



Center for
Health System
Development



Документ исследования политики № 58

Глобальные инициативы в области ВИЧ/СПИД и их влияние на систему здравоохранения Кыргызской Республики

Заключительный отчет

Гулгун Мурзалиева¹
Юлия Алешкина¹
Адыл Темиров¹
Арнол Самиев¹
Картанбаева Нурзада¹
Мелитта Якаб²
Нил Спайсер³

¹Центр Развития Здравоохранения, Кыргызстан

²Советник-Резидент ВОЗ по политике здравоохранения в Кыргызстане

³Лондонская Школа Гигиены и Тропической Медицины

Бишкек, Кыргызская Республика
Апрель, 2009

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	4
Выражение благодарности.....	5
РАЗДЕЛ 1. ВВЕДЕНИЕ	6
1.1. Изучение Глобальных Инициатив в области ВИЧ/СПИД и их влияния на систему здравоохранения	6
1.2. Обзор Глобальных Инициатив в области ВИЧ/СПИД в Кыргызстане	7
РАЗДЕЛ 2. ДИНАМИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В КЫРГЫЗСТАНЕ.....	9
2.1. Общая статистика по стране.....	9
2.2. Распространенность ВИЧ-инфекции среди детей и беременных женщин	10
РАЗДЕЛ 3. ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ	11
3.1. Цели исследования.....	11
3.2. Задачи исследования	11
3.3. Методология исследования	12
РАЗДЕЛ 4. АНАЛИЗ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО БОРЬБЕ С ВИЧ/СПИД В КР ЗА 2007 ГОД.....	14
4.1. Финансирование сектора здравоохранения в Кыргызстане.....	14
4.2. Структура общих расходов на мероприятия по борьбе с ВИЧ/СПИД в разрезе источников финансирования	15
4.3. Государственное финансирование службы по борьбе с ВИЧ/СПИД	16
4.4. Финансирование международными организациями мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИД.....	17
4.5. Заключение.....	19
4.6. Рекомендации	20
РАЗДЕЛ 5. РАСШИРЕНИЕ УСЛУГ В ОБЛАСТИ ВИЧ/СПИД НА НАЦИОНАЛЬНОМ И СУБ-НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЯХ	21
5.1. Информация об организациях, реализующих гранты ГФСТМ и СААР	21
5.2. Общая информация по количеству клиентов и визитов в отобранных организациях	23
5.3. Расширение отдельных видов услуг по ВИЧ/СПИД.....	24
5.4. Факторы, оказывающие влияние на расширение услуг на национальном и суб-национальном уровнях	32
5.5. Заключение.....	34
5.6. Рекомендации	35
РАЗДЕЛ 6. КООРДИНАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ВИЧ/СПИД.....	36
6.1. Координация деятельности по ВИЧ/СПИДу на национальном уровне: Страновой многосекторальный координационный комитет	36
6.2. Областные координационные структуры по ВИЧ/СПИДу.....	43
6.3. Другие координационные структуры	46
6.4. Заключение.....	49
6.5. Рекомендации	49

РАЗДЕЛ 7. СОТРУДНИЧЕСТВО МЕЖДУ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИМИ УСЛУГИ ПО ВИЧ/СПИД	51
7.1. Сотрудничество при оказании услуг по ВИЧ/СПИД	51
7.2. Сотрудничество по вопросам повышения потенциала СПИД-сервисных организаций	55
7.3. Сотрудничество по созданию благоприятной среды и адвокации деятельности по ВИЧ/СПИД	56
7.4. Использование общей системы МиО	57
7.5. Заключение	59
7.6. Рекомендации	59
РАЗДЕЛ 8. ЧЕЛОВЕЧЕСКИЕ РЕСУРСЫ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИЕ УСЛУГИ ПО ВИЧ/СПИД	60
8.1. Общая ситуация по ЧР в системе здравоохранения КР	60
8.2. Количество и структура ЧР в СПИД-сервисных организациях.....	62
8.3. Нагрузка персонала	64
8.4. Участие в тренингах.....	65
8.5. Мотивация, финансовые стимулы и удовлетворенность	69
8.6. Заключение	73
8.7. Рекомендации	73
РАЗДЕЛ 9. ДОСТУПНОСТЬ И КАЧЕСТВО ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ ПО ВИЧ/СПИД	75
9.1. Мнение заинтересованных сторон, руководителей организаций и поставщиков о доступности и качестве услуг по ВИЧ/СПИД	75
9.2. Мнение пользователей о доступности и качестве услуг по ВИЧ/СПИД	83
9.3. Заключение	93
9.4. Рекомендации	94
ПРИЛОЖЕНИЕ	95
Приложение 1. Перечень организаций, принявших участие в исследовании	95
Приложение 2. Источники финансирования исследованных НПО, 2007- 08 гг.	98

