шире распространяется при гетеросексуальных контактах. Но данные, полученные во время исследования, показывают, что количество новых ВИЧ-инфицированных женщин в Эстонии остается неизменным уже несколько лет. Доля новых случаев заражения среди женщин увеличилась, но это стало результатом уменьшения новых случаев заражения мужчин, а не увеличения абсолютного количества новых случаев заражения ВИЧ, выявленных у женщин.

По мнению исследовательской группы, более правдоподобное объяснение такой эпидемиологической ситуации заключается в том, что наблюдается естественное развитие эпидемии, сначала распространявшейся среди потребителей инъекционных наркотиков. Женщины могут заражаться при гетеросексуальных половых контактах, но, скорее всего, их сексуальные партнеры – почти исключительно мужчины ПИН. Снижение числа новых инфицированных среди мужчин свидетельствует о том, что начали действовать профилактические меры, принятые в рамках национальной программы борьбы с ВИЧ и СПИДом. Если поддержать и расширить эти меры, вероятно, можно добиться больших успехов в преодолении эпидемии.

Полученные исследовательской группой данные показывают, что охват некоторых элементов национальной программы, таких как обмен игл и шприцев, вышел на очень хороший уровень, сравнимый с лучшими показателями в других европейских странах.

- Согласно результатам опроса, почти три четверти (73 %) ПИН получили иглы и шприцы в рамках программы в течение четырех недель перед опросом.
- Согласно по данным программы, почти половина (40-60 %) всех ПИН регулярно, не реже двух раз в квартал, обращаются в ПОШ. В среднем, в рамках указанных программ каждый ПИН в Эстонии получает 117 стерильных игл и шприцев.

Кроме того, организовано обслуживание для остальных групп повышенного риска, таких как лица, вовлечённые в проституцию и мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами. Однако эти услуги сейчас ограничены в географическом отношении и доступны только в Таллинне.

Есть и другие значительные пробелы в реализации национальной программы. К таким пробелам относятся следующие:

- Хотя число ПИН, участвующих в программе опиоидной заместительной терапии (ОЗТ), в последние годы значительно увеличилось, общий объем такой программы остается небольшим, и ею охвачены всего 4-6 % опиоидных колющихся наркоманов. Кроме того, качество обслуживания очень сильно колеблется.
- Основные услуги, такие как ОЗТ и раздача стерильных инъекционных принадлежностей, прекращаются, когда ПИН попадает в систему правосудия, так как они не организованы в тюрьмах и арестных домах.
- У ВИЧ-позитивных ПИН затруднен доступ к медицинскому обслуживанию, в том числе к антиретровирусной терапии (АРТ). Чтобы повысить доступность этих услуг, нужно их оказывать в удобное время, в удобном месте, по доступной цене, через заслуживающего доверия работника и в комплексе с другими услугами, такими как опиоидная заместительная терапия и социальная поддержка.

Отсутствие основных мер по профилактике ВИЧ среди ПИН, таких как предоставление стерильных инъекционных средств и ОЗТ, в правоохранительной системе Эстонии вызывает озабоченность, так как в этих условиях широко распространено совместное использование указанных средств. Поскольку многие ПИН часто находятся в тюрьмах и арестных домах, существует опасность, что отсутствие там основных профилактических мер сведет на нет результаты применения этих мер на свободе.

Поддержка Глобального фонда была очень полезной для успешной реализации национальных программ по борьбе с ВИЧ и СПИДом в Эстонии: она дала возможность не только помочь конкретным людям, но и внедрить систему обслуживания и укрепить участвующие в ней организации. Наиболее важным достижением стало решение правительства Эстонии продолжать финансовую поддержку той деятельности, которую финансировал Глобальный фонд. Исследовательская группа поддерживает это решение. При переходе функций, которые раньше исполнял Институт развития здоровья, к министерствам неизбежно проявление определенных трудностей. Наверное, самые серьезные трудности испытывают НКО, обучающие молодежь. Хотя решение Министерства образования и науки включить обучение проблемам ВИЧ в учебную программу для молодежи и оправдано, возможно, министерству и отделам образования в муниципалитетах придется принять какие-то временные меры до утверждения новой программы.

В заключение нужно сказать, что достигнуты значительные результаты в организации действенных мер по профилактике ВИЧ в группах риска, особенно среди ПИН. Однако эту работу нужно расширять, причем обратить внимание не только на увеличение охвата программ по обмену игл и шприцев (ПОШ), но и на проведение ОЗТ и улучшение доступа к антиретровирусной терапии (АРТ)



для ПИН. Существует настоятельная потребность в распространении имеющихся в обществе мер на тюрьмы и арестные дома.

## ВВЕДЕНИЕ

Борьба с ВИЧ и СПИДом в Эстонии ведется в рамках Национальной стратегии по ВИЧ и СПИД на 2006-2015 годы. В 2005 году по оценкам ВОЗ (2007) Эстония затратила на борьбу с ВИЧ-инфекцией, СПИДом и туберкулезом 122,14 млн. ЕЕК<sup>1</sup>, почти 80 % из которых поступили из государственного бюджета<sup>2</sup> и немногим более 20 %<sup>3</sup> – за счет гранта от Глобального фонда. Общий объем гранта за четыре года с октября 2003 по сентябрь 2007<sup>4</sup> составил 10,5 млн. долларов США. Теперь, когда это финансирование прекратилось, борьба с ВИЧ и СПИДом в Эстонии вступает в переходный период.

В связи с этим представляется возможность оценить результаты национальных действий по борьбе с ВИЧ и СПИДом, что и является целью настоящего исследования. Задача исследования заключается в том, чтобы разработать адекватные меры по борьбе с ВИЧ и СПИДом.

Исследование проводилось в двух основных направлениях:

- Структуры и системы
- Охват и качество услуг

Данное исследование проводилось по заказу Министерства социальных дел и Института развития здоровья (ИРЗ), которые организуют проведение программы профилактики ВИЧ и СПИДа в Эстонии и были основными получателями гранта от Глобального фонда. Исследование является неотъемлемой частью договора о сотрудничестве между правительством Эстонии и Всемирной организацией здравоохранения, направленного на улучшение борьбы со СПИДом и ВИЧ в стране. Исследование проводится под эгидой Управления ООН по наркотикам и преступности (УНПООН) и ВОЗ. Оно основано на результатах предшествующей деятельности ВОЗ по поддержке борьбы с ВИЧ и СПИДом в Эстонии (например, ВОЗ 2002, ВОЗ 2005 и ВОЗ 2007) и призвано содействовать деятельности УНПООН в Эстонии и других странах Прибалтики (УНПООН, 2006). Исследование по оценке программы, поддержанной грантом Глобального фонда, проводилось в декабре 2005 (Drew and Laukamm-Josten, 2006).

<sup>1</sup> Примерно 9,5 млн. долларов США

<sup>2</sup> Из общей суммы 12 % поступили от Министерства юстиции, 38 % от Больничной кассы Эстонии, 29 % из Министерства социальных дел и 0,7 % из Министерства образования и науки. Полученные от Министерства социальных дел суммы составили 17 % расходов на лекарства и услуги для незастрахованных и 12 % расходов на программы. Менее 1 % всех затрат на ВИЧ, СПИД и ТБ поступили из муниципальных бюджетов.

<sup>3</sup> Здесь сравнивается финансирование из гранта Глобального фонда и общее финансирование борьбы с ВИЧ, СПИДом и ТБ. Поскольку грант выделялся только на борьбу с ВИЧ-инфекцией и СПИДом, доля этого финансирования в борьбе с ВИЧ и СПИДом будет намного выше (т.е. без затрат на ТБ).

<sup>4</sup> Краткое описание этой программы см. Trummal, 2007

## МЕТОДИКА

Настоящее исследование проведено группой консультантов под эгидой УНПООН и ВОЗ. Были совершены две поездки в Эстонию: в декабре 2007 и в январе 2008 года. Во время поездки в январе 2008 года рассматривались вопросы, связанные с распространением ВИЧ-инфекции и СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) и в местах заключения (см. Приложения 1a и 1b). Остальные темы исследовались во время первой поездки в декабре 2007 года. В Приложении 1 подробно описано проектное задание исследования.

В этих двух поездках участвовали члены исследовательской группы:

- Декабрь 2007: Роджер Дрю, Агрис Коппель, Ульрих Лаукамм-Йостен и Клаудио Полити
- Январь 2008: Роджер Дрю, Мартин Донохью, Сигне Ротберга, Аня Саранг и Хейно Стёвер

Для сбора информации использовались следующие методы:

- Изучение основных документов. Список изученных документов приведен в Приложении 3.
- Интервью с основными участниками, индивидуальные и в малых группах. Список участников интервью приведен в Приложении 2. В частности, обсуждение в фокусной группе проводилось с ПИН, которые пользуются услугами профилактических программ в Таллинне и Кохтла-Ярве.
- Поездки в отдельные организации, участвующие в проекте в Таллинне и Восточной Эстонии.

Во время первой поездки состоялась встреча по обмену информацией о деятельности с сотрудниками Министерства социальных дел, которые занимаются вопросами ВИЧ и СПИДа. Однако эти два процесса шли параллельно, как и предполагается проектным заданием. В частности, этот отчет представляет собой независимую оценку, то есть, в исследовательскую группу входили независимые эксперты, не связанные с теми организациями, которые ведут в Эстонии борьбу с ВИЧ и СПИДом.

В конце каждой поездки с сотрудниками Министерства социальных дел, Института развития здоровья и ВОЗ проводилась встреча для проверки фактов, представления и обсуждения первых результатов. На второй такой встрече также присутствовал представитель Министерства юстиции.

Рабочим языком исследовательской группы был английский. Большая часть интервью проводилась на английском языке. Если это было невозможно, интервью проводились на эстонском языке через переводчика, на русском языке через русскоговорящих членов исследовательской группы, сотрудников Института развития здоровья или через переводчика. С ПИН по поводу использования профилактических услуг беседовала по-русски Аня Саранг.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

В этом разделе приводится краткий обзор текущей ситуации с эпидемией ВИЧ-инфекции в Эстонии. Сведения разделены на части под заголовками, взятыми из проектного задания. Материалы в этих частях приведены<sup>5</sup> в соответствии с вопросами, поставленными в проектом задании (Приложение 1).

### Обзор

#### *Текущее положение эпидемии ВИЧ в Эстонии*

Начало эпидемии ВИЧ-инфекции в Эстонии описано подробно (например, см. Rüütel and Lõhmus, 2007). Про первого ВИЧ-инфицированного стало известно в 1988 году. В 2000 году отмечен быстрый рост числа носителей ВИЧ, а в 2001 году страна признала существование эпидемии ВИЧ среди колющихся наркоманов. В 2001 году:

- Почти все (98 %) новые диагнозы ВИЧ ставились в двух регионах Эстонии: Таллинне и Ида-Вирумаа.
- Инфекция почти у всех (90 %) новых ВИЧ-инфицированных, диагнозы которым поставлены в консультационных кабинетах СПИД<sup>6</sup>, получена при инъекционном потреблении наркотиков.
- Более трех четвертей (77 %) новых диагнозов ВИЧ поставлены у мужчин.
- Почти все новые диагнозы ВИЧ-инфекции поставлены у неэстонцев<sup>7</sup>.

В Эстонии самый высокий уровень новых диагнозов ВИЧ-инфекции в Европе (см. Рисунок 1; ECDC, 2007b, Jakob, 2007). Однако их количество снижается после пика 2001 года, и сейчас вышло на стабильный уровень (см. Рисунок 2; Rüütel and Lõhmus, 2007). Это позволило некоторым исследователям говорить о «стабильной» эпидемии (UNAIDS and WHO, 2007). Но это всего лишь означает, что число новых диагнозов теперь растет не так быстро. Это не значит, что количество инфицированных незначительно или приемлемо.

<sup>5</sup> Вопросы представлены в виде заголовков, чтобы улучшить восприятие текста. В некоторых местах структура отчета была уточнена и упрощена, чтобы избежать ненужных повторов.

<sup>6</sup> Данные об источнике заражения получены только у людей, диагноз которым поставлен в консультационных кабинетах СПИДа; других источников нет.

<sup>7</sup> Особенно среди русских. Хотя данные за 2001 не приведены (Rüütel and Lõhmus, 2007), сообщается, что 86 % всех новых диагнозов ВИЧ-инфекции в 2006 году зарегистрированы у неэстонцев (ECDC, 2007a, p4).

Рисунок 1: Новые диагнозы ВИЧ на миллион жителей в некоторых странах Европы: 2006<sup>8</sup>

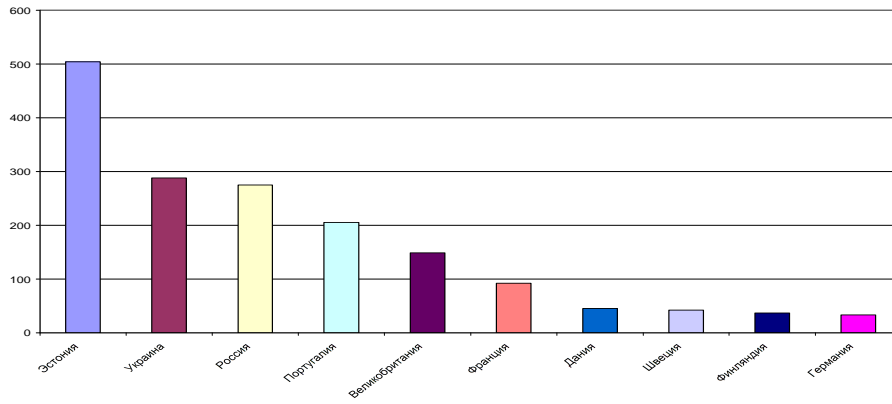


Рисунок 2: Новые диагнозы ВИЧ в Эстонии: 2000-2006

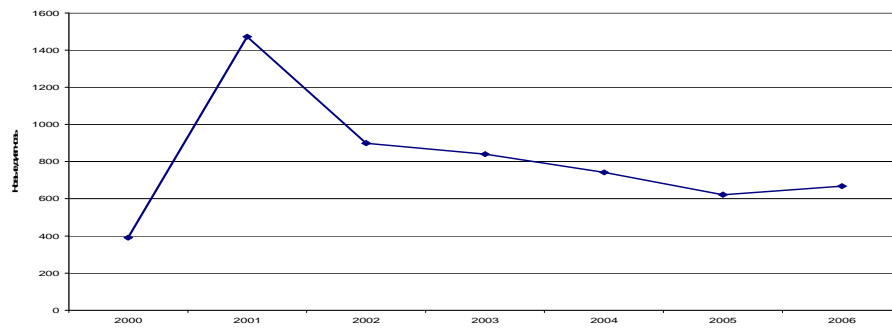
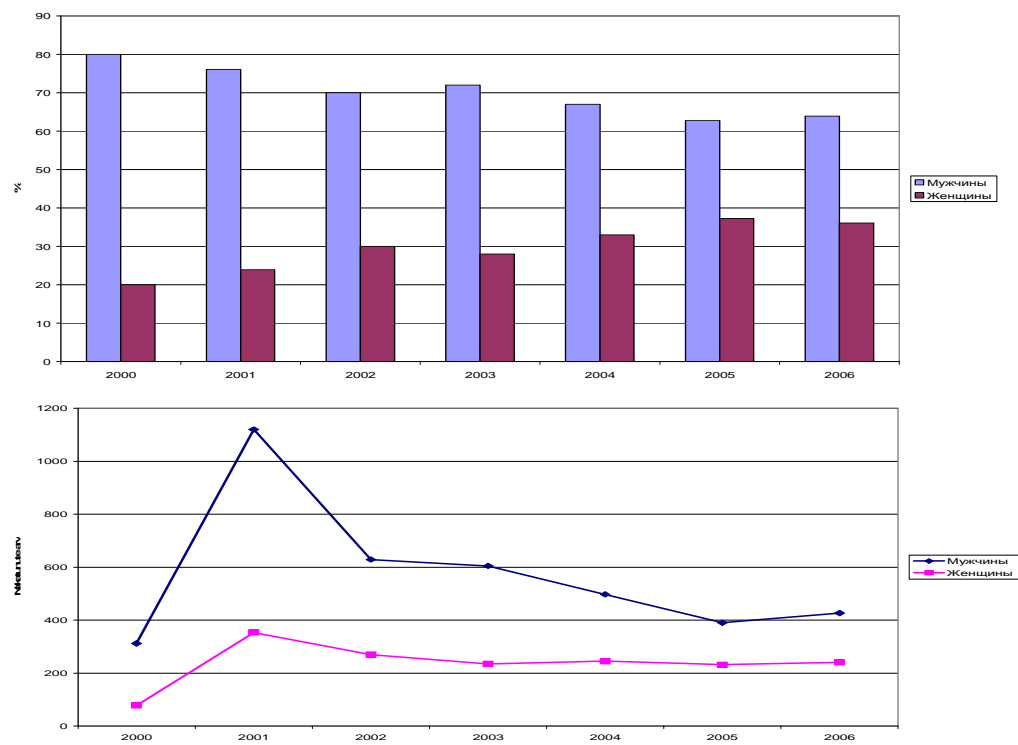


Рисунок 3: Новые диагнозы ВИЧ в Эстонии: Мужчины и женщины: 2000-2006:



<sup>8</sup> Эти данные получены из следующих источников: рисунок 1 - ECDC, 2007b, Jakab, 2007; рисунок 2 - Rüütel and Lõhmus, 2007; рисунок 3 – получен исследователями у ИПЗ.

Постоянно увеличивается доля женщин среди людей с новыми диагнозами ВИЧ в Эстонии: с 20 % в 2000 до 36 % в 2006 (Jakab, 2007; Rüütel and Lõhmus, 2007). Но это результат снижения количества новых ВИЧ диагнозов среди мужчин.

Количество новых ВИЧ-инфицированных женщин оставалось относительно неизменным в течение 2002-2006 годов (см. Рисунок 3). Поскольку нет подтверждения обратного<sup>9</sup>, вероятно, почти все эти женщины – сексуальные партнерши мужчин-ПИН<sup>10</sup>. Пока нет данных о генерализации эпидемии, то есть, о заражении мужчин, не принимающих инъекционные наркотики или не вступавших в половые отношения с мужчинами. Следовательно, предотвратить распространение ВИЧ-инфекции среди женщин в Эстонии можно, главным образом, путем «положительной профилактики» и работы с их партнерами – мужчинами ПИН.

### *Эффективность / адекватность действий к настоящему времени*

Эти цифры подтверждают, что принятые в Эстонии меры способствовали замедлению распространения ВИЧ-инфекции среди мужчин - потребителей инъекционных наркотиков. Другим подтверждением этому служит уменьшение новых диагнозов гепатитов В и С, начиная с 2001 года (см. Рисунок 4). В последнем отчете Европейского центра профилактики и контроля заболеваний (ECDC, 2007a) Эстония получила положительную оценку за быструю организацию программ обмена игл / снижения вреда в местах наибольшего распространения инфекции – в Таллинне и Ида-Вирумаа<sup>11</sup>.

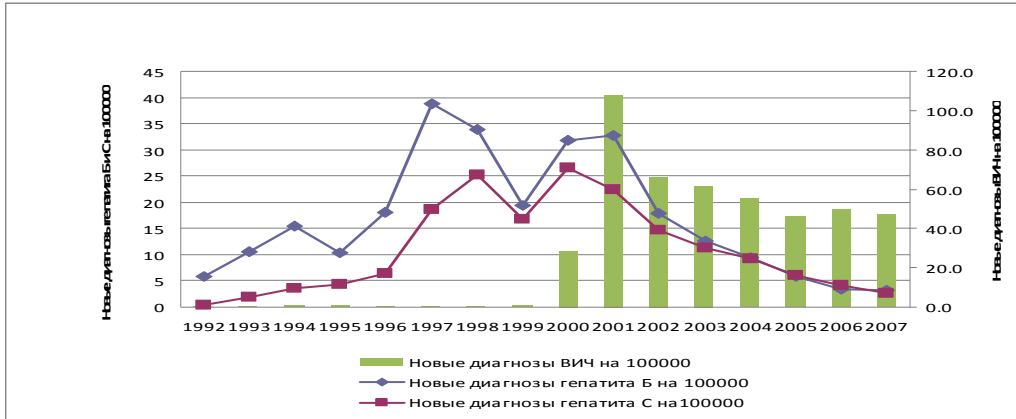
---

<sup>9</sup> В настоящее время среди женщин – сексуальных партнеров мужчин-ПИН проводится исследование, которое может дать новые сведения по этому вопросу. Предварительные результаты, согласно полученным данным, свидетельствуют о небольшой распространенности ВИЧ-инфекции, но о высоком уровне гепатита С. Если это подтвердится, можно будет предположить, что среди женщин-сексуальных партнеров мужчин-ПИН больше потребителей инъекционных наркотиков, чем они сами признали на интервью.

<sup>10</sup> Среди практикующих врачей есть мнение, что это не так, и что заражаются женщины, которые не принимали инъекционные наркотики и не имели половых контактов с ПИН. Однако, похоже, что такое мнение основано на убеждении, что профессионалы могут узнать ПИН по внешнему виду и/или при разговоре. По крайней мере, один сотрудник заметил, что женщины, которые, казалось бы, не имеют половых отношений с ПИН, оказываются, вступали в такие отношения в прошлом. Учитывая природу ВИЧ, такой половой контакт мог иметь место несколько лет назад.

<sup>11</sup> Подробнее о работе с ВИЧ-инфекцией среди ПИН говорится в соответствующем разделе настоящего отчета (стр. **Error! Bookmark not defined.**).

Рисунок 4: Новые диагнозы ВИЧ и гепатита в Эстонии: 1992-2007



Источник: Инспекция по охране здоровья

Создается впечатление, что действия по борьбе с ВИЧ и СПИДом в Эстонии направлены, в основном, на работу с группами риска, такими как ПИН. Однако в 2005 году расходы на специфические меры, связанные с ВИЧ-инфекцией, составили примерно 13,5 миллиона ЕЕК, то есть, примерно 11 % общих расходов на ВИЧ, СПИД и туберкулез (ТБ). Такая же сумма была израсходована на работу с молодежью. Однако все меры, связанные с ПИН, финансировались из внешних источников, тогда как почти половина средств, направленных на работу с молодежью, поступила из больничной кассы Эстонии (ВОЗ, 2007а).

### Полученные уроки

Полученные в Эстонии и других странах результаты показывают, что можно ограничить распространение ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков с помощью эффективных профилактических мер, таких как меры по снижению вреда<sup>12</sup>. Эти меры защищают не только потребителей инъекционных наркотиков, но и все население. Таким мерам следует отдавать приоритет; следует расширять их применение, чтобы и далее снижать распространение ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в Эстонии до уровня других стран ЕС.

<sup>12</sup> Включая лечение от наркотической зависимости, например ОЗТ.

### **Рекомендации**

1. Исследователи признают, что не следует поощрять спокойствие населения Эстонии в отношении риска заразиться ВИЧ-инфекцией и/или увеличения стигматизации и дискриминации групп риска. Однако нужно с осторожностью относиться к высказываниям, что эпидемия ВИЧ-инфекции уже не ограничена ПИН и их сексуальными партнерами. По мнению исследователей, имеющиеся данные не подтверждают такие выводы. Необходима более подробная информация о существующих сейчас путях передачи.

2. Есть подтверждение того, что программы профилактики ВИЧ, принятые в Эстонии и основанные на мерах по снижению вреда в группах риска, в частности, среди потребителей инъекционных наркотиков, начинают приносить результаты. Лучшим решением для продолжающегося кризиса с ВИЧ-инфекцией в Эстонии по-прежнему являются целенаправленные действия (по снижению вреда) среди ПИН, в том числе, опиоидная заместительная терапия. Эти действия следует продолжать в более широком масштабе.



## Управление, координация и увеличение ресурсов

### *Координация и управление*

Основное преимущество борьбы с ВИЧ и СПИДом в Эстонии заключается в том, что она основана на согласованной стратегии и на конкретном плане действий (правительство Эстонии, 2005b-c; 2007). Это обстоятельство недавно было отмечено как многообещающее (ECDC, 2007b). Такое сотрудничество служит основанием для комплексной и эффективной борьбы с эпидемией. Но связи между разными действиями в отношении ВИЧ-инфекции и СПИДа и другими сопутствующими действиями, например, лечением наркоманов и профилактикой наркомании, могли бы быть более тесными. Все участники этой деятельности, на государственном и международном уровне, должны принимать участие в выполнении государственной стратегии и плана действий по борьбе со СПИДом, а не разрабатывать независимые проекты.

Национальную программу борьбы с ВИЧ-инфекцией и СПИДом координирует Государственная Правительственная комиссия (см. Приложение 5). Однако в последнее время деятельность этой комиссии ограничена получением годового отчета от Министерства социальных дел. Частично это объясняется деятельностью механизма координации действий в стране (МКД), непосредственно влиявшего на работу тех, кто получал деньги из гранта Глобального фонда. Однако сейчас этот механизм прекратил свое существование, поскольку закончился грант Глобального фонда. В государственной комиссии сейчас идет переходный период. Например, от МКД в комиссии работали два представителя, и теперь непонятно, что с ними будет. В комиссии были четыре группы экспертов<sup>13</sup>, которые, согласно отчетам, хорошо работали в ходе разработки стратегии<sup>14</sup>. Возможно, устав комиссии нуждается в пересмотре, особенно в части взаимодействия комиссии с другими, связанными проектами, такими как охрана здоровья и незаконное использование наркотиков.

В Эстонии борьба с ВИЧ и СПИДом находится в ведении Министерства социальных дел (МСД). Однако оно участвовало в этой деятельности не так активно, как надеялись некоторые участники опросов. Это может отражать ограниченность возможностей министерства в данной области, в том числе возможности координировать и контролировать деятельность других министерств. Ответственность за положение с ВИЧ и СПИДом разделена между организациями здравоохранения и санитарно-эпидемиологической службы. В департаменте здравоохранения в данной области работают всего два человека. Одна из должностей уже несколько месяцев вакантна.

Институт развития здоровья (ИРЗ) является агентством при Министерстве социальных дел. ИРЗ обладает значительными организационными возможностями в том, что касается борьбы со СПИДом, поскольку именно этот

<sup>13</sup> По здравоохранению и социальной помощи, оцениванию и мониторингу, профилактике и снижению вреда. Кроме того, в комиссии работали подгруппы по разным направлениям, например, НКО.

<sup>14</sup> Сообщается, что с тех пор деятельность была менее активной.

институт был главным получателем гранта от Глобального фонда. Именно благодаря организационным возможностям ИРЗ, похоже, сложилось мнение, что координация деятельности в настоящее время улучшилась по сравнению с прошлым. О расширении возможностей ИРЗ свидетельствует и привлечение институтом новых кадров для работы в ключевых областях, например, наем русских сотрудников и сотрудников специально для работы с МСМ (мужчинами, занимающимися сексом с мужчинами). Однако функции ИРЗ и МСД могли бы быть более четко определены в договоре о сотрудничестве между ИРЗ, МСД и другими участниками деятельности, связанной с ВИЧ и СПИДом. Существует четкое формальное распределение ролей: МСД отвечает за разработку политики и контроль над ее реализацией, а ИРЗ – за реализацию этой политики. Есть и перекрывающиеся области деятельности, которые требуют согласования. Требуется решения и практическая проблема: сейчас ИРЗ одновременно дает рекомендации по разработке политики и проводит в жизнь разработанную политику<sup>15</sup>.

Отличительной чертой использования гранта от Глобального фонда были дополнительные управленческие ресурсы в виде бухгалтерской фирмы, которая выступала в роли местного агента Фонда. Эта роль значительно отличалась от роли обычного аудитора. Хотя в действительности есть значительная разница между финансированием от спонсора и государственным финансированием, можно с успехом использовать принципы оценки получателей гранта перед согласованием договоров и проверки отчетов перед перечислением очередного транша. Непонятно, есть ли требование применять эти принципы в будущем.

#### *Положительные результаты гранта от Глобального фонда*

Возможности Эстонии по управлению борьбой с ВИЧ и СПИДом значительно расширились за последние пять лет, в особенности благодаря финансовой поддержке Глобального фонда. При этом затронут не только государственный сектор – НКО теперь лучше составляют проекты и управляют ими (см. стр. 19).

Поддержка Глобального фонда была также полезна для улучшения конструктивного сотрудничества между государственным и негосударственным секторами. При этом были созданы системы направления средств через государственные органы в НКО и механизмы взаимодействия, такие как МКД.

Созданные с помощью средств Глобального фонда системы оказали положительное воздействие на развитие государственной программы борьбы с ВИЧ и СПИДом в Эстонии. Время покажет, можно ли будет сохранить эти системы или найти им эффективную замену теперь, когда финансирование поступает из государственного бюджета. В частности, нужно посмотреть:

---

<sup>15</sup> Оказалось, что существует разница между официально утвержденными ролями МСД и ИРЗ и их реальным воплощением. Основная причина такой разницы – отсутствие сотрудников в МСД. В результате функция определения политики, которую должно исполнять МСД, все больше переходит к ИРЗ.

- Будет ли правительственная комиссия эффективным механизмом координации действий и правительства, и НКО.
- Смогут ли государственные органы<sup>16</sup> перенять у ИРЗ ответственность за свои участки деятельности.

## НКО

Для эффективной борьбы с ВИЧ и СПИДом на государственном уровне необходим сильный общественный сектор и деятельные, устойчивые НКО. Добиться такого положения дел можно, направляя в НКО деньги из бюджета, но также необходима эффективная система контроля, в рамках которой, например, НКО предоставляли бы балансы, аудированные финансовые отчеты, анализы рисков и положения о резервах. Существует также потребность в программе повышения эффективности НКО, в том числе обучения необходимым профессиональным навыкам: управлению организацией, сбору средств и т.п.

Пока еще сравнительно немного организаций оказывает услуги в области ВИЧ и СПИДа, особенно в таких областях как оказание услуг лицам, вовлечённым в проституцию. Начинается развитие сетей НКО, таких как Сеть НКО Эстонии и Круглый стол по развитию сотрудничества. Однако они работают не только с ВИЧ-инфекцией и СПИДом. Кроме того, Круглый стол по развитию сотрудничества – относительно новая организация. В настоящее время нет единой сети, объединяющей все НКО, которые работают в области ВИЧ-инфекции и СПИДа<sup>17</sup>.

Основным достижением стало обязательство правительства продолжить финансирование борьбы с ВИЧ-инфекцией и СПИДом на уровне Глобального фонда. Уже действуют или создаются необходимые для этого структуры (стр.19). Однако есть и определенные препятствия, так как по законам Эстонии НКО не может оказывать медицинские услуги. Это привело к тому, что многие НКО параллельно основали коммерческие компании для оказания таких услуг.

Возможности оказывающих услуги НКО по управлению проектами значительно возросли, хотя и остается значительная вариация по таким возможностям между НКО. Появились новые участники и модели, например, фонд «Здоровая Эстония» (Terve Eesti Sihtasutus), которые проводят образовательные программы по ВИЧ-инфекции на рабочем месте с финансированием из частных источников.

Однако другие качества, необходимые для создания в Эстонии сильного и жизнеспособного третьего сектора, у НКО развиваются меньше. К таким качествам, в частности, относятся:

---

<sup>16</sup> В частности, Министерство социальных дел, Министерство обороны, Министерство юстиции и Министерство образования и науки

<sup>17</sup> Есть сеть для ЛЖВ и «группа экспертов». Последняя – не официальная организация, а неформальная группа людей, которые собираются для поддержки определенных вопросов.