Список сокращений

АРВТ	- Антиретровирусная терапия
ВИЧ	- Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения
ГИ	- Глобальные инициативы в области здравоохранения
ГФСТМ	- Глобальный Фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ГСВ	- Группа Семейных Врачей
ГУИН	- Главное управление исполнения наказаний
ДКТ	- Добровольное консультирование и тестирование
ДЭН	- Дозорный эпидемиологический надзор
ЗТМ	- Заместительная терапия метадоном
ИОМ	- информационно-образовательные мероприятия
ИППП	- Инфекции, передающиеся половым путем
КР	- Кыргызская Республика
ЛЖВС	- Лица, живущие с ВИЧ/СПИД
ЛПВС	- Лица, пострадавшие от ВИЧ/СПИД
МВД	- Министерство внутренних дел
МЗ	- Министерство здравоохранения
МиО	- Мониторинг и оценка
МСМ	- Мужчины, имеющие секс с мужчинами
МЮ	- Министерство юстиции
МТиСЗ	- Министерство труда и социальной защиты
МСиВХ	- Министерство сельского и водного хозяйства
НПО	- Неправительственная организация
ОМКК	- Областной многосекторальный координационный комитет
ОРО	- Основной реализующий отдел
ПИН	- Потребитель инъекционных наркотиков
ПОШ	- Пункт обмена шприцев
ППМП	- Профилактика передачи от матери к ребенку
СААР	- Проект по контролю СПИД в Центральной Азии
СПИД	- Синдром Приобретенного Иммунодефицита
СР	- Секс-работники
СМКК	- Страновой Многосекторальный Координационный Комитет по вопросам ВИЧ/СПИД, Туберкулеза и Малярии при Правительстве КР
УИС	- Уголовно-исполнительная система
ЦСМ	- Центр Семейной Медицины

Выражение благодарности

Настоящий отчет является результатом совместной работы исследовательской группы Отдела анализа политики здравоохранения Центра развития здравоохранения и международных партнеров по исследованию - Нила Спайсера и Джил Уолт, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, кафедра политики здравоохранения, и Руаири Бругха, Королевский колледж хирургов в Ирландии, кафедра эпидемиологии и общественного здравоохранения.

Хотелось бы выразить глубокую признательность руководителям и сотрудникам всех государственных и неправительственных организаций, а также их клиентов, непосредственно принимавших участие в данном исследовании, за активное содействие и большой вклад при сборе информации и изучении накопленного опыта в области реализации мероприятий по противодействию ВИЧ/СПИД в стране.

Кроме того, мы бы хотели поблагодарить всех членов Консультативного Совета при данном исследовательском проекте за активное участие и ценные рекомендации при разработке дизайна исследования, обсуждении результатов исследования и за предоставленные комментарии в ходе работы над настоящим отчетом.

Проведение данного исследования и подготовка отчетов стали возможными благодаря финансовой поддержке «Института Открытого Общества» (Нью-Йорк).

РАЗДЕЛ 1. Введение

1.1. Изучение Глобальных Инициатив в области ВИЧ/СПИД и их влияния на системы здравоохранения

В июле 2006 года Отдел анализа политики здравоохранения Центра развития здравоохранения начал реализацию данного трехгодичного исследовательского проекта в Кыргызстане, который является частью международного исследования «Глобальные Инициативы в области ВИЧ/СПИД и их влияние на системы здравоохранения». Партнерами выступают Лондонская школа гигиены и тропической медицины и Королевский колледж хирургов в Ирландии. Проект финансируется Институтом открытого общества в Нью-Йорке. Исследование является частью Сети Глобальных инициатив в области ВИЧ/СПИДа (GHIN): <http://www.ghinet.org/>.

Исследование в КР состоит из следующих этапов:

Этап 1: Август 2006 г. – Ноябрь 2006 г.: Подготовительный этап – встречи с ключевыми заинтересованными сторонами; обзор политических и программных документов; проведение интервью с заинтересованными сторонами на национальном уровне; подготовка отчета по ситуационному анализу: <http://www.ghinet.org/downloads/kyrgyz.pdf> или www/chsd.med.kg

Этап 2: Декабрь 2006 – Декабрь 2007 г.: Базовое исследование на региональном уровне - сбор данных в трех отобранных регионах: Бишкек/Чуйская область, Ош/Жалалабат и Иссык-Кульская область посредством обзора политических и программных документов; анализа вторичных данных; проведения полу-структурированных интервью с местными заинтересованными сторонами; полу-структурированных интервью с сотрудниками государственных медицинских и неправительственных организаций, предоставляющих услуги по ВИЧ/СПИД; полу-структурированные интервью с получателями услуг СПИД-сервисных организаций; сбор количественных данных в организациях, получающих гранты ГФСТМ; анализ полученных данных; подготовка отчета и распространение результатов исследования.

Этап 3: Январь – Март, 2008 г. (даты откорректированы): Сбор данных на национальном уровне – обзор политических и программных документов; проведение интервью заинтересованных сторон на национальном уровне.

Этап 4: Апрель 2008 г. – Январь, 2009 (даты откорректированы): Повторное исследование на региональном уровне – исследование будет сфокусировано также на трех регионах: Бишкек/Чуйская область, Ош/Жалалабат и Иссык-Кульская область; сбор данных будет проведен посредством обзора политических и программных документов; анализа вторичных данных; проведения полу-структурированных интервью с местными заинтересованными сторонами; полу-структурированных интервью с сотрудниками государственных медицинских и неправительственных СПИД-сервисных организаций; полу-структурированные интервью с получателями услуг; сбор количественных данных в организациях, получающих гранты ГФСТМ и Регионального проекта Всемирного Банка по контролю СПИД в Центральной Азии (СААР); обработка и анализ полученных данных.

Этап 5: Февраль - Июнь 2009 г. (даты откорректированы): Распространение результатов исследования – анализ и интерпретация данных, собранных на предыдущих этапах исследования; подготовка, публикация и распространение заключительного отчета по исследованию; подготовка информационного обзора по итогам исследования; проведение встречи на национальном уровне; подготовка

публикаций, участие и представление результатов на встречах в качестве члена Сети Глобальных инициатив в области ВИЧ/СПИДа.

Данный отчет содержит результаты четвертого этапа исследования.

1.2. Обзор Глобальных Инициатив в области ВИЧ/СПИД в Кыргызстане

В Кыргызстане имеются финансовые ресурсы для борьбы с ВИЧ/СПИДом, поступающие из двух источников: государственный бюджет и международные донорские организации и программы. Основными финансирующими программами, представляющими Глобальные Инициативы в области ВИЧ/СПИДа в Кыргызстане, являются Глобальный Фонд по борьбе со СПИДом, Туберкулезом и Малярией (ГФСТМ) и Региональный Проект Всемирного Банка по контролю СПИД в Центральной Азии (СААР). Существует целый ряд других международных программ по ВИЧ/СПИДу, финансируемых агентствами ООН и двусторонними донорскими организациями.

1.2.1. Основные направления деятельности ГФСТМ в области противодействия ВИЧ/СПИД

- Кыргызстан получил Грант Глобального Фонда Второго Раунда на ВИЧ/СПИД под названием «Развитие профилактических программ по ВИЧ/СПИДу, туберкулезу и малярии, нацеленных на сокращение социальных и экономических последствий их распространения». Грант был согласован в августе 2003 году, датой начала стал март 2004 года. Общая утвержденная сумма составила более \$17 млн. долларов США, а основным получателем гранта является Республиканское Объединение «СПИД» Министерства здравоохранения КР. В декабре 2008 года реализация мероприятий по данному гранту была завершена.
- Средства гранта ГФ Второго Раунда использовались на разработку стратегий по осуществлению услуг/мероприятий по ВИЧ/СПИДу, оказываемых главным образом неправительственными организациями (НПО). Акцент был сделан на профилактические вмешательства среди групп высокого риска, таких как потребители инъекционных наркотиков (ПИН), работники коммерческого секса (РКС), молодежь и заключенные. Следовательно, значительные средства использовались на поддержку распределения презервативов и шприцев/игл, а также на обучение медицинских работников.
- В 2007 г. Кыргызстан получил одобрение заявки на грант Глобального Фонда по ВИЧ/СПИД Седьмого Раунда в сумме \$28 209 091 долларов США. Основным реципиентом является Республиканское Объединение «СПИД». Грантовая заявка имеет название «Расширение универсального доступа к профилактике, диагностике, лечению, уходу и поддержке для ключевых групп населения по ВИЧ/СПИД в Кыргызской Республике» и ее реализация рассчитана на период с января 2009 по декабрь 2013 года.
- Мероприятия, предусмотренные в заявке Седьмого Раунда направлены на решение таких задач, как (i) обеспечение универсального доступа к основным услугам по ВИЧ/СПИД для ключевого населения и ЛЖВ во всех регионах КР; (ii) расширение и повышение эффективности профилактических программ для ИПН, заключенных, РС, МСМ, особый акцент сделан на работу с мобильными группами населения; (iii) обеспечение непрерывности/институционализации профилактических программ для молодежи, включая уличных детей, сирот и неорганизованную молодежь; (iv) а также улучшение межсекторального