- *Обсуждение договоров* – ранее НКО проводили, в основном, проекты с финансированием от спонсоров. В будущем финансирование НКО будет, скорее всего, таким же, как и в других странах ЕС. Вероятно, это будет финансирование из государственного бюджета на контрактной основе. Для работы в новых условиях требуются иные, чем при работе на деньги спонсора, знания и навыки, то есть умение обсуждать и контролировать такие вопросы как цена услуги, объем контракта и оплата после оказания услуг.
- *Анализ рисков и управление рисками* – законодательство некоторых стран, например, Великобритании (Charity Commission, 2007) требует, чтобы НКО<sup>18</sup> определяли риски, которым подвержена их деятельность, и внедряли правила предотвращения таких рисков. Такой подход мог бы быть очень полезен НКО в Эстонии, так как помог бы определить основные риски, связанные с их деятельностью. Например, одним из главных рисков в последние годы была зависимость от одного источника финансирования с ограниченным сроком поддержки – от Глобального фонда. Анализ этого риска мог способствовать расширению финансовой базы НКО, например, путем сбора средств, продажи услуг и т.п. Однако в большинстве случаев очень мало было сделано в этом направлении.
- *Сбор средств* – учитывая улучшающееся экономическое положение Эстонии, НКО, вероятно, смогут собирать больше денег от общественности, как в Эстонии, так и в других европейских странах. Однако НКО, работающие с ВИЧ-инфекцией и СПИДом, пока не использовали эту возможность в сколь угодно значительной степени. В действительности многие из ведущих участников этой деятельности не верят, что это возможно. Такое мнение не учитывает значения даже небольших сумм, собранных в обществе, из-за их нецелевого характера<sup>19</sup> и факта, что сбор средств нередко представляет собой медленный и постепенный процесс, для которого требуется готовить почву.
- *Планирование и создание резервного фонда* – сумма нецелевых средств, которыми располагает НКО для использования по своему усмотрению, считается «резервом». Законодательство некоторых стран, например, Великобритании, требует, чтобы НКО имели установленный порядок работы с резервами. Таким образом обеспечивается поддержание резервов на уровне, не слишком низком, чтобы не подвергать опасности жизнеспособность НКО, но и не слишком высоком, чтобы не вызвать опасений в нецелевом расходовании средств НКО. У НКО, работающих со СПИДом в Эстонии, согласно отчетам, нет финансовых резервов или резервы минимальные. К тому же некоторые основные организации говорят, что им нельзя иметь финансовые резервы, так как они будут считаться «прибылью». Такой подход представляет для некоммерческих организаций большую опасность, так как они существуют только на средства текущего проекта.

<sup>18</sup> В Великобритании нормативные акты применяются к «благотворительным организациям». Там большинство НКО, работающих с ВИЧ-инфекцией и СПИДом, являются зарегистрированными благотворительными организациями.

<sup>19</sup> Деньги, собранные на определенные цели, например, на конкретный проект, можно использовать только на этот проект. Средства, переданные общей сети НКО, считаются «нецелевыми», и их можно использовать для любой цели по решению руководства НКО.

- *Управление ресурсами и планирование ресурсов* – хотя НКО, работающие с ВИЧ и СПИДом в последние годы получали значительное финансирование, например, от Глобального фонда, у некоторых из них не хватает ресурсов, необходимых для оказания услуг. Например, «Convictus» обменивает иглы в двухкомнатном домике без туалета, что представляет значительный риск для здоровья и безопасности. В то время как действительно существуют определенные трудности с поиском подходящих помещений, нужно признать, что с аналогичными трудностями сталкиваются и НКО, работающие в подобных областях в других странах. Для поиска подходящих помещений сотрудникам необходимы иные навыки, чем для проведения профильных действий НКО.
- *Правозащитная деятельность* – в некоторых областях правозащитной и лоббистской деятельности НКО добились больших успехов, например, в обеспечении государственного финансирования после того как закончится грант Глобального фонда. Однако следует развивать эту работу дальше, сделать ее более систематичной, использовать коллективное воздействие совместных усилий многих НКО, например, в рамках сети, ориентированной на ВИЧ-инфекцию и СПИД. В этой области все еще есть признаки пассивности. Так, некоторые участники говорили, что они ничего не могут сделать для организации опиоидной заместительной терапии в арестных домах, пока что-то не изменится «наверху». И хотя в этом есть определенная доля правды, так как для изменения политики потребуются совместные действия на уровне министерств социальных дел, юстиции и внутренних дел, НКО вполне могут повлиять на совершение таких действий, лоббировать их проведение.
- *Управление кадрами* – было высказано, что из-за кратковременного, проектного характера финансирования, работающие в области ВИЧ и СПИДа НКО нанимают сотрудников по краткосрочным договорам и с ограниченными дополнительными льготами или без таковых. Хотя некоторые сотрудники работают по таким договорам годами, это, по словам участников исследования, возможно, противоречит трудовому законодательству Эстонии. Следовательно, есть риск ущерба для репутации данных НКО. Основные предоставляющие услуги организации говорят, что они не могут ничего сделать без постоянного государственного финансирования. Такой подход не позволяет искать другие возможности решения проблемы<sup>20</sup>.

Эстонии нужно и дальше развивать сектор НКО, опираясь на достигнутые результаты в планировании и реализации проектов. Хотя результата можно частично добиться, используя конкуренцию между НКО, необходима более прочная законодательная база и программа последовательного развития

---

<sup>20</sup> Например, иметь политику работы с резервами, по которой НКО должно будет поддерживать достаточный уровень резервов, чтобы обеспечивать работу организации в течение определенного периода и при необходимости прекратить работу организации. Такая политика позволит НКО нанимать сотрудников по постоянным договорам и увольнять их, если закончится финансирование. Этот подход используется в разных условиях организациями, которые зависят от краткосрочных источников финансирования.

ресурсов и профессионализма. Примером негативных последствий слабой законодательной базы для некоммерческих организаций может служить оказание медицинских услуг. Организация, которая хочет оказывать медицинские услуги, нужна лицензия, а некоммерческие организации по закону не могут получить такую лицензию. Это объясняется тем, что нормативная база деятельности неприбыльных организаций в Эстонии недостаточно прочна, чтобы обеспечить соблюдение стандартов качества. Одним из выходов в такой ситуации является организация людьми, работающими в НКО, частных коммерческих предприятий для оказания медицинских услуг. Эта практика ведет к усложнению деятельности и увеличению накладных расходов.

### *Пробелы и ненужные действия*

Министерство социальных дел может активнее руководить борьбой с ВИЧ и СПИДом на государственном уровне. Кроме того, в некоторых областях, где необходимы реформы, со стороны МСД требуется руководящая роль. К таким областям относятся:

- Внедрение и законодательное оформление эффективной системы работы, ориентированной на клиента (социальное сопровождение клиента).
- Повышение ценности социальной заботы о людях, живущих с ВИЧ, и повышение престижа профессии сотрудников, работающих в этой области: социальных работников, работников аутизм, сотрудников услуг по снижению вреда.
- Организация сбора и обобщения важных данных о путях передачи ВИЧ.
- Активная поддержка правительственной комиссии с целью повысить ее влияние и осведомленность общества о состоянии эпидемии в Эстонии.

### *Сильные и слабые стороны*

В таблице 1 показаны сильные и слабые стороны руководства, координации и реализации деятельности по борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в Эстонии.

Таблица 1: Руководство и координация борьбы с ВИЧ и СПИДом Эстонии: Сильные и слабые стороны

Сильные стороны	Слабые стороны
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ В Эстонии есть сильная стратегия борьбы с ВИЧ и СПИДом и план действий</li> <li>◆ Группы экспертов при государственной комиссии сыграли активную роль в разработке стратегии</li> <li>◆ ИРЗ приобрел значительный опыт управления, когда был получателем гранта от Глобального фонда</li> <li>◆ Используемая Глобальным фондом модель назначения местных агентов Фонда способствовала реализации важных принципов: проверки и отчетности получателей гранта</li> <li>◆ Внедрена система финансирования НКО через государственные органы / из бюджета</li> <li>◆ Состав сотрудников ИРЗ стал более разнообразным</li> <li>◆ Расширились возможности НКО по реализации проектов</li> <li>◆ Появились новые НКО и формы работы, например, фонд «Здоровая Эстония»</li> <li>◆ Внедрены системы управления деятельностью с ориентацией на конечный результат</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Роль комиссии ограничена, и у нее ограничены связи с другими действиями, связанными с ВИЧ, например, контролем над незаконными наркотиками</li> <li>◆ У секретариата государственной комиссии ограничены возможности</li> <li>◆ У МСД недостаточно сотрудников для борьбы с ВИЧ и СПИДом</li> <li>◆ Ключевые посты остаются незанятыми в течение долгого времени</li> <li>◆ Другие государственные органы должны еще расширить свои возможности для борьбы с ВИЧ и СПИДом</li> <li>◆ Нет четкого распределения ролей между ИРЗ и МСД</li> <li>◆ Министерства не должны отчитываться непосредственно перед комиссией или МСД о своей борьбе с ВИЧ и СПИДом</li> <li>◆ В некоторых областях число НКО остаётся маленьким, например, в области ведения работы среди лиц, вовлечённых в проституцию</li> <li>◆ Сети НКО образовались относительно недавно, у них мало возможностей, и они мало занимаются ВИЧ и СПИДом</li> <li>◆ По законам Эстонии некоммерческие организации не имеют права получать лицензию на оказание медицинских услуг</li> <li>◆ У НКО ограничены организационные возможности: обсуждение договоров, сбор средств, управление рисками, планирование резервов и управление резервами</li> </ul>

### **Рекомендации**

3. МСД должно играть более активную руководящую роль в борьбе с ВИЧ и СПИДом на государственном уровне, особенно в таких областях как внедрение системы социального сопровождения и обеспечение информирования о путях распространения ВИЧ-инфекции.

4. Ключевым приоритетом для МСД должно стать оживление работы правительственной комиссии по ВИЧ-инфекции и СПИДу. Для этого потребуются пересмотреть состав и роль комиссии. Основной функцией должно стать обеспечение отчетности государственных органов о работе, проделанной в области борьбы с ВИЧ-инфекцией и СПИДом.

5. Необходимо более четко определить роли МСД и ИРЗ соответственно.

6. Правительство должно найти способ создать для работы НКО более благоприятные условия. Помимо финансирования нужно также укрепить нормативную базу и принять меры, стимулирующие появление новых участников этой деятельности.

7. Самим НКО следует активнее развивать свои организационные возможности, например, создавая сеть организаций, работающих с ВИЧ и СПИДом, систематически обучая сотрудников НКО и повышая их потенциал.



## Финансовые потоки и системы поддержки НКО

### Системы

#### *Возможности систем и организаций*

Решение правительства Эстонии поддерживать финансирование борьбы с ВИЧ и СПИДом на том уровне, который обеспечивал Глобальный фонд, получило широкое признание как исторический этап в финансировании НКО, участвующих в борьбе с ВИЧ и СПИДом в Эстонии. В рамках этого финансирования:

- МСД оплачивает медицинские услуги для незастрахованных пациентов и АРТ
- Министерство юстиции поддерживает борьбу с ВИЧ-инфекцией в тюрьмах<sup>21</sup>. Сюда же относится компенсация МСД расходов за централизованные закупки препаратов для АРТ.
- Министерство образования и науки финансирует профилактическую работу среди молодежи (см. стр. 41).
- Министерство обороны финансирует профилактическую работу в вооруженных силах.

В дополнение к средствам центрального правительства будут использованы средства из муниципальных бюджетов. Однако на сегодняшний день этот вклад минимален. Такое положение дел отражает, возможно, тот факт, что муниципалитеты по закону не отвечают за оказание соответствующих услуг, а финансовые ресурсы муниципалитетов значительно различаются. Видимо, можно намного шире использовать средства муниципальных бюджетов для борьбы с ВИЧ-инфекцией и СПИДом<sup>22</sup>. Необходимо увеличить финансирование основных услуг за счет муниципальных бюджетов. Уезды и муниципалитеты по-прежнему очень мало участвуют в таком финансировании. Не предвидится существенных изменений в процедуре направления денежных средств через местные органы власти на реализацию национальной стратегии и плана действий по борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом.

<sup>21</sup> Подробнее об этом см. на стр. 53. Арестные дома в Эстонии входят в систему Министерства внутренних дел, а не Министерства юстиции.

<sup>22</sup> Эстония разделена на 15 уездов. Однако у уездов нет собственных бюджетов, они распоряжаются частями государственного бюджета. В Эстонии более 200 муниципалитетов. Они значительно различаются по размеру: от небольших сельских до крупных городов, таких как Таллинн. У муниципалитетов есть свои бюджеты и свои средства. Размеры этих бюджетов также сильно различаются. Различны и роли муниципалитетов в образовании и здравоохранении. Муниципалитеты отвечают за оказание услуг в сфере образования, но не здравоохранения. Школы работают как государственные органы, а больницы – как фонды или частные компании.

### *Расширение возможностей НКО за последнее время*

За те четыре года, когда деятельность финансировалась за счет гранта Глобального фонда, многие НКО расширили свои возможности по реализации проектов. Исполняя требования Глобального фонда, они научились составлять бюджеты, заключать договора, составлять отчеты, контролировать и оценивать свою деятельность. В начале эти требования были тяжелыми для организаций, но в результате повысился их профессионализм, расширились возможности, и они стали лучше работать.

Важно, что сами НКО признают положительное влияние произошедших изменений на свою работу. Например, теперь они подтверждают, что мониторинг и оценка не только нужны для спонсора, но и положительно влияют на самооценку самих НКО и качество оказываемых услуг.

### *Структуры*

Отличительной особенностью борьбы с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в Эстонии стало заключение договоров с НКО через государственные структуры с использованием средств Глобального фонда. В этом разделе приводятся некоторые детали такого сотрудничества.

ИРЗ заключало с подрядчиками договоры двух видов: одни финансировались из государственного бюджета, вторые – из Глобального фонда. Различия между двумя видами договоров показаны в Таблице 2.

*Таблица 2: Различия в условиях договоров*

	<i>Государственный бюджет</i>	<i>Глобальный фонд</i>
<i>Срок действия</i>	<i>Один год</i>	<i>Два года</i>
<i>Способ оплаты</i>	<i>Оплаты после выполнения действий</i>	<i>Элемент предоплаты</i>

ИРЗ обеспечил оказание услуг в течение переходного периода<sup>23</sup> после окончания гранта Глобального фонда, продлив договоры с организациями в области своей ответственности<sup>24</sup>. ИРЗ также внедрил «систему договоров о сотрудничестве», которая действует пять лет. В этой системе есть элемент предоплаты и допускаются ежемесячные платежи. НКО ценят такие договоры, так как у них создается определенная уверенность в финансировании на продолжительный срок, подобно той, которая была во время действия в Эстонии гранта Глобального фонда. Кроме того, с помощью договоров такого рода сокращается разрыв во времени между оказанием услуг и оплатой. Подобная практика будет способствовать повышению доверия и укреплению хороших отношений между покупателем и поставщиком услуг. Тем не менее,

<sup>23</sup> Октябрь-декабрь 2007

<sup>24</sup> Например, профилактические услуги для ПИН, лиц, вовлечённых в проституцию и МСМ.

необходимо сбалансировать ее организацией конкуренции между НКО, стимулами к повышению качества и созданием возможностей для новых участников деятельности (см. ниже).

Деятельность поставщика услуг оплачивалась с использованием двух разных способов расчета стоимости оказанных услуг. Первый и наиболее широко используемый при расчетах по гранту Глобального фонда основан на планировании бюджета. Второй способ основан на стоимости единицы услуги. Этот метод используется больничной кассой Эстонии, и он применялся в тех случаях, когда можно было рассчитать объективную стоимость единицы услуги, например, для метадоновой терапии. Второй способ можно применять шире. Его можно использовать как средство, стимулирующее развитие услуг, например, путем использования дифференцированной платы – большей платы за оказание услуг в областях с недостаточным предложением услуг.

#### *Пробелы и ненужные действия*

Договоры и условия оплаты должны содействовать привлечению новых поставщиков, развитию конкуренции, расширению охвата, улучшению качества и увеличению числа услуг, оказываемых в отдельных регионах.

#### *Расширение услуг*

Главная задача – распределить финансы в сфере борьбы с эпидемией, основываясь на правильном понимании того, как распространяется эпидемия в Эстонии (см. стр. 12). В основном, эпидемия распространяется среди русскоговорящих потребителей инъекционных наркотиков и их сексуальных партнеров. Поэтому приоритеты следует отдавать финансированию услуг для этих групп.