взаимодействия по противодействию ВИЧ/СПИД посредством усиления национального потенциала (государственные и неправительственные организации), формирования политической приверженности, партнерства и институционализации проводимых мероприятий.

- В заявке Седьмого Раунда значительная сумма средств (US\$ 8млн.) предусмотрена на усиление потенциала системы здравоохранения. Планируется закупка оборудования для лабораторий кожно-венерологической службы (гг. Бишкек и Ош), карантинизации крови (гг. Ош и Жалалабад), обеспечения безопасности медицинских отходов (заводы по утилизации в гг. Ош и Жалалабад); предусмотрена организация кабинетов для проведения ДКТ при всех ЦСМ и специализированных организациях; запланировано приобретение деструкторов для ПОШ; обучение персонала; лекарственное обеспечение и др.

1.2.2. Основные направления деятельности СААР в Кыргызстане

- В 2005 году начата реализация Проекта по контролю СПИД в Центральной Азии (СААР), финансируемого на грантовой основе Всемирным Банком и Департаментом международного развития Великобритании. Общая сумма гранта составляет 27 млн. долл. США на период с 2005 по 2010 гг. Проект реализуется в четырех центрально-азиатских странах: Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан и Узбекистан. Основными задачами Проекта являются: (i) внесение вклада в противодействие распространению ВИЧ/СПИД в Центральной Азии; (ii) создание регионального Фонда СПИД, как устойчивого механизма финансирования мероприятий по борьбе с ВИЧ в период и по окончании деятельности Проекта; и (iii) укрепление сотрудничества между государственным, общественным, неправительственным и частным секторами на региональном и национальном уровнях.
- СААР имеет два основных направления деятельности: активизация работы по совершенствованию региональной политики и координации мероприятий в области противодействия ВИЧ/СПИД посредством широкого вовлечения лиц, принимающих решения, религиозных лидеров и представителей средств массовой информации; и реализация на конкурсной основе малых и больших грантовых проектов и программ по профилактике ВИЧ/СПИДа среди особо уязвимых групп населения (ПИН, РКС, МСМ, заключенные и др.).
- С начала своей деятельности СААР провел три грантовых раунда. В 2008 году завершена реализация суб-проектов первого раунда, где по малой грантовой программе девять организаций (8 НПО и 1 частная организация) провели работу, направленную на профилактику ВИЧ/СПИД, оказание поддержки лицам с ВИЧ/СПИД, а также на обучение медицинских работников (общая сумма выделенных средств - более 60 тыс.долл.США). Во втором грантовом раунде для реализации малых грантов из Регионального Фонда СПИД выделено шести организациям (138 310 долларов США). В начале 2009 года по программе малых грантов одобрение получили восемь организаций (общий бюджет финансирования составил \$200 174 долл.США).

РАЗДЕЛ 2. Динамика эпидемиологической ситуации в Кыргызстане

2.1. Общая статистика по стране

Общие данные по количеству зарегистрированных случаев ВИЧ/СПИД в Кыргызской Республике представлены в таблице 4.1.

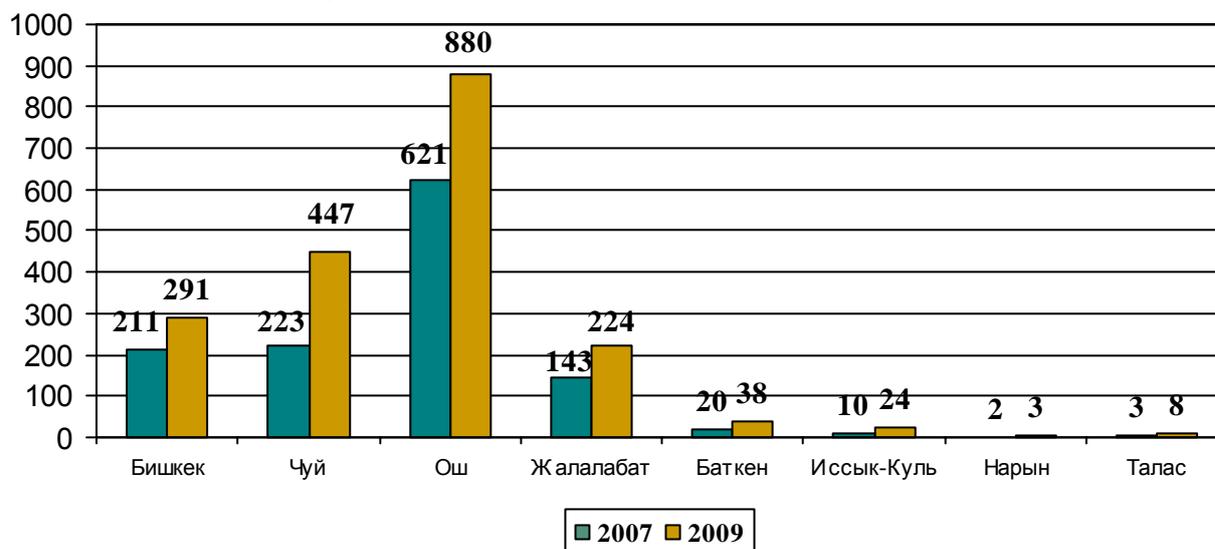
Таблица 4.1. Ситуация по ВИЧ-инфекции в КР, данные на 1.02.2009.

Годы	Количество выявленных	Гражд. Кырг. Республ.(м/ж)		Иностр. граждане и гражд. СНГ	Наркоманы (в т.ч. гражд. КР)	Заклученные
		ВИЧ-инф.	в т.ч.СПИД			
1987-2000	53	14 (11/3)	1 (0/1)	39 (36/3)	31(1)	0
2001	149	134 (123/11)	1 (1/0)	15 (12/3)	142(126)	70
2002	160	146 (134/12)	9 (8/1)	14(13/1)	126 (114)	75
2003	132	125 (107/18)	10(10/0)	7 (7/0)	113 (106)	39
2004	161	153(119/34)	14 (12/2)	8 (6/2)	126(119)	50
2005	171	165 (114/51)	20(17/3)	6(6/0)	108 (102)	39
2006	244	233(170/63)	27(22/5)	11(9/2)	168 (161)	46
2007	409	388(280/108)	26(26/0)	21(17/4)	251(237)	87
2008	552	532(354/178)	37(27/10)	20(17/3)	293(277)	127
2009	26	26(20/6)	7(6/1)		18(18)	1
ВСЕГО	2057	1916(1432/484)	152(129/23)	141(123/18)	1381(1275)	534

Источник информации: РО «СПИД»

Из 2057 официальных случаев ВИЧ-инфицирования, больных со СПИДом – 152 чел. Умерло за все эти годы 152 ВИЧ-инфицированных, в т.ч. от СПИДа – 98 чел. Основными путями передачи ВИЧ-инфекции являются: при инъекционном потреблении наркотиков – 74%, половой путь - 22% и вертикальный (от матери к ребенку) – 1% и внутрибольничное заражение, в связи со вспышкой ВИЧ-инфекции в Ошской области, увеличилось до 3%. Наибольшее число случаев ВИЧ-инфекции зарегистрировано в возрастной группе 20-35 лет (более 60%). Распределение ВИЧ-позитивных по регионам КР представлено на рис.4.1.

Рис.4.1. Количество случаев ВИЧ-инфекции по регионам КР.



Источник информации: РО «СПИД»

Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех регионах республики, но тревожная ситуация сохраняется в Ошской области, где число ВИЧ-инфицированных составляет почти половину от общего числа зарегистрированных в республике.

2.2. Распространенность ВИЧ-инфекции среди детей и беременных женщин

До июня 2007 в стране было зарегистрировано 18 ВИЧ-положительных детей, из которых у 5 детей был отмечен вертикальный путь заражения. После июня 2007 года, в связи с внутрибольничной вспышкой ВИЧ-инфекции в детских стационарах Ошской области, было проведено эпидемиологическое расследование. В целом было обследовано 10800 детей, 198 родителей, 34 донора и около 8000 медицинских работников. Из общего числа обследованных ВИЧ-инфекция дополнительно выявлена у 72 детей, 16 мам и 1 медицинского работника.

В республике зарегистрировано 71 беременностей у ВИЧ-положительных женщин, из них 58 закончились родоразрешением, 11 беременностей - медицинским абортom и 2 беременности на сегодня пролонгируют.