#### *Сильные и слабые стороны*

В Таблице 3 описаны сильные и слабые стороны, связанные с поступлением финансов в НКО, работающие с ВИЧ и СПИДом в Эстонии.

Таблица 3: Финансовые потоки в НКО, работающих с ВИЧ и СПИДом в Эстонии: сильные и слабые стороны

Сильные стороны	Слабые стороны
<p>Готовность эстонского правительства финансировать услуги через НКО</p> <p>Налажена система работы через ИРЗ</p> <p>НКО приобрели опыт управления проектами</p> <p>Внедрение новаторских подходов, например:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Больничная касса Эстонии использует плату за отдельные услуги для оплаты консультаций по Интернету</li> <li>• Государственное финансирование информационного центра для геев и лесбиянок</li> <li>• Государственное финансирование целевой медицинской помощи лицам, вовлечённым в проституцию</li> <li>• Фонд «Здоровая Эстония» привлекает частные фирмы к финансированию семинаров и информационных кампаний для их работников и населения в целом. Это – новый подход, так как работу финансируют те компании, которые получают услугу. Финансирование не зависит от спонсоров или государства.</li> </ul>	<p>Другие министерства, например, Министерство образования и науки, пока не внедрили систему финансирования и найма НКО</p> <p>Непонятно, смогут ли все министерства заключать договоры на период, дольше одного года и с предоплатой</p> <p>Низкий уровень муниципального финансирования услуг здравоохранения</p> <p>Не полностью используется потенциал взимания платы за услуги с целью стимулировать расширение услуг</p> <p>Вопросы, отмеченные в документе ВОЗ, 2007а, в частности, разброс финансов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• между стратегиями и программами государственной системы общественного здоровья</li> <li>• между здравоохранением в тюремной системе и остальной системой здравоохранения</li> <li>• между поставщиками услуг, которых наняли разные гос.органы</li> </ul>

### Рекомендации

8. Крупным муниципалитетам следует подумать об использовании своих ресурсов для долевого финансирования услуг в области ВИЧ-инфекции и СПИДа, как это делается, например, в Таллинне.

9. Правительству Эстонии следует пересмотреть действующие механизмы заключения договоров в области СПИДа, чтобы сохранить положительный опыт, приобретенный в работе с грантом Глобального фонда, а также установить продолжительность и другие характеристики договоров, позволяющие обеспечить выполнение стратегии.

10. МСД и ИРЗ следует шире использовать методику оплаты единицы услуг для поощрения деятельности в области борьбы с ВИЧ-инфекцией и СПИДом.

## Системы контроля, оценки и обеспечения качества

### *Возможности систем и организаций*

В Эстонии действует хорошо документированная система мониторинга и оценки борьбы с ВИЧ-инфекцией и СПИДом на государственном уровне (Trummal and Lõhmus, 2006). Она состоит из нескольких элементов:

- Пассивное наблюдение – учет новых диагнозов ВИЧ-инфекции и СПИДа<sup>25</sup>
- Активное наблюдение – в том числе биологические и поведенческие исследования наиболее уязвимых групп (ИРЗ, 2007f)<sup>26</sup>
- Контроль достижения намеченных результатов
- Оценка разных видов деятельности (например, Drew. and Laukamm-Josten, 2006)

Эта система построена на индикаторах разных видов и разных уровней. Например:

- Влияние на степень передачи ВИЧ-инфекции (частота заболевания, распространенность) и смертность, связанная с ВИЧ-инфекцией и СПИДом
- Результаты, например, изменения в поведении
- Процессы, в частности, количество охваченных услугами людей

### *Последние тенденции в развитии возможностей*

Возможности за последние четыре года заметно возросли, в основном, из-за внимания, которое уделял этой области Глобальный фонд, и ресурсов, выделенных на оценку и мониторинг из гранта Глобального фонда. Эти ресурсы, в частности, включали соответствующее обучение. Глобальный фонд выделяет финансирование в соответствии с выполненной работой и требует от получателей грантов ставить перед собой количественные цели и контролировать их достижение. Выплата следующей доли средств зависит от достижения поставленных целей.

ИРЗ использует договоры в качестве эффективного средства мониторинга (NIHD, 2007e). В договор включено описание поставленной цели, подробное описание услуги, образец формы отчетности и описание способа оценки услуги.

В результате этих инициатив поставщики услуг, такие как НКО, значительно повысили свои возможности по мониторингу над оказанием своих услуг.

---

<sup>25</sup> В Эстонии эта ответственность лежит на Инспекции по охране здоровья.

<sup>26</sup> Ответственность за этот и остальные элементы списка несет Институт развития здоровья.

### *Структуры мониторинга и оценки*

Недавно в ИРЗ открылся новый отдел мониторинга и оценки, который будет отвечать за все области общественного здоровья<sup>27</sup>. Это – прекрасный шаг вперед. Кроме того, в ИРЗ переведен отдел статистики здравоохранения из МСД.

### *Пробелы и ненужные действия*

В существующей сейчас системе мониторинга и оценки есть определенные пробелы и ненужные действия. Например:

- Недостаточно ясно, как будут поступать данные в координирующие органы. Согласно национальной стратегии (правительство Эстонии, 2005b), в составе ИРЗ должен быть отдел контроля, мониторинга и оценки ВИЧ-инфекции и СПИДа по всей стране. Похоже, что ИРЗ и дальше сможет контролировать ту деятельность, которую он финансирует. Однако менее понятно, как он будет контролировать ту деятельность, которую он больше не финансирует. Непонятно, как данные будут поступать в ИРЗ от поставщиков услуг и чем можно стимулировать<sup>28</sup> предоставление данных в тех случаях, когда финансирование идет не через ИРЗ. Одним из решений мог бы быть договор между министерствами и поставщиками услуг, согласно которому копии отчетов должны быть направлены и в соответствующее министерство, и в ИРЗ. Хотя этот вариант и может стать решением на короткий срок, и, возможно, несет в себе наименьшую опасность для созданной ранее системы, он не способствует усилению роли министерств, и не похоже, что он внедряется. Долгосрочным решением могла бы стать система, при которой министерства составляли бы для ИРЗ собственные отчеты о мониторинге и оценке на основании нескольких согласованных, ключевых индикаторов. Такая система предусмотрена национальной стратегией<sup>27</sup>, согласно которой министерства и уездные правления представляют отчеты в ИРЗ дважды в год, а НКО отчитываются ежегодно<sup>28</sup> (правительство Эстонии, 2005b).
- Ограниченность официальных данных о путях передачи ВИЧ-инфекции. Часть информации можно получить в Национальной контрольной лаборатории<sup>29</sup>. Но эта информация неполная<sup>30</sup> и, как частная фирма, Национальная контрольная лаборатория обязана передавать в Инспекцию по охране здоровья лишь небольшую часть сведений. Предлагается внедрить электронную систему отчетности по отдельным

<sup>27</sup> В МСД имеется стратегия государственного уровня. ИРЗ отвечает за активный надзор с использованием исследований. Ответственность за пассивный, индивидуальный надзор лежит на Инспекции по охране здоровья.

<sup>28</sup> Возможный выигрыш – доступность данных о борьбе с ВИЧ-инфекцией в международном масштабе.

<sup>29</sup> Через официальные источники, такие как Инспекция по охране здоровья. Более подробные сведения есть на интернет-сайте Центральной Западно-Таллинской Больницы.

<sup>30</sup> Потому что, например, она собирает информацию о причинах тестирования, а не о вероятном пути передачи.

случаям<sup>31</sup>, с помощью которой врачи передавали бы информацию<sup>32</sup> Инспекции по охране здоровья так же, как они сообщают о других инфекционных заболеваниях. Однако поступление информации из этого источника ожидается только после 2009 года. Судя по всему, организуется совершенно новая система, вместо включения Национальной контрольной лаборатории в существующую систему.

- Существование в Эстонии многочисленных органов, связанных с мониторингом, оценкой и контролем ВИЧ-инфекции и СПИДа. К таким органам относятся:
  - Отдел статистики здравоохранения МСД<sup>33</sup>
  - Новый отдел мониторинга и оценки ИРЗ
  - Эстонский центр мониторинга наркомании<sup>34</sup>
  - Инспекция по охране здоровья
  - Национальная контрольная лаборатория
  - Новый проект под названием *«Внедрение системы мониторинга заболеваний и здравоохранения в Эстонии»*. Этот проект, похоже, реализуется на базе Тартуского университета в сотрудничестве с ИРЗ и Инспекцией по охране здоровья.

И хотя говорится, что у каждого из указанных органов своя область ответственности, вероятно, некоторые из их функций можно эффективно совместить. Было бы полезно больше обсуждать и проверять данные в различных группах.

- В открытом доступе нет понятного описания ситуации с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в Эстонии и основных элементов государственной стратегии.
- При оказании различных услуг недостаточно внимания уделяется их качеству. Для эффективной системы обеспечения качества нужны следующие элементы:
  - Согласованный набор стандартов качества: в Эстонии достигнут определенный прогресс, поскольку такие стандарты стараются включить в договоры. Однако было бы лучше, если бы эти стандарты внедрялись на государственном уровне, а не в каждом отдельном договоре.
  - Система проверки выполнения установленных стандартов. Механизмы проверки могли бы включать отчеты, проверочные поездки и т.п.

---

<sup>31</sup> Считается реестром. МСД сообщает, что полностью начнет работать к 2010 году.

<sup>32</sup> С использованием новой формы уведомления

<sup>33</sup> Теперь находится в ИРЗ

<sup>34</sup> Находится в ИРЗ

- Консультации с клиентами, например, посредством исследований. Такая практика позволила бы и установить стандарты качества, и оценить степень их выполнения.

### Расширение услуг

В области мониторинга и оценки для расширения деятельности по борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в Эстонии, прежде всего, необходимо:

- Внедрить надежный механизм определения числа новых ВИЧ диагнозов и путей заражения
- Согласовать в государственном масштабе способ реализации профилактических программ среди групп риска<sup>35</sup>.

### Сильные и слабые стороны

В Таблице 4 показаны сильные и слабые стороны систем мониторинга, оценки и обеспечения качества.

Таблица 4: Системы контроля, оценки и обеспечения качества: сильные и слабые стороны

Сильные стороны	Слабые стороны
Комплексная система мониторинга с пассивными и активными элементами	Нет четкого порядка передачи данных в координирующие органы, например, от министерств и органов реализации проектов
Сильная система количественного контроля услуг, включая сравнение фактических и запланированных действий	Ограниченность официальных данных о путях передачи ВИЧ-инфекции
Внешняя оценка и внутренняя проверка совершенных действий <sup>36</sup>	Мониторингом и оценкой в области ВИЧ и СПИДа в Эстонии занимается много разных ведомств. Непонятна причина этого и распределение их обязанностей.
Грант Глобального фонда позволил усилить государственную систему мониторинга и оценки ВИЧ и СПИДа	В открытом доступе нет понятного описания ситуации с ВИЧ и СПИДом в Эстонии и государственной стратегии
ИРЗ использует договоры в качестве инструмента контроля и оценки	Ограниченное использование результатов исследований, проведенных в Эстонии
В ИРЗ открылся новый отдел мониторинга и оценки всех аспектов здравоохранения	Нет системы обеспечения качества для некоторых услуг, например АРТ, ОЗТ
	Система обеспечения качества информации могла бы быть лучше, например, для анонимных услуг <sup>37</sup>

<sup>35</sup> Подробнее этот вопрос рассматривается в разделах, посвященных отдельным услугам и группам населения. В этих разделах приведены международные рекомендации по измерению охвата разных услуг. Эстонским участникам предлагается изучить эти рекомендации и решить, как они собираются измерять охват услуг в разных группах населения.

<sup>36</sup> Например, внутренняя проверка в МСД, которая проводилась одновременно с данным исследованием.

<sup>37</sup> Этот вопрос актуален не только для Эстонии, но и для всех программ, которые финансирует Глобальный фонд. Глобальный фонд и другие органы недавно разработали инструмент оценки качества данных. Он составлен в двух вариантах: один используется внешними аудитором, а второй – национальными менеджерами программы (Global Fund et al., 2007). Этот инструмент будет полезен в Эстонии даже после окончания гранта от Глобального фонда.



## Рекомендации

11. Необходимо провести анализ: кто контролирует и оценивает положение с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в Эстонии, с целью определить, нужно ли так много разных участников и способствуют ли они улучшению ситуации. Нужно также узнать, в чем заключается их роль и как можно координировать их деятельность и получаемые ими данные.

12. Необходимо согласовать и внедрить систему передачи данных о ВИЧ-инфекции и СПИДе в государственной системе контроля. Передаче подлежат все данные по согласованным индикаторам в соответствии со структурой, описанной в государственной стратегии, и с учетом опыта, полученного в ходе реализации гранта Глобального фонда.

13. Необходимо внедрить систему, позволяющую анализировать и обобщать данные о путях распространения ВИЧ-инфекции в Эстонии. Планы по внедрению такой новой системы на основании сообщений врачей в Инспекцию по охране здоровья вряд ли позволят получать надежные данные в обозримом будущем. МСД должно найти другие подходы, хотя бы в краткосрочной перспективе, например, внедрить механизм более широкого официального использования данных, которые сейчас собирает Национальная контрольная лаборатория.

## Системы здравоохранения и услуги для ЛЖВ

### *Возможности систем и организаций*

Общие возможности эстонской системы здравоохранения хорошо отражены в документах (например, Jesse et al., 2004). В течение 90-х гг. в системе здравоохранения Эстонии был проведен целый ряд реформ. Сначала главной целью реформ было обеспечить устойчивое финансирование здравоохранения, улучшить качество ухода и дать пациенту больший выбор, а впоследствии – улучшить эффективность системы здравоохранения. Услуги финансируются, в основном, за счет специального налога на фонд заработной платы, из которого деньги поступают в больничную кассу Эстонии. Однако 5-6 % населения не охвачены этим страхованием и могут рассчитывать только на неотложную медицинскую помощь, которую финансирует государство. Дополнительные услуги оказываются посредством специальных программ, например для ТБ и ВИЧ-инфекции. Услуги этих программ, как правило, доступны всем, независимо от наличия страхования.

Преодоление последствий эпидемии ВИЧ-инфекции считается одной из основных трудностей, с которыми сталкивается система здравоохранения. Многие из этих трудностей связаны с тем, что большинство ВИЧ-инфицированных в Эстонии сегодня – потребители инъекционных наркотиков. Нередко они не охвачены системой страхования здоровья, но им нужны различные услуги, такие как АРТ, лечение ТБ и инфекций, передающихся половым путем (ИППП), опиоидная заместительная терапия. Все эти услуги оказываются без достаточной координации разными организациями в разных местах<sup>38</sup> (см. Таблицу 5 и Врезку 1).

Таблица 5: Поставщики услуг, связанных с ВИЧ-инфекцией в Эстонии

<b>Услуги</b>	<b>Поставщики</b>
Первичное тестирование и консультации	НКО, тюрьмы, центры переливания крови, семейные врачи, специалисты амбулаторных пунктов и больниц
Общие услуги по охране здоровья для ЛЖВ (амбулаторно)	Семейные врачи, дерматовенерологи, другие специалисты
Наблюдение за здоровьем ЛЖВ	Специалисты по инфекционным болезням в пяти городах Эстонии
Услуги по охране здоровья ЛЖВ (стационар)	Четыре больницы с инфекционными отделениями
Услуги по лечению от наркотической зависимости, например, ОЗТ	Психиатры <sup>39</sup>

<sup>38</sup> Признается, что некоторые из этих трудностей относятся не только к ПИН и ВИЧ/СПИДу. Например, сообщается, что с теми же проблемами сталкиваются другие формы здравоохранения в Эстонии, например, психиатрия.

<sup>39</sup> Хотя в Эстонии больше нет категории «нарколог», многие психиатры, которые сейчас проводят ОЗТ, получили образование нарколога в советское время. Такое образование предполагало иной подход, с уклоном в наказание, к лечению наркомании, чем современные методы лечения наркотической зависимости. Однако все эти психиатры дополнительно обучались современной психиатрии уже в независимой Эстонии.

Долгосрочный уход	Лечебницы и отделения по уходу
Социальное обслуживание и социальное обеспечение	НКО

### Врезка 1: Барьеры на пути к медицинским услугам – взгляд наркомана

В декабре 2007 у Сергея<sup>1</sup>, ВИЧ-положительного потребителя опиатов, примерно 25 лет, начались эпилептические припадки. Он очень испугался этой новой болезни и не знал, что происходит. Поскольку все ВИЧ-положительные должны обращаться за медицинской помощью в инфекционную больницу, Сергей обратился к врачу-инфекционисту. Но во время первичного осмотра ему сказали, что положат в больницу, только если он принесет лекарство против эпилепсии. Чтобы получить это лекарство, Сергей записался на прием к невропатологу и должен был обратиться в социальную службу, чтобы получить письмо с гарантией оплаты лекарства за счет муниципалитета.

Однако после консультации с невропатологом Сергею лекарство не дали. Ему сказали, что невропатолог должен написать рекомендацию участковому врачу Сергея, чтобы тот выписал лекарство. С полученной рекомендацией Сергей обратился к своему участковому врачу, который выписал лекарство. Но, даже получив лекарство, Сергей не мог лечь в инфекционную больницу. Ему нужно было снова обратиться к инфекционисту и получить направление на госпитализацию. Поскольку инфекционист принимал только раз в неделю, Сергею было трудно попасть к нему на прием. К моменту интервью с исследователями он еще не закончил весь этот процесс, но надеялся попасть к инфекционисту и, наконец, лечь в больницу. Однако он признался, что вся процедура отняла у него много сил, и он прошел через все эти этапы только потому, что боялся своей болезни.

<sup>1</sup> Имя изменено, чтобы сохранить анонимность

Кроме того, в некоторых уездах ограничены возможности. Например:

- Больница в Нарве сообщила, что ее персонал, обеспечивающий АРТ, работает с полной нагрузкой. Это – основной фактор, препятствующий поиску новых людей, нуждающихся в лечении.
- У некоторых больниц нет службы поддержки. В той же Нарве опрошенные врачи говорили, что нужен психолог. Однако, по их словам, администрация больницы отказалась назначить психолога. Похоже, что нет понятной причины для такого решения<sup>40</sup> и нет установленной процедуры подачи подобных просьб.
- Возможности оказывать социальные услуги ЛЖВ значительно меньше, чем оказывать медицинские услуги. Например, говорят, что в Нарве всего один социальный работник<sup>41</sup>. Большую часть социальных услуг для

<sup>40</sup> Одной из возможных причин могут быть дополнительные расходы на штатную единицу. Однако, согласно полученным данным фонд страхования здоровья предусматривает оплату услуг психолога. Так что введение должности психолога может стать еще одним источником дохода.

<sup>41</sup> Это сообщили исследователям работники больницы в Нарве. Похоже, что эти данные отличаются от официальных, согласно которым в Нарве восемь «специалистов». Причины

ЛЖВ оказывают НКО, слабо или совсем не связанные с медицинскими учреждениями. Работники здравоохранения рассматривают социальные вопросы как выходящие за рамки их компетенции и обращаются к социальным работникам / НКО только при очень серьезных социальных проблемах. В качестве одной из причин отказа от более широкого сотрудничества с НКО называют заботу о соблюдении конфиденциальности.

### *Пробелы и ненужные действия*

Существует настоятельная необходимость в большей интеграции услуг, и эта необходимость обсуждается в других разделах настоящего отчета (стр. 46).

Кроме того, увеличение числа социальных работников и медицинских сестер позволит перенести нагрузку с врачей на сестер, а с сестер на социальных работников. В определенной степени это уже происходит, например, пациенты АРТ при обычных посещениях могут работать с сестрой и встречаться с врачом только при необходимости. Но такую практику следует расширять. Потенциальным препятствием к расширению могут стать нормативные акты<sup>42</sup> и система ценообразования, установленная больничной кассой Эстонии<sup>43</sup>.

Согласно опросам, ПИН очень неохотно обращаются в медицинские учреждения из-за предвзятого дискриминационного подхода медицинского персонала. Можно шире привлекать добровольцев к сопровождению особенно молодых ПИН в медицинское учреждение. Следует адаптировать услуги и организации к потребностям клиентов, чтобы те считали их более дружелюбными, а не встречали осуждение.

### *Охват и препятствия*

В 2002 году, когда Эстония обращалась за финансированием в Глобальный фонд, она заявила, что АРТ получали 44 человека (CCM, 2002). На сентябрь 2007 года в отчете для Глобального фонда (NIHD, 2003-7) указано, что это число увеличилось до 679. В связи с таким значительным увеличением требовались ресурсы Глобального фонда для финансирования мониторинга, в том числе АРТ, незастрахованных пациентов.

Однако поставленные цели не были полностью достигнуты. Многие из тех, кто нуждается в услугах, не получает их. Большая часть таких людей – активные потребители инъекционных наркотиков. Кроме того, те, кто обращается за услугами, нередко обращаются поздно, когда уже тяжело болеют. Например, одна больница сообщила, что у более трети пациентов (38 %) развился СПИД в течение года после постановки диагноза. Другая больница сообщает, что всего

---

такого отличия непонятны. Одним из объяснений может быть, что один социальный работник числится в штате больницы Нарвы.

<sup>42</sup> В которых может быть указано, что определенные действия должен выполнять медицинский работник определенной категории, а не любое лицо, умеющее это делать.

<sup>43</sup> Например, в больнице не установлены цены за посещение медсестры.

20 % ВИЧ-положительных пациентов обращаются за медицинским контролем. Но нет единого мнения о причинах такой ситуации. Медицинские работники, в основном, винят ПИН в том, что они не заботятся о своем здоровье, а ПИН и их защитники говорят о проблемах с оказанием услуг<sup>44</sup>. В частности, основными причинами существующих проблем с недостаточным доступом к уходу и лечению по-прежнему являются стигматизация и дискриминация ПИН<sup>45</sup>. В заключении недавнего отчета качественного исследования ЛЖВ говорится, что *«из-за стигматизации в медицинских учреждениях не соблюдались стандарты обслуживания; были случаи, когда в лечении отказывали, его проводили без должной заботы или нарушали конфиденциальность»*. В том же отчете говорилось, что ЛЖВ сталкиваются с большими проблемами при доступе к общим медицинским услугам, чем к услугам, предназначенным специально для ЛЖВ, и с худшим отношением со стороны сестер и регистраторов, чем со стороны врачей (UNDP, 2007).

Тем не менее, пока нет общего согласия о том, как решить проблему позднего обращения ЛЖВ за медицинскими услугами. Медицинские работники предлагают на основании рекомендаций Центров по контролю заболеваемости (ЦКЗ) проводить обязательное тестирование всех обращающихся за медицинскими услугами, чтобы выявить ЛЖВ на ранней стадии<sup>46</sup>. Однако в результате будет получено огромное количество отрицательных тестов, но может не увеличиться число ранних диагнозов, если ПИН уже знает о своем ВИЧ-статусе<sup>47</sup>, но избегает обращаться за услугами, пока тяжело не заболит (см. Врезку 1). Другим подходом может стать стимулирование обращения за услугами на раннем этапе путем снижения стигматизации, дискриминации со стороны медицинского персонала, повышением конфиденциальности, интеграции и координации целевых действий, большего применения амбулаторных услуг, групп взаимной помощи и т.п. Например, более тесные связи между больницами и группами взаимной помощи ЛЖВ способствовали бы установлению большего доверия между медицинскими учреждениями и особенно уязвимыми группами населения, что может привести к более раннему обращению за помощью.

<sup>44</sup> К таким проблемам относятся оказание различных услуг разными поставщиками в разных местах, а также затраты, время и энергия, необходимые, чтобы получить эти услуги (см. Врезку 1). Есть также признаки беспокойства среди потенциальных клиентов относительно продолжения АРТ после окончания гранта Глобального фонда, когда финансирование возлагается на государственный бюджет.

<sup>45</sup> Например, в одном месте сообщили, что ПИН предпочитают ездить за услугами в другие города из-за отрицательного отношения местного инфекциониста.

<sup>46</sup> В этом направлении уже произошли определенные изменения. Число людей, которые каждый год проверяются на ВИЧ, увеличилось с 84 633 в 2000 до 119 296 в 2003, но оставалось стабильным, на уровне 120 000 в 2004-6 (Rützel & Löhmus 2007). Были приняты определенные меры, чтобы расширить тестирование, в особенности, в медицинских учреждениях. В результате тестирование чаще проводится не в анонимных кабинетах, а в больницах и пунктах первичной медицинской помощи. Число тестов на ВИЧ значительно выросло в 2007 году до 184 075. Но сохраняется определенная озабоченность качеством консультаций до и после тестирования.

<sup>47</sup> Согласно результатам обзора за 2005 год более двух третей (68 %) ПИН проходили тест на ВИЧ в предшествующие 12 месяцев. Это позволяет предположить, что доступ к тестированию на ВИЧ не затруднен, но ПИН, прошедшие тест и оказавшиеся ВИЧ-положительными, не обращаются за медицинскими услугами, пока серьезно не заболеют.

Кроме того, растущая стоимость АРТ уже увеличивает нагрузку на бюджет Эстонии. Если не снизить затраты на единицу АРТ, нагрузка на бюджет в ближайшем будущем усилится с увеличением числа пациентов, получающих эту терапию.

Вопросы проведения АРТ в тюрьмах и арестных домах рассматриваются в другом разделе (стр. 52).

### *Расширение услуг*

Поскольку более интегрированные услуги отсутствуют, использование системы социального сопровождения клиента могло бы расширить охват. Однако внедрить такую систему еще только предстоит. Согласно опросам, существует большой разброс мнений о том, как должна работать эта система. НКО, особенно ассоциации ЛЖВ, хотели бы больше привлекать ЛЖВ, даже нанимая их на должности социального сопроводителя. ИРЗ предложил концепцию социального сопровождения, по которой предполагается задействовать широкий круг профессионалов, один из которых будет руководить процессом социального сопровождения.

### *Качество услуг*

Схемы независимой оценки качества услуг пока внедрены не полностью или вообще не действуют. Чтобы повысить качество оказываемых услуг, необходимо решить серьезную проблему здравоохранения – распространение гепатита С. Сейчас гепатит С лечат, только если у пациента есть страхование здоровья. А это бывает не всегда, так как гепатит С, в основном, распространен среди ПИН. Большинство ПИН не охвачены системой страхования здоровья (Uusküla et al., без даты).

Кроме того, сейчас нет системы профилактики, мониторинга и надзора над резистентностью к лекарствам от ВИЧ. Для внедрения такой системы нужно большее внимание уделять ранним признакам, например, контролируя следующие параметры:

- Порядок выписывания рецептов: процент получающих стандартную терапию первого ряда и второго ряда.
- Пациенты, не продолжающие лечение через 12 месяцев после начала АРТ.
- Пациенты, продолжающие терапию первого ряда через 12 месяцев после начала АРТ.
- Процент пациентов, своевременно получающих все прописанные средства АРТ.
- Процент пациентов, вовремя приходящих на процедуры.
- Подсчет таблеток / выполнение
- Непрерывность поставок лекарства и пополнение запасов

ВОЗ рекомендует создать государственный комитет или рабочую группу по резистентности ВИЧ к лекарствам. В нее могли бы войти сотрудники и эксперты, отвечающие за надзор, уход и лечение ВИЧ из МСД и из лаборатории по изучению резистентности ВИЧ к лекарствам. В Приложении 4 перечислены действия, которыми могла бы заняться такая группа.

### *Сильные и слабые стороны*

В Таблице 6 показаны сильные и слабые стороны систем охраны здоровья и услуг для ЛЖВ.

Таблица 6: Системы здравоохранения и услуги для ЛЖВ: сильные и слабые стороны

<b>Сильные стороны</b>	<b>Слабые стороны</b>
<p>Действует государственный фонд страхования здоровья, охватывающий 94-95 % населения</p> <p>Незастрахованным людям оказывают определенные услуги, в том числе через государственные программы, например по ТБ и ВИЧ</p> <p>ВИЧ-инфекция признана самой большой трудностью для системы здравоохранения</p> <p>За пять лет число участников АРТ увеличилось с 44 до 679</p>	<p>Большинство ПИН<sup>48</sup> не застрахованы</p> <p>ПИН трудно получить доступ к услугам, которые оказывают многие поставщики в разных местах</p> <p>Среди поставщиков медицинских услуг широко распространены стигматизация и дискриминация ПИН и ЛЖВ</p> <p>Многие ЛЖВ поздно обращаются за медицинскими услугами</p> <p>Ограничена доступность социальных услуг, и они недостаточно объединены с медицинскими услугами</p> <p>Не полностью внедрена система социального сопровождения</p> <p>Высокая стоимость АРТ повышает нагрузку на бюджет и ставит под вопрос борьбу с ВИЧ-инфекцией</p> <p>Лечение гепатита С недоступно для незастрахованных</p> <p>Еще не внедрена система контроля устойчивости к лекарствам</p>

<sup>48</sup> В том числе среди русскоязычного меньшинства.

### **Рекомендации**

14. Существует настоятельная необходимость решить проблему стигматизации и дискриминации, с которыми сталкиваются ПИН и ЛЖВ в медицинских учреждениях. Связанное с этим нежелание обращаться за медицинской помощью является основной причиной, по которой ПИН и ЛЖВ обращаются за помощью поздно.

15. В идеале нужно объединить оказание медицинских и социальных услуг, чтобы ЛЖВ / ПИН могли легко и быстро получить помощь в удобном для них месте. Если это не получится, можно улучшить доступ к услугам, внедрив систему индивидуального обслуживания.

16. Правительство Эстонии должно найти способ лечить незастрахованных от гепатита С.

17. МСД должно внедрить систему контроля над устойчивостью к АРТ.



## Услуги для молодежи

### *Охват*

На деньги Глобального фонда был проведен целый ряд профилактических мероприятий, включая образовательные программы в школах, которые вели взрослые и молодёжь. По состоянию на сентябрь 2007 года программы обоих видов выполнили поставленные цели и перевыполнили их. В программах, проведенных взрослыми, участвовало 88 472 человек, а в программах, проведенных молодыми, 28 071 человек. Доля молодых людей в возрасте от 15 до 24, правильно ответивших на три вопроса о ВИЧ, увеличилась с 53 % в 2003 до 82 % в 2007<sup>49</sup>. Однако постоянно использовать презерватив при контакте со случайным партнером за последние двенадцать месяцев стали немногим больше молодых людей<sup>50</sup> – с 46 % в 2003 до 50 % в 2007.

Зная эти числа, трудно что-то сказать об охвате программы. Молодые люди в Эстонии представляют собой смешанную социальную группу, риски заразиться ВИЧ в которой значительно различаются. Для тех, кто не использует инъекционные наркотики и не занимается сексом с инъекционным наркоманом, риск заразиться очень низкий. Для тех, кто использует инъекционные наркотики или занимается сексом с инъекционным наркоманом, риск заразиться значительный. Не следует смешивать эти две группы при расчетах охвата. Поэтому нельзя говорить об охвате услуг для молодежи, поскольку это – неоднородная группа.

### *Трудности расширения охвата*

Основные трудности в настоящее время связаны с переходом ответственности от Глобального фонда / ИРЗ к Министерству образования и науки. Хотя Министерство и продолжает поддерживать образовательные программы ровесников, оно решило не продолжать программы ознакомления с ВИЧ, которые проводят взрослые, а включить соответствующие уроки в учебную программу. Такой подход, возможно, оправдан, учитывая необходимость продолжить и систематизировать учебную работу. Однако в настоящий момент возникли трудности, поскольку еще не разработана новая учебная программа с учетом этого материала. Возможно, потребуются промежуточные меры, но их должны принять Министерство образования и науки или муниципальные отделы образования. ИРЗ должен преодолеть соблазн вторгаться в эту область.

---

<sup>49</sup> Поскольку задавались разные вопросы, нельзя сравнивать эти числа непосредственно.