Раздел 3. Цели, задачи и методология исследования

3.1. Цели исследования

Целью четвертого этапа исследования «Глобальные инициативы в области ВИЧ/СПИД и их влияние на систему здравоохранения КР» было оценить влияние Глобальных инициатив в области ВИЧ/СПИД в трех отобранных регионах Кыргызстана - Бишкек/Чуйская область, Ош/Жалалабат и Иссык-кульская область - включая влияние на расширение услуг по ВИЧ/СПИД, потенциал системы здравоохранения (качество услуг, человеческие ресурсы и координацию на региональном уровне) и справедливость в доступе к услугам по ВИЧ/СПИД.

Более широкой целью исследования «Глобальные инициативы в области ВИЧ/СПИД и их влияние на систему здравоохранения КР» является предоставление достоверных данных и рекомендаций для использования при принятии решений государственными политиками и практиками, международными агентствами и неправительственными организациями в Кыргызстане.

Объектом исследования являются Глобальный Фонд по борьбе со СПИДом, Туберкулезом и Малярией (ГФСТМ) и Региональный Проект Всемирного Банка по контролю СПИД в Центральной Азии (СААР).

3.2. Задачи исследования

Исследование имеет следующие задачи:

Расширение программ по ВИЧ/СПИД

- Оценить расширение программ по ВИЧ/СПИД в трех изучаемых регионах;
- Определить факторы, способствующие и препятствующие расширению услуг;

Координация программ по ВИЧ/СПИД

- Дать описание функций и состава координационных структур по ВИЧ/СПИД на региональном уровне;
- Оценить эффективность деятельности региональных координационных структур и определить факторы, способствующие и препятствующие координации на региональном уровне;
- Изучить уровень и формы сотрудничества между организациями, предоставляющими услуги по ВИЧ/СПИД;

Человеческие ресурсы, реализующие программы по ВИЧ/СПИД

- Изучить мнения об адекватности обеспечения персоналом государственных и неправительственных организаций, реализующих гранты ГФСТМ;
- Оценить влияние ГИ на уровень обеспеченности персоналом, их нагрузки, обучения и мотивации;

Качество услуг по ВИЧ/СПИД

- Изучить мнения о качестве услуг по ВИЧ/СПИД, поддерживаемых ГИ;
- Определить аспекты качества, важные для получателей услуг;

Доступность услуг по ВИЧ/СПИД

- Сравнить уровень доступности услуг по ВИЧ/СПИД в государственных и неправительственных организациях, реализующих гранты ГИ;
- Выявить основные барьеры в доступности на уровне домохозяйства/сообщества и институциональные/программные барьеры с точки зрения пользователей услуг.

3.3. Методология исследования

Исследование 2008 года также было основано на сочетании количественных и качественных методов сбора данных. Были использованы следующие инструменты:

- Полу-структурированные интервью с заинтересованными сторонами на национальном уровне и представителями международных донорских организаций;
- Полу-структурированные интервью с местными заинтересованными сторонами, руководителями государственных и неправительственных организаций, реализующих гранты ГФСТМ и СААР;
- Полу-структурированные интервью с поставщиками услуг в области ВИЧ/СПИД (рядовые сотрудники);
- Сбор данных по деятельности организаций, включая информацию по количеству получателей услуг, персонала и бюджету;
- Полу-структурированные глубинные интервью с пользователями услуг, предоставляемых при поддержке ГФСТМ и СААР.

В инструменты исследования 2008 г. Были внесены некоторые изменения:

- В анкете для проведения интервью с поставщиками услуг больше внимания уделено предшествующему опыту работы;
- Значительно расширен вопросник по финансированию мероприятий по противодействию ВИЧ/СПИД и сбор данных осуществлялся по трем направлениям: (i) анкетирование международных организаций для определения объемов финансирования в области противодействия ВИЧ/СПИД; (ii) анкетирование отобранных для участия в исследовании НПО с целью определения структуры предоставляемых услуг в области противодействия ВИЧ/СПИД; (iii) анализ отчетов Министерства здравоохранения по государственным расходам в области противодействия ВИЧ/СПИД;
- С получателями услуг были проведены глубинные интервью с акцентом на изучения персонального опыта по получению услуг и существующих барьеров в доступе.

В исследовании 2008 года приняли участие 15 государственных, 13 неправительственных и 2 частные организации из трех регионов КР (г.Бишкек/Чуйская область, г.Ош/г. Жалалабат и Иссык-Кульская область). Общее количество и распределение организаций по регионам представлены в табл.3.1. и Приложении №1.