<sup>50</sup> Это изменение было незначительным с точки зрения статистики.

### **Рекомендации**

18. Министерству образования и науки следует как можно скорее ввести новую учебную программу, включающую систематическое обучение вопросам, связанным с ВИЧ и СПИДом.

19. До ввода новой программы Министерство образования и науки, отделы образования при муниципалитетах должны привлечь НКО и других участников к обучению молодежи по темам, связанным со СПИДом. Хотя ИРЗ и МСД должны поддерживать такое обучение, они должны преодолеть искушение и не финансировать напрямую эту деятельность, поскольку так будет подорвана ведущая роль Министерства образования и науки.

## Услуги для лиц, вовлечённых в проституцию

### Охват

Одна из целей гранта Глобального фонда заключалась в том, чтобы расширить услуги по профилактике ВИЧ-инфекции среди лиц, вовлечённых в проституцию. Эта деятельность велась посредством оказания услуг AIDSi Tugikeskus и «Elulootus». По состоянию на сентябрь 2007 года (NIHD, 2003-7) добровольную консультацию и тестирование прошли 1357 лиц, вовлечённых в проституцию. Это больше, чем планировалось. Однако на основании только этих чисел трудно оценить охват, так как:

- Они не отражают все оказанные услуги
- Непонятно, какой знаменатель использовать. Например, должно это быть число лиц, вовлечённых в проституцию в Эстонии или только в Таллинне? Должно это быть количество в настоящее время или общее количество за весь период, когда собирались данные о числе консультаций и тестов.

Проведенный недавно опрос (Trummal, 2007b) 227 лиц, вовлечённых в проституцию, в Таллинне дал следующие результаты об охвате программы: уровень использования презервативов высокий – почти все (94 %) лица, вовлечённые в проституцию, ответили, что использовали презерватив во время последнего коммерческого секса. Более трех четвертей (78 %) ответили, что всегда используют презерватив при вагинальном и анальном сексе. Уровень использования презерватива при оральном сексе был ниже (51 %). Большинство лиц, вовлечённых в проституцию, сообщили, что приобрели презервативы в магазине (58 %) или аптеке (47 %). Относительно немногие (8 %) получили презервативы в AIDSi Tugikeskus.

Однако непонятно, насколько точными являются данные об использовании презервативов, поскольку более трети (36 %) лиц, вовлечённых в проституцию, сообщили о появлении симптомов ИППП за последние четыре недели. Лица, вовлечённые в проституцию, сообщили, что чаще всего за лечением ИППП они обращаются в аптеку (40 %). Никто не сообщил, что лечился в «Elulootus»<sup>51</sup>. Только 13 % лиц, вовлечённых в проституцию, когда-либо обращались за услугами в AIDSi Tugikeskus<sup>52</sup>.

Почти три четверти (71 %) лиц, вовлечённых в проституцию, проверялись на ИППП за последние двенадцать месяцев, и более половины (57 %) проверялись на ВИЧ за этот же период. Из прошедших тестирование на ИППП и ВИЧ большинство проходили тест у медицинского работника (78 % и 62 % соответственно). Остальные обращались в консультационные кабинеты СПИДа (12 и 22 %) и AIDSi Tugikeskus (5,5 % и 11 %).

<sup>51</sup> Возможно, некоторые лица, вовлечённые в проституцию, лечились в «Elulootus», но указали это в другой категории, например, как обращение к дерматовенерологу.

<sup>52</sup> Находится вместе с «Elulootus»

Из этого исследования можно сделать вывод, что аптеки, медицинские работники и консультационные кабинеты СПИДа являются значительными поставщиками услуг для лиц, вовлечённых в проституцию. Использование услуг AIDSi Tugikeskus, похоже, ограничено<sup>53</sup>. В этом опросе не рассматривались услуги за пределами Таллина, но, скорее всего, там обращений в центр будет еще меньше<sup>54</sup>. Поставщик услуг для ПИН в Нарве сообщил о необходимости оказывать в этом городе лицам, вовлечённым в проституцию услуги, связанные с ВИЧ.

#### *Трудности расширения охвата*

Главной проблемой оказания целевых услуг лицам, вовлечённым в проституцию, является ограничение по географическому признаку. Было бы хорошо оказывать эти услуги в других городах Эстонии – в Нарве, Тарту и Пярну.

#### *Качество услуг*

На сегодняшний день нет полной системы оценки качества (см. стр. 26) таких услуг, хотя ИРЗ включает описание услуг в договоры на оказание всех видов услуг.

#### **Рекомендации**

20. ИРЗ должен найти способ оказывать услуги лицам, вовлечённым в проституцию, за пределами Таллина.

<sup>53</sup> Центр оспаривает это. Однако они уменьшили рекламу своих услуг, опасаясь наплыва посетителей; то есть, охват может быть значительно большим.

<sup>54</sup> Кроме того, характер выборки означает, что исследование может не отражать ситуацию со всеми лицами, вовлечёнными в проституцию, в Таллине.

## Услуги для мужчин, занимающихся сексом с мужчинами

### *Охват*

Одна из целей гранта Глобального фонда заключалась в том, чтобы расширить услуги по профилактике ВИЧ-инфекции среди МСМ. Для достижения этой цели проводилось оказание услуг через НКО «Diversity»<sup>55</sup>, включая организацию в Таллинне центра информации для геев и лесбиянок. К сентябрю 2007 года в этом центре было зарегистрировано 17 770 контактов<sup>56</sup> – посещений, телефонных звонков и сообщений по электронной почте.

В последнем опросе (Trummal et al., 2007) МСМ планировалось участие 400 человек. Но удалось опросить только 59. Одним из факторов такого низкого охвата является экономическая деятельность этих мужчин и вытекающий из нее доступ к медицинским услугам, в том числе, тестированию на ИППП и ВИЧ<sup>57</sup>. Указанный опрос принес определенные данные об охвате программы. Респонденты сообщили о низком уровне использования презервативов при первом сношении (20 %). Уровень использования презервативов с постоянным партнером был также низким (20 %), а со случайным партнером – немного выше (42 %). Презерватив при последнем половом акте использовали 36 % при контакте с постоянным партнером и 84 % со случайным партнером. Менее четверти (23 %) получили презервативы в гей-клубах и саунах, куда их поставляет центр информации для геев и лесбиянок. Меньшее число опрошенных (12 %) посещало этот центр.

Получается, что МСМ имеют достаточный доступ к услугам, связанных с ВИЧ: получение презервативов, лечение ИППП и тестирование ВИЧ. Однако большинство используемых каналов не предназначены исключительно для МСМ. На сегодняшний день за пределами Таллина не оказывают услуг, предназначенных для МСМ. Центр геев и лесбиянок очень надеется открыть подобное отделение в Тарту.

### *Трудности расширения охвата*

Главной проблемой оказания целевых услуг МСМ является ограничение по географическому признаку и присутствие всего одного поставщика услуг. Было бы хорошо распространить услуги центра информации для геев и лесбиянок, например, на Тарту.

---

<sup>55</sup> Которое тогда называлось «Лига геев Эстонии»

<sup>56</sup> Это – не отдельные люди, а число обращений. Это значит, что если один и тот же человек обращается в центр два раза, засчитываются два контакта.

<sup>57</sup> То есть, оказание этих услуг не настолько привлекательно для МСМ, чтобы участвовать в опросе, насколько привлекательно для других групп – ПИН или лиц, вовлечённых в проституцию.

### Качество услуг

На сегодняшний день нет полной системы оценки качества (см. стр. 28) таких услуг, хотя ИРЗ включает описание услуг в договоры на оказание всех видов услуг.

Посетители центра информации для геев и лесбиянок заполняли составленные ИРЗ анкеты обратной связи в течение двух месяцев весной 2006 года. Эти анкеты предлагалось заполнить людям, которые пользуются услугами центра, по крайней мере, во второй раз. Всего было заполнено 53 анонимных анкеты. В анкетах спрашивалось, как люди узнали о центре, насколько они удовлетворены обслуживанием и какие услуги, по их мнению, нужно оказывать<sup>58</sup>.

Существуют опасения, что стандарты качества, основанные на договорах, носят слишком жесткий характер, например, ограничивая деятельность только профилактикой ВИЧ-инфекции, и не допуская более широких мер, направленных на преодоление стигматизации и дискриминации МСМ в Эстонии. Мы считаем, что, учитывая степень стигматизации и дискриминации, с которыми сталкиваются МСМ в Эстонии, деятельность по их преодолению отвечает критериям финансирования борьбы с ВИЧ-инфекцией и СПИДом.

#### **Рекомендации**

21. ИРЗ следует рассмотреть возможность организации в Тарту центра информации для геев и лесбиянок.

<sup>58</sup> Респонденты отмечали доброжелательность персонала и качество предоставленной информации. Больше обратившихся получили сведения о правах сексуальных меньшинств (44 %), проведении свободного времени (34 %) и знакомствах (36 %), чем о вопросах ВИЧ/СПИД (26 %) или безопасного секса (16 %). Пожелания дополнительных видов деятельности включали кино вечера, встречи с аналогичными организациями из других стран, семинары / тренинги / информационные мероприятия, возможности провести свободное время и деятельность для родителей (Löhmus and Trummal, 2006b)

## Услуги для ПИН

### *Доступность услуг*

В Эстонии правительство<sup>59</sup> и НКО оказывают ПИН определенные услуги. Они работают с ВИЧ-инфекцией и наркоманией, а услуги нацелены на профилактику, лечение и реабилитацию. Это, например, специальные услуги для ПИН<sup>60</sup> и услуги общего характера, которыми пользуются и ПИН<sup>61</sup>. ПИН также регулярно имеют дело с другими государственными органами, такими как полиция и тюрьмы. Диапазон оказываемых услуг<sup>62</sup>, в целом, соответствует международным и европейским рекомендациям по обеспечению ПИН доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ (Donoghoe et al., 2008). Особую помощь в организации этих услуг оказал Глобальный фонд. Помощь фонда была особенно важной из-за противоречивого характера услуг и связанных с этим трудностей по поиску финансирования. Однако услуги для отдельных групп ПИН ограничены в большей степени. Это услуги для женщин, молодых потребителей инъекционных наркотиков<sup>63</sup> и потребителей инъекционного амфетамина<sup>64</sup>.

Для эффективного оказания услуг необходимо сотрудничество поставщиков услуг. Есть определенные признаки такого сотрудничества. Например, ходатайства о финансировании государством деятельности, начатой при поддержке Глобального фонда.

### *Охват услуг*

Число и потребителей инъекционных наркотиков в Эстонии оценивается в 13 801 (Uusküla et al., без даты). В таблице 7 показаны основные данные охвата (WHO et al., 2008), полученные от программ и из обзоров.

<sup>59</sup> На государственном и местном уровнях

<sup>60</sup> Такие как программы обмена игл и шприцев, лечения от наркотической зависимости, низкопороговые центры и т.п.

<sup>61</sup> Такие как больницы, убежища, социальные услуги и т.п. в дополнение к медицинским и социальным услугам.

<sup>62</sup> Включая программы обмена игл и шприцев (ПОШ), лечение от наркотической зависимости, конечно, опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) и доступ к антиретровирусной терапии (АРТ).

<sup>63</sup> В последнее время все активнее признается значение профилактической работы среди молодежи, в том числе среди случайных потребителей инъекционных и не-инъекционных наркотиков. Цель этих действий – прекратить потребление наркотика или не допустить перехода к инъекциям.

<sup>64</sup> Использование амфетамина имеет свои особенности, важные для услуг, связанных с ВИЧ-инфекцией. К таким особенностям относятся большая частота инъекций, большая сексуальная активность, отсутствие эффективного лечения от зависимости, психические проблемы и более высокая смертность.

Таблица 7: Охват услуг для ПИН

Показатель	2002 <sup>65</sup>		2007 <sup>66</sup>	
	Кол-во	% <sup>67</sup>	Кол-во	%
Программы по обмену игл и шприцев				
Данные программы				
Число новых клиентов	3,000 <sup>68</sup>	21%	10,902 <sup>69</sup>	79% <sup>70</sup>
Число ПИН, обращающихся «регулярно» <sup>71</sup>	Нет данных	Нет данных	5,465-6329 <sup>72</sup>	40-46%
Количество розданных шприцев, в год	183,000	13 <sup>73</sup>	1,615,604 <sup>74</sup>	117 <sup>73</sup>
Данные опроса				
Процент ПИН, получивших иглы / шприцы по программе обмена за последние 4 недели	-	Нет данных	-	73% <sup>75</sup>
Опиоидная заместительная терапия				
Число ПИН, получающих метадоновую терапию	10	<0.1%	654 <sup>76</sup>	4-6% <sup>77</sup>

<sup>65</sup> Данные из WHO, 2002.

<sup>66</sup> Это – наиболее свежие данные, предоставленные исследователям ИРЗ.

<sup>67</sup> Если не указано иное, при расчете процентов использовался знаменатель 13 801.

<sup>68</sup> Это число показывает количество новых клиентов в 2001 году. Поскольку число круглое, скорее всего, это – оценка.

<sup>69</sup> Данные за период действия гранта Глобального фонда (январь 2004 – сентябрь 2007).

<sup>70</sup> Это число почти наверняка является преувеличением реального охвата, так как отражает клиентов, «когда-либо обратившихся за услугами» и сравнивает полученное число со знаменателем, взятым за определенный момент времени (а с числом всех жителей Эстонии, потреблявших инъекционные наркотики в указанный период).

<sup>71</sup> Сейчас нет общепринятого понимания на международном уровне, что означает в данном контексте «регулярно». В подготовленных к выпуску рекомендациях ВОЗ / УНПООН (WHO et al., 2008) предлагают считать «регулярным» обращение не реже одного раза в месяц в течение предыдущего года.

<sup>72</sup> Эти числа отражают оценку количества клиентов, обратившихся не менее двух раз во втором квартале 2006 года. Подсчитано по количеству клиентов с карточками клиентов, обратившихся за указанный период не менее двух раз (2476). Однако известно, что у многих клиентов службы ПОШ нет карточек клиентов. Тем не менее, поскольку известно общее число посещений ПОШ клиентов с карточками и без карточек, данное число было соответствующим образом экстраполировано. Показанный диапазон отражает предел доверия к расчету на уровне 95 %. Если изменить параметры, учитывая посетителей, приходивших хотя бы один раз, число увеличивается до 9125-10 461, что составляет покрытие в 66-76 %.

<sup>73</sup> Число шприцев на одного ПИН в год

<sup>74</sup> Эти данные за 2006 год показывают число шприцев, розданных с иглами. Кроме того, были розданы 601 269 отдельных игл.

<sup>75</sup> Данные за 2005 год.

<sup>76</sup> Это число, видимо, включает и часть ПИН, получающих метадон для детоксикации, и не включает часть ПИН (примерно 110), получающих ОЗТ в других местах, не финансируемых ИРЗ.

<sup>77</sup> Охват составляет 4,7 %, если использовать в знаменателе общее число ПИН (13 801). Если уменьшить знаменатель до оценочного числа ПИН, потребляющих опиоиды (11 178), охват увеличится до 5,9 %. Для Эстонии разница небольшая, потому что большинство ПИН потребляют, в основном, опиоиды. Однако непонятно, следует ли использовать в качестве знаменателя общее число потребителей опиоидов (т.е. включая неинъекционных потребителей) или только потребителей инъекционных опиоидов. Непонятно также, нужно ли указывать в знаменателе всех потребителей опиоидов или только зависимых.



В целом, охват программ по обмену игл и шприцев очень хороший<sup>78,79</sup> и сравним с лучшими уровнями, достигнутыми в других европейских странах. Количество шприцев, розданных в год в расчете на одного ПИН (117), близко к уровню других стран (140) (Donoghoe et al., 2008). Но это число ниже общего числа используемых ПИН шприцев и игл, поскольку не учитывает покупок в аптеках. Кроме того, не учитываются колебания в охвате в разных регионах. Например, центр низкого порога в Таллинне сообщает, что в 2007 году он раздал 12 823 шприцев, которые получили немногим более 2200 ПИН, что составляет 5,8 шприцев и игл на одного ПИН в год<sup>80</sup>. Географический охват программы неравномерен. Большая часть услуг приходится на три уезда в северо-восточной части Эстонии. Хотя это можно объяснить распространенностью ВИЧ среди ПИН в данных уездах, следует обеспечить доступность услуг в других областях Эстонии.