Таблица 3.1. Количество организаций

	Государственные организации	НПО	Всего
г. Бишкек	5	7	12
Чуйская область	2	-	2
г. Ош	4	3/1*	8
г. Жалалабат	-	1	1
Иссык-Кульская область	4	2/1**	7
Всего	15	15	30

Примечание: * Частная телерадиокомпания «Дастан ТВ»

** Частная ГСВ «Медер и ЭМБ»

Данные по количеству проведенных интервью и организаций, где проводился сбор количественных данных представлен в табл.3.2.

Таблица 3.2. Данные по количеству интервью

	Инструменты исследования	Количество интервью
1	Полу-структурированные интервью с заинтересованными сторонами на национальном уровне	17
2	Полу-структурированные интервью с заинтересованными сторонами на суб-национальном уровне (гос.орг. и НПО)	31
3	Инструмент по сбору данных о деятельности организаций	19
4	Полу-структурированные интервью с поставщиками услуг	26
5	Полу-структурированные интервью с пользователями услуг	24

В число опрошенных получателей услуг входили представители ПИН (12 чел, из них 5 получающие ЗТМ), СР (4 чел.), молодежи (5 чел.), ЛЖВ (2 чел.), мигрантов (1 чел.).

Раздел 4. Анализ финансирования мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИД в КР за 2007 год

4.1. Финансирование сектора здравоохранения в Кыргызстане

В настоящее время, в системе здравоохранения Кыргызской Республики существует три основных источника финансирования: государственное, частное и внешнее финансирование. Государственные источники – это государственный бюджет, поступления от общего налогообложения, фонд обязательного медицинского страхования, отчисления из фонда оплаты труда. Частные средства включают в себя наличные выплаты из кармана домохозяйств. Внешнее финансирование представляет собой средства, направляемые международными организациями в систему здравоохранения Кыргызской Республики.

За период с 2002 года по 2007 год общие расходы здравоохранения возросли с 1,5 до почти 3 млрд. сомов. Следует отметить, что в 2007 году к общим расходам здравоохранения по результатам проведенного исследования было добавлено дополнительно около 520 млн. сомов в виде параллельного финансирования со стороны донорских организаций. В результате, в процентном соотношении к ВВП расходы здравоохранения возросли с 5,1% до 6,4% соответственно (Табл.4.1.).

Таблица 4.1. Общие расходы здравоохранения в Кыргызстане

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Общие расходы здравоохранения (млн. сомов)						
Бюджет	1 478,1	1 528,2	1 809,0	2 147,6	2 421,0	2 966,9
ФОМС	142,1	197,4	338,2	254,5	466,9	704,5
Частные	2 254,2	2 628,2	3 090,6	3 490,7	3 921,9	4 291,6
Внешнее финансирование					252,6	1049,5
Всего	3 874,4	4 353,8	5 237,8	5 892,8	7 062,4	9 012,5
Как доля от общих расходов здравоохранения						
Бюджет	38,2%	35,1%	34,5%	36,4%	34,3%	32,9%
ФОМС	3,7%	4,5%	6,5%	4,3%	6,6%	7,8%
Частные	58,2%	60,4%	59,0%	59,2%	55,5%	47,6%
Внешнее совместное фин-е					3,6%	11,7%
Всего	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Как доля ВВП						
Бюджет	2,0%	1,8%	1,9%	2,1%	2,1%	2,1%
ФОМС	0,2%	0,2%	0,4%	0,3%	0,4%	0,5%
Частные	3,0%	3,1%	3,3%	3,5%	3,5%	3,1%
Внешнее совместное фин-е					0,2%	0,8%
Всего	5,1%	5,2%	5,6%	5,9%	6,2%	6,4%

Источник информации: 1) МФ – исполнение гос.бюджета за 2002-2007 гг.; 2) ФОМС – Национальные счета здравоохранения за период 2004, 2006, 2007