Несмотря на увеличение с 2002 года числа ПИН в Эстонии, получающих опиоидную заместительную терапию, общий охват остается небольшим<sup>81</sup> (4-6%). Это значительно меньше 40 %, рекомендованных ВОЗ и УНПООН, а также уровней, достигнутых другими странами Европейского Союза. Доступность других форм медикаментозного лечения также остается невысокой.

Низким остается и охват АРТ среди ВИЧ-положительных ПИН. Например, хотя большая часть<sup>82</sup> всех ВИЧ-инфицированных в Эстонии – потребители инъекционных наркотиков, только 30-35%<sup>83</sup> из пациентов АРТ в Нарве являются ПИН. Похоже, что проблема не связана с доступом к тестированию ВИЧ. Охват тестирования ВИЧ среди ПИН остается хорошим. Например, в 2005 году более двух третей ПИН (68 %) сообщили, что прошли тест на ВИЧ в предыдущем году. Однако относительно немногие из них затем обратились за медицинской помощью<sup>84</sup>.

<sup>78</sup> По данным Donoghoe et al., 2008

<sup>79</sup> Существуют определенные трудности с измерением охвата ВИЧ-программ для ПИН на государственном уровне. Например, методы и индикаторы, которые используются для контроля в рамках декларации ССГА ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS, 2007), отличаются от методов и индикаторов, предложенных для измерения прогресса на пути к общему доступу (например, WHO et al., 2008; Donoghoe et al., 2008). Отчетность ССГА ООН сейчас основана на данных исследований, в то время как предлагаемые меры измерения прогресса на пути к общему доступу основаны на данных программы относительно доступности, охвата и качества услуг. Кроме того, в Эстонии есть трудности с системой карточек клиента, которые используются для идентификации отдельных лиц, а информация из разных источников не всегда совпадает (см., например, примечание 75).

<sup>80</sup> Одна из причин заключается в том, что по закону центру запрещается распространять иглы и шприцы в своих помещениях. Однако есть и другие причины, по которым работники аутрич не распространяют столько шприцев и игл, сколько другие программы. В частности, в работе аутрич не используются ПИН, как в других программах.

<sup>81</sup> См. UNODC, 2007

<sup>82</sup> В настоящее время нет официальных данных о том, сколько людей в Эстонии заражается ВИЧ-инфекцией в результате потребления инъекционных наркотиков. Поэтому числа противоречивые и спорные. Неофициальные оценки колеблются от 60 до 85 %

<sup>83</sup> И здесь нет официальных данных о том, какая доля от пациентов АРТ сейчас и/или в прошлом являются ПИН. По данным НКО таких может быть до 85 %.

<sup>84</sup> В Нарве сообщили, что только 20 % ВИЧ-положительных обращаются впоследствии за медицинской помощью.

Есть также признаки изменения поведения ПИН. Например, в 2002 году половина (50 %) ПИН совместно использовали инъекционные принадлежности. Более поздние данные показывают, что немногим более четверти (29 %) ПИН совместно использовали шприцы в предыдущие четыре недели (Uusküla et al., без даты)<sup>85</sup>.

### *Препятствия для доступа*

Несмотря на то, что препятствия на пути обеспечения некоторыми услугами, такими как обмен шприцев, во многом преодолены, они сохраняются в значительной степени для других услуг, ОЗТ и АРТ. Ниже перечислены такие препятствия:

- Стигматизация и дискриминация ПИН, в том числе, со стороны медицинского персонала. Медицинские работники, как правило, обвиняют ПИН в нежелании пользоваться услугами (например, АРТ), а не признают существование системных препятствий
- Большинство ПИН – бедные безработные незастрахованные русскоговорящие люди
- Ограничено сотрудничество между поставщиками услуг для ПИН. Особую озабоченность вызывает отсутствие связей между услугами в области наркотической зависимости, такими как ОЗТ, и услугами по лечению ВИЧ и СПИДа, такими как АРТ.
- Разработана, но не внедрена концепция социального сопровождения. Нет понимания того, что можно выиграть от реализации принципа «одного окна»<sup>86</sup> для всех услуг.
- Поставщики услуг и ПИН крайне негативно воспринимают ОЗТ<sup>87</sup>
- Нет системного подхода к подбору кадров для работы с ПИН, то есть, в Эстонии нет государственной образовательной программы по обучению специалистов для работы с наркоманами, а некоторые специальности, например, работник аутрич, не считаются профессиями. Необходимо значительно улучшить условия обучения и работы сотрудников, оказывающих услуги по борьбе с ВИЧ / наркоманией, чтобы обеспечить продолжение и расширение услуг и защитить права работников.
- Юридическая среда, в которой наркоманов часто задерживают и осуждают за хранение небольшого количества запрещенных законом наркотиков.
- Очень ограничена роль полиции в оказании услуг, связанных с профилактикой и лечением ВИЧ-инфекции и потребления наркотиков: обучения профилактическим мерам в школах и проведения АРТ в арестных домах.

<sup>85</sup> Следует быть осторожным в интерпретации этих данных, так как из-за различия в методах и формулировках вопросов может быть трудно сравнить результаты. Для сравнения результатов было бы полезно применять одни и те же методы и вопросы в течение продолжительного периода.

<sup>86</sup> Необходимость объединения и совместного расположения услуг ВИЧ/СПИД и лечения наркомании оспаривают многие авторы (например, Sylla et al., 2007; WHO, 2007b)

<sup>87</sup> Одна из причин этого в том, что широко распространено восприятие метадона как «ядовитого» вещества.

- Многие ПИН отбывали тюремный срок. Отсутствие доступа к услугам, например, ОЗТ, означает, что оказание услуг было начато, но потом было прервано и прекратилось (см. стр. 53).

### *Качество услуг*

В международной научной литературе по развитию услуг, связанных с наркоманией, все большее внимание уделяется качеству этих услуг (WHO et al., 2008). К параметрам качества относятся:

- Объем, комплектность, эффективность, производительность и безопасность действий
- Удовлетворенность клиента услугой
- Ориентация на права человека
- Дружелюбность услуг
- Вовлечение и укрепление сообщества

Были установлены некоторые из важных элементов качества программ для ПИН<sup>88</sup>. В обсуждении с ПИН были выявлены элементы услуг, которые сами ПИН считают особенно важными с точки зрения качества программы обмена шприцев: близкое расположение и удобное время работы пункта, широкий выбор и хорошее качество игл и шприцев, дружелюбность персонала.

За время реализации гранта Глобального фонда ИРЗ заложил хороший фундамент для эффективного управления качеством и системы контроля (Drew and Laukamm-Josten, 2006). Эта система действует в виде описания услуг, заложенного в договоры (ИРЗ, 2007e). Ожидается, что в дальнейшем сохранится такой же подход. Значительное улучшение качества программы обмена шприцев и игл (ПОШ) со времени последней оценки стало возможным, благодаря введению новой системы поставки и управления снабжением. Это позволяет ежемесячно получать от оптового продавца широкий ассортимент шприцев и игл разных поставщиков. Однако подобное усовершенствование пока не произошло с обеспечением презервативами; кроме того, программы не могут обеспечить полный ассортимент необходимых материалов – устройства для варки, фильтры и воду для инъекций.

В недавнем обзоре (UNODC, 2007) было указано на большую разницу в качестве и подходах к принципам и практике программ ОЗТ в Эстонии. Существуют два разных подхода. Первый нацелен на использование ОЗТ для помощи немногим ПИН, которые очень хотят прекратить прием наркотика. При втором подходе ОЗТ рассматривается как метод уменьшения вреда, предназначенный для большинства ПИН. Похоже, что в Эстонии преобладает

---

<sup>88</sup> Сюда относится географическая близость услуг, время работы, качество профилактических материалов, доступ к информации о здоровье и других темах, отношение сотрудников программы, доступ к другим услугам, а не только обмен шприцев, правила и нормы, ориентированные на клиента и уровень удовлетворенности клиента.

первый подход<sup>89</sup>, что отрицательно сказывается и на доступе к ОЗТ, и на качестве услуг.

Ниже описаны впечатления, полученные при посещении мест оказания услуг:

- Существуют значительные различия в качестве услуг, в том числе в месте оказания, наборе услуг, степени дружелюбности.
- Вовлечение равных в разработку и оказание услуг повышает качество услуг и приводит к увеличению охвата.
- Качество услуг воспринимается как более высокое, если сотрудники могут общаться с ПИН на их родном языке, которым, в большинстве случаев, является русский.
- Требование, что программы должны выполнять план по количеству возвращенных шприцев, не поддерживается последними экспертными исследованиями (Bluthenthal et al., 2007).

### **Рекомендации**

22. Правительству Эстонии следует согласовать набор индикаторов для измерения охвата и качества услуг для ПИН, как на местном, так и на государственном уровне.

23. Необходимо принять меры, чтобы повысить доступность услуг для ПИН. Эти услуги также должны быть высокого качества. Сохраняя и увеличивая снабжение стерильным инъекционным оборудованием, нужно обратить особое внимание на ОЗТ и АРТ.

24. МСД должно вместе с поставщиками услуг внедрить на государственном уровне стандарты оценки качества в области организации и выполнения ПОШ.

---

<sup>89</sup> Например, рекомендации по лечению наркомании, принятые Ассоциацией психиатров Эстонии в 2005 году, включают определенные ограничения по найму пациентов и критерии прекращения лечебных процедур, не соответствующих современным нормам и рекомендациям ВОЗ / УНПООН. Исследователям сообщили, что составлен проект новых рекомендаций.

## Услуги для заключенных

### *Важность работы в тюрьмах и других местах заключения*

Во всем мире тюрьмы и другие места заключения считаются условиями повышенной опасности распространения ВИЧ-инфекции<sup>90</sup>. В таких местах очень большое количество членов групп риска, например ПИН, и у них ограничен доступ к профилактическим и другим услугам. Во многих странах ЕС увеличивается потребление запрещенных наркотиков в тюрьмах (Shewan et al., 2005). Однако администрация тюрем испытывает растущее давление со стороны общественности, которая требует очистить тюрьмы от наркотиков, а потому увеличивает меры безопасности. И все же есть мнение, что потребители запрещенных наркотиков – больные люди, и не должны находиться в тюрьме (WHO et al., 2004). В тюрьмах некоторых стран, например, в Испании, началось внедрение эффективных программ профилактики ВИЧ-инфекции, построенных на принципе снижения вреда.

По официальным статистическим данным, опубликованным в конце 2005 года, в Эстонии было 4463 заключенных, то есть, 338 на 100 000 населения, самый высокий показатель в ЕС. Число заключенных снижается, и на момент проведения данного исследования сообщалось, что в Эстонии 3400 заключенных. В последнее время были совершены крупные инвестиции в инфраструктуру тюрем в Эстонии и в оказание там медицинских услуг. Кроме тюрем, находящихся в ведении Министерства юстиции, действуют «арестные дома», относящиеся к Министерству внутренних дел.

Как и в других странах ЕС информация о распространенности в тюрьмах Эстонии ВИЧ-инфекции, сексуальной деятельности и использовании запрещенных наркотиков недоступна широкой публике. По данным, полученным из Министерства юстиции, в январе 2008 г. в тюрьмах Эстонии находились 486 ВИЧ-положительных лиц, что составляет 14 % всех заключенных. Последнее исследование (Lõhmus and Trummal, 2006a) показало, что:

- Более одной трети (34 %) сообщили, что принимали наркотики, находясь в тюрьме.
- Из них почти две трети (63 %) принимали инъекционные наркотики.
- Почти половина (45 %) из них совместно использовали шприцы или иглы за последние четыре недели<sup>91</sup>
- Каждый десятый (10,5 %) сообщил о том, что вступал в гомосексуальные отношения в течение прошлого года.
- Более трех четвертей (76 %) сообщили о проведении в тюрьме тестов на ВИЧ-инфекцию.

<sup>90</sup> И остальные инфекционные заболевания, такие как гепатит В и С.

<sup>91</sup> Чаще сообщают о совместном использовании воды (50 %) и емкости (49 %).

### Доступность услуг

Министерство юстиции сообщает, что медицинские отделения приняли меры по реализации в тюрьмах комплексных программ профилактики, лечения и реабилитации в связи с ВИЧ/СПИДом. Эта деятельность принесла определенные положительные результаты. Например, сообщается, что, благодаря разъяснительной работе о ВИЧ-инфекции среди заключенных уменьшилась стигматизация и дискриминация, которую испытывали ВИЧ-положительные заключенные, живущие с другими заключенными. Данные, подтверждающие эти сообщения, были собраны в рамках данного исследования, в ходе соответствующих интервью. Респонденты отмечали, что, вследствие описанных выше и других действий, например, работы НКО в тюрьмах, уменьшилась враждебность и дискриминация в отношении ВИЧ-положительных заключенных. Тестирование на ВИЧ<sup>92</sup> предлагается всем, совершившим преступление впервые, а также его можно пройти на разных этапах заключения. Согласно полученным данным, это тестирование добровольное, конфиденциальное и основано на информированном согласии. Расходы на тестирование, диагностику и лечение оплачивает Министерство юстиции из государственного бюджета. В функции Министерства юстиции входит обеспечение всех медицинских и социальных услуг в тюрьмах (WHO, 2007a).

Особые достижения в борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в тюрьмах Эстонии включают:

- Большое количество заключенных, прошедших тестирование на ВИЧ, например, за первые шесть месяцев 2006 года таких было 2671.
- В медицинских отделениях и НКО, работающих в тюрьмах, можно бесплатно получить презервативы и смазку. Презервативы также продаются в тюремных магазинах.
- Вакцинация от гепатита В всех заключенных, осужденных более чем на 7 месяцев.
- Проведены учебные курсы для заключенных и персонала по темам ВИЧ-инфекции, СПИДа, других венерических заболеваний, сексуального поведения, социальных программ для ПИН.
- В тюрьмах действует 21 группа поддержки для ЛЖВ и ПИН, организованная «Convictus Eesti».
- В АРТ участвуют 110 человек.
- Оказываются другие медицинские услуги, например, проверка на ТБ.

Однако в национальной стратегии по борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в Эстонии (см. стр. 16) четко указано, что все профилактические меры, которые действуют за пределами тюрем, должны быть доступны и в тюрьмах. В частности, сюда относятся меры по снижению вреда, такие как обмен игл и шприцев, ОЗТ и снабжение презервативами и смазкой. Однако многие из этих видов деятельности пока не внедрены в тюрьмах и других местах заключения.

<sup>92</sup> Подтверждающие тесты для ВИЧ-положительных оплачиваются из средств, выделенных по национальной стратегии в области ВИЧ и СПИДа, которую реализует ИРЗ.

В действительности, похоже, что большее внимание уделяется профилактике ВИЧ посредством укрепления физической инфраструктуры и безопасности, чтобы предотвратить нелегальное потребление наркотиков.

Презервативы, смазки и дезинфицирующие средства сейчас распространяются в небольших количествах при тщательно оговоренных условиях. Однако, по сообщениям, эту практику сейчас пересматривают. Например, некоторые респонденты поставили под вопрос необходимость снабжать заключенных презервативами.

Предыдущие исследования (Grund, 2005; Drew and Laukamm-Josten, 2006) показали, что в тюрьмах постоянно отсутствовали ключевые, проверенные профилактические меры, в особенности, обмен игл и опиоидная заместительная терапия. Со времени проведения тех исследований мало, что изменилось. Учитывая, что многие ПИН отбывали сроки в тюрьмах и других местах заключения, отсутствие там указанных услуг представляет собой крупный пробел в организации борьбы с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в Эстонии. В настоящее время ПИН, проходящие ОЗТ, прерывают этот важный лечебный процесс, попадая в тюремную систему Эстонии. Отсутствие терапии не может компенсироваться другими мерами, такими как снабжение дезинфицирующими средствами или консультации по программам снижения вреда. В частности, не рекомендуется использовать в тюрьмах для дезинфекции игл и шприцев хлорную известь, так как для ее безопасного и эффективного использования требуются подробные инструкции.

Другие проблемы, связанные с оказанием услуг в тюрьмах, отмечались и ранее (Drew and Laukamm-Josten, 2006), и в рамках настоящего исследования. К таким проблемам относятся:

- Отрицательное отношение персонала к ЛЖВ. Такое же отношение наблюдается и среди некоторых заключенных.
- Ограничение доступа к презервативам и смазке.
- Медицинская система в тюрьмах не позволяет ежедневно выдавать лекарства, например, АРТ. Заключенные получают таблетки на неделю в своих камерах, в пластиковых пакетах<sup>93</sup>.
- Медицинские сотрудники в тюрьмах имеют ограниченные знания о ВИЧ/СПИД<sup>94</sup>.
- В медицинской системе тюрем отсутствует представление о медицинской этике как обязательном условии доверия между врачом и пациентом<sup>95</sup>.

<sup>93</sup> Хотя такое и наблюдалось в одной из тюрем, Министерство юстиции сообщило, что в других тюрьмах такого не происходит и что принимаются серьезные меры, чтобы изменить такой подход. В частности, изменяется структура медицинской службы и усиливается контроль за ее работой.

<sup>94</sup> Министерство юстиции сообщило, что принимает усилия по обучению всех сотрудников тюрем, в том числе медицинских работников, вопросам, связанным с ВИЧ и СПИДом.

- Отсутствие непрерывного обеспечения услуг заключенным на время отпуска и после освобождения. Например, согласно сообщениям, только 50 % пациентов АРТ продолжают лечение после освобождения<sup>96</sup>.
- Есть опасения, что в тюрьмах могут быть ВИЧ-положительные заключенные, которым нужна АРТ, но которые не получают ее<sup>97</sup>.

Были предприняты определенные усилия на местном уровне, например, в Нарве, с целью проводить ОЗТ в арестных домах за счет городских программ, но Министерство внутренних дел прекратило эти попытки. Недавно был издан приказ, разрешающий проведение ОЗТ в арестных домах, но ко времени посещения реализация приказа еще не началась. Министерство юстиции обсуждает введение ОЗТ в тюрьмах для тех, кто получал ее на свободе, но пока этого не произошло. Медицинские работники Тартуской тюрьмы сказали, что они готовы и хотят начать такую программу, если им это разрешат.

### Рекомендации

25. Министерство внутренних дел и Министерство юстиции должны принять действенные меры, чтобы обеспечить непрерывность критически важных медицинских услуг, таких как ОЗТ, в местах лишения свободы. Эти меры могут включать допуск поставщиков услуг к работе в арестных домах и введение ОЗТ, сначала в Тартуской тюрьме в форме пилотного проекта, а затем и в других учреждениях.

26. Следует рассмотреть возможность проведения в тюрьмах пилотных программ по обмену игл. Для этого потребуются предварительно провести учебный курс для персонала.

27. Необходимо принять меры, чтобы увеличить охват АРТ заключенных с ВИЧ-инфекцией. При этом можно было бы расширить функции НКО, чтобы обеспечить поддержку равных-равным.

28. Нужно улучшить доступность презервативов. Их следует распространять анонимно и бесплатно.

<sup>95</sup> Министерство юстиции сообщило, что медицинские услуги в тюрьмах оказывают доброжелательные и хорошо обученные специалисты. Согласно сообщению министерства, между заключенными и медицинскими работниками установлено доверие. В частности, ограничено число сотрудников, знающих, что заключенный ВИЧ-положительный, и эта информация считается конфиденциальной. Однако в интервью выяснилось, что в этих конфиденциальных отношениях могут быть трещины, когда дело касается безопасности, например, незаконного использования наркотиков. Министерство юстиции признает, что в этой области есть определенные трудности, в особенности, связанные с наймом компетентных сотрудников. Принимаются меры, чтобы улучшить ситуацию, улучшив оплату труда и условия работы медицинского персонала в тюрьмах.

<sup>96</sup> Министерство юстиции сообщает, что пациенты АРТ при освобождении получают лекарство на три дня. Им сообщают, как продолжить лечение. Специалист по инфекционным заболеваниям, работающий в тюрьме, работает и вне тюрьмы.

<sup>97</sup> На момент посещения АРТ получали 120 заключенных, что составляет одну четверть от ВИЧ-позитивных заключенных.



## Объединение услуг

В предыдущих разделах настоящего отчета говорилось об отдельных услугах. В этом разделе проводится анализ, в какой степени услуги, в особенности оказываемые ЛЖВ, объединены и координируются.

### *Механизмы координации*

Национальная программа борьбы с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в Эстонии основана на согласованной многосторонней стратегии и координируется правительственной комиссией (см. стр. 20). Реализация такой многосторонней стратегии является непростой задачей для всех партнеров и требует новых подходов от всех участников деятельности. Есть еще области, в которых сотрудничество могло бы быть лучше, в частности, распределение ролей и обмен информацией в МСД, министерстве, которое отвечает за борьбу с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в Эстонии. На сегодняшний день отсутствие ключевых сотрудников МСД, изменения в правительстве и ограниченные возможности по получению данных от министерств привели к тому, что потенциал правительственной комиссии используется не полностью. Внутри МСД ответственность делят два отдела – общественного здоровья и здравоохранения. Ограничение возможностей персонала привело к отсутствию надлежащей координации между этими двумя отделами. Кроме того, действуют еще два органа МСД, отвечающих за медицинские услуги и надзор над ними. Это – Инспекция по охране здоровья (ИОЗ) и Институт развития здоровья (ИРЗ). ИОЗ отвечает, в основном, за надзор в области здравоохранения, в том числе, за сбор обычных статистических данных о ВИЧ-инфекции и СПИДе. ИРЗ реализует национальную стратегию борьбы со СПИДом и отвечает за контроль и проведение специальных исследований. Непонятно, что выигрывает государство от разделения пассивного и активного надзора, поэтому еще есть возможности для улучшения информационного потока между разными органами МСД.

### *Интеграция на уровне оказания услуг*

Медицинские и социальные услуги для ЛЖВ описаны в других разделах настоящего отчета (см. стр. 33). Здесь кратко описываются вопросы, связанные с интеграцией этих услуг:

- Многие из людей, тест на ВИЧ у которых оказался положительным, не обращаются для проверки здоровья к специалисту по инфекционным заболеваниям. Такая проверка здоровья сейчас не проводится в тех местах, где проводятся тесты на ВИЧ.
- Услуги оплачиваются разными способами – через больничную кассу Эстонии через отдельные программы и за счет муниципалитетов. Незастрахованным людям возможно придется доказывать, что услуги будут оплачены, например, из местного бюджета, прежде чем они получат эти услуги.

- Ограничены возможности больниц по оказанию социальных услуг, например, через социального работника. Нередко ограничены связи с другими поставщиками социальных услуг, например, с НКО.
- У некоторых компаний, оказывающих специальные, амбулаторные медицинские услуги, есть тесная связь с НКО. В этих случаях связи между медицинскими и социальными услугами теснее, чем между больницами и НКО.
- При планировании услуг очень мало принимаются во внимание интересы/мнения потребителей этих услуг. Вообще поставщики услуг обвиняют потенциальных потребителей, в особенности ПИН, в том, что они не пользуются услугами. Для ПИН важны такие параметры оказания услуг, как географическая близость услуг, время работы, отношение персонала и т.п. Но поставщики редко учитывают пожелания потребителей при организации услуг.

#### **Рекомендации**

29. МСД, его отделы и органы могут улучшить координацию работы и обмен информацией путем проведения регулярных встреч и введения системы ротации специалистов между МСД, ИРЗ и ИОЗ.

30. При планировании услуг, связанных с ВИЧ-инфекцией, нужно учитывать мнение потребителей этих услуг, в особенности, ПИН. При этом, вероятно, потребуются оказывать больше услуг с помощью уличной работы (аутрич), продлить время работы пунктов оказания услуг и привлекать заслуживающих доверие поставщиков услуг.

## РЕКОМЕНДАЦИИ

### Обзор

1. Исследователи признают, что не следует поощрять спокойствие населения Эстонии в отношении риска заразиться ВИЧ-инфекцией и/или увеличения стигматизации и дискриминации групп риска. Однако нужно с осторожностью относиться к высказываниям, что эпидемия ВИЧ-инфекции уже не ограничена ПИН и их сексуальными партнерами. По мнению исследователей, имеющиеся данные не подтверждают такие выводы. Необходима более подробная информация о существующих сейчас путях передачи.

2. Есть подтверждение того, что программы профилактики ВИЧ, принятые в Эстонии и основанные на мерах по снижению вреда в группах риска, в частности, среди инъекционных наркоманов, начинают приносить результаты. Лучшим решением для продолжающегося кризиса с ВИЧ-инфекцией в Эстонии по-прежнему являются целенаправленные действия (по снижению вреда) среди потребителей инъекционных наркотиков, в том числе, опиоидная заместительная терапия. Эти действия следует продолжать в более широком масштабе.

### Управление, координация и увеличение ресурсов

3. МСД должно играть более активную руководящую роль в борьбе с ВИЧ и СПИДом на государственном уровне, особенно в таких областях как внедрение системы социального сопровождения и обеспечение информирования о путях распространения ВИЧ-инфекции.

4. Ключевым приоритетом для МСД должно стать оживление работы правительственной комиссии по ВИЧ-инфекции и СПИДу. Для этого потребуются пересмотреть состав и роль комиссии. Основной функцией должно стать обеспечение отчетности государственных органов о работе, проделанной в области борьбы с ВИЧ-инфекцией и СПИДом.

5. Необходимо более четко определить роли МСД и ИРЗ соответственно.

6. Правительство должно найти способ создать для работы НКО более благоприятные условия. Помимо финансирования нужно также укрепить нормативную базу и принять меры, стимулирующие появление новых участников этой деятельности.

7. Самим НКО следует активнее развивать свои организационные возможности, например, создавая сеть организаций, работающих с ВИЧ и СПИДом, систематически обучая сотрудников НКО и расширяя их возможности.

## **Финансовые потоки и системы поддержки НКО**

8. Крупным муниципалитетам следует подумать об использовании своих ресурсов для долевого финансирования услуг в области ВИЧ-инфекции и СПИДа, как это делается, например, в Таллинне.

9. Правительству Эстонии следует пересмотреть действующие механизмы заключения договоров в области СПИДа, чтобы сохранить положительный опыт, приобретенный в работе с грантом Глобального фонда, а также установить продолжительность и другие характеристики договоров, позволяющие обеспечить выполнение стратегии.

10. МСД и ИРЗ следует шире использовать методику оплаты единицы услуг для поощрения деятельности в области борьбы с ВИЧ-инфекцией и СПИДом.

## **Системы мониторинга, оценки и обеспечения качества**

11. Необходимо провести анализ: кто контролирует и оценивает положение с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в Эстонии, с целью определить, нужно ли так много разных участников и способствуют ли они улучшению ситуации. Нужно также узнать, в чем заключается их роль и как можно координировать их деятельность и получаемые ими данные.

12. Необходимо согласовать и внедрить систему передачи данных о ВИЧ-инфекции и СПИДе в государственной системе контроля. Передаче подлежат все данные по согласованным индикаторам в соответствии со структурой, описанной в государственной стратегии, и с учетом опыта, полученного в ходе реализации гранта Глобального фонда.

13. Необходимо внедрить систему, позволяющую анализировать и обобщать данные о путях распространения ВИЧ-инфекции в Эстонии. Планы по внедрению такой новой системы на основании сообщений врачей в Инспекцию по охране здоровья вряд ли позволят получать надежные данные в обозримом будущем. МСД должно найти другие подходы, хотя бы в краткосрочной перспективе, например, внедрить механизм более широкого официального использования данных, которые сейчас собирает Национальная контрольная лаборатория.

## **Системы здравоохранения и услуги для ЛЖВ**

14. Существует настоятельная необходимость решить проблему стигматизации и дискриминации, с которыми сталкиваются ПИН и ЛЖВ в медицинских учреждениях. Связанное с этим нежелание обращаться за медицинской помощью является основной причиной, по которой ПИН и ЛЖВ обращаются за помощью поздно.

15. В идеале нужно объединить оказание медицинских и социальных услуг, чтобы ЛЖВ / ПИН могли легко и быстро получить помощь в удобном для них месте. Если это не получится, можно улучшить доступ к услугам, внедрив систему социального сопровождения.

16. Правительство Эстонии должно найти способ лечить незастрахованных от гепатита С.

17. МСД должно внедрить систему контроля над устойчивостью к АРТ.

#### **Услуги для молодёжи**

18. Министерству образования и науки следует как можно скорее ввести новую учебную программу, включающую систематическое обучение вопросам, связанным с ВИЧ и СПИДом.

19. До ввода новой программы Министерство образования и науки, отделы образования при муниципалитетах должны привлечь НКО и других участников к обучению молодежи по темам, связанным со СПИДом. Хотя ИРЗ и МСД должны поддерживать такое обучение, они должны преодолеть искушение и не финансировать напрямую эту деятельность, поскольку так будет подорвана ведущая роль Министерства образования и науки.

#### **Услуги для лиц, вовлечённых в проституцию**

20. ИРЗ должен найти способ оказывать услуги лицам, вовлечённым в проституцию, за пределами Таллина.

#### **Услуги для мужчин, занимающихся сексом с мужчинами**

21. ИРЗ следует рассмотреть возможность организации в Тарту центра информации для геев и лесбиянок.

#### **Услуги для ПИН**

22. Правительству Эстонии следует согласовать набор индикаторов для измерения охвата и качества услуг для ПИН, как на местном, так и на государственном уровне.

23. Необходимо принять меры, чтобы повысить доступность услуг для ПИН. Эти услуги также должны быть высокого качества. Сохраняя и увеличивая снабжение стерильным инъекционным оборудованием, нужно обратить особое внимание на ОЗТ и АРТ.

24. МСД должно вместе с поставщиками услуг внедрить на государственном уровне стандарты оценки качества в области организации и выполнения ПОШ.

#### **Услуги для заключённых**

25. Министерство внутренних дел и Министерство юстиции должны принять действенные меры, чтобы обеспечить непрерывность критически важных медицинских услуг, таких как ОЗТ, в местах лишения свободы. Эти меры могут включать допуск поставщиков услуг к работе в арестных домах и введение ОЗТ, сначала в Тартуской тюрьме в форме пилотного проекта, а затем и в других учреждениях.

26. Следует рассмотреть возможность введения в тюрьмах пилотных программ по обмену игл. Для этого потребуется предварительно провести учебный курс для персонала.

27. Необходимо принять меры, чтобы увеличить охват АРТ заключенных с ВИЧ-инфекцией. При этом можно было бы расширить функции НКО, чтобы обеспечить поддержку сверстников.

28. Нужно улучшить доступность презервативов. Их следует распространять анонимно и бесплатно.

### **Объединение услуг**

29. МСД, его отделы и органы могут улучшить координацию работы и обмен информацией путем проведения регулярных встреч и введения системы ротации специалистов между МСД, ИРЗ и ИОЗ.

30. При планировании услуг, связанных с ВИЧ-инфекцией, нужно учитывать мнение потребителей этих услуг, в особенности, ПИН. При этом, вероятно, потребуется оказывать больше услуг с помощью выездных работников, продлить время работы пунктов оказания услуг и привлекать заслуживающих доверие сотрудников.

**ПРИЛОЖЕНИЯ (см. текст оригинала на английском языке)**

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 – Проектное задание

ПРИЛОЖЕНИЕ 2 – Список лиц и организаций, участвовавших в опросах

ПРИЛОЖЕНИЕ 3 – Список изученных документов

ПРИЛОЖЕНИЕ 4 – Предложения по определению заданий рабочей группы по резистентности ВИЧ к лекарствам

ПРИЛОЖЕНИЕ 5 – Партнёрство и структура Государственной Правительственной комиссии по ВИЧ/СПИДу в Эстонии



**Tervise Arengu Instituut**  
National Institute for Health Development