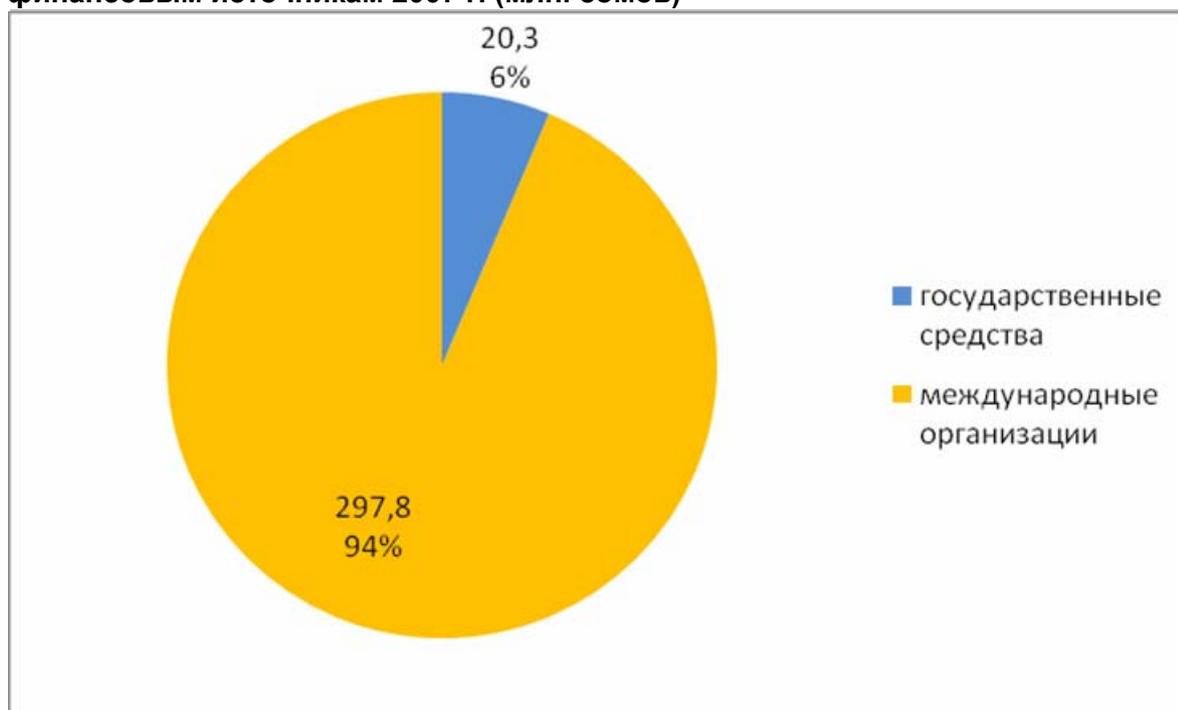
При этом, в 2007 году государственное финансирование (включая средства ФОМС) составили 2,6% к ВВП относительно 2,1% в 2000 году, частные средства возросли с 2,3% до 3,1%, что касается внешнего финансирования, то оно составило 0,8% к ВВП. К положительным моментам нужно отнести то, что частные расходы, несмотря на стабильное увеличение номинального показателя за весь рассматриваемый период, в процентном отношении в 2007 году снизились относительно предыдущего года (3,1% к ВВП относительно 3,5% к ВВП). В пересчете на душу населения, общие расходы здравоохранения увеличились с 780 сомов в 2002 году до 1760 сомов в 2007 году.

Данная положительная тенденция подтверждается и при анализе доли государственных расходов на здравоохранение в общих расходах государственного бюджета. Так, несмотря на то, что в 2003 году было отмечено снижение данного показателя до 8,8% относительно 9,3% в 2002 году, к 2007 году тенденция кардинально изменилась и доля государственных расходов на здравоохранение составила 11,1% относительно всех расходов государственного бюджета.

4.2. Структура общих расходов на мероприятия по борьбе с ВИЧ/СПИД в разрезе источников финансирования

В Кыргызской Республике финансирование мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИД осуществляется за счет поступления средств из двух источников: государственного бюджета и средств международных организаций. В 2007 году, общий объем средств на услуги, связанные с ВИЧ/СПИДом составил 318 млн. сомов, что составило 3,5% от общих государственных расходов на здравоохранение. При этом, большая часть средств была получена в виде внешней помощи – 297,8 млн. сомов или более 28% от всех средств, направленных международными организациями в сектор здравоохранения Кыргызской Республики. Объем финансирования со стороны государства осуществлялся из средств республиканского бюджета и составил 20,3 млн. сомов или около 0,7% от государственных расходов на сектор здравоохранения (Рис.4.1.).

Рисунок 4.1. Общие расходы на мероприятия по борьбе с ВИЧ/СПИД по финансовым источникам 2007 г. (млн. сомов)



Источник информации: Национальные счета здравоохранения, 2007г.; Обзор расходов международных донорских организаций (данные представлены WHO, DfID, СААР/WB, CDC, ГФСТМ, UNFPA, UNICEF, USAID)

Основным донором, финансирующим мероприятия по борьбе с ВИЧ/СПИД является Глобальный Фонд борьбы со СПИДом, ТБ и малярией, выделивший в 2007 году более 147 млн. сомов, что составило около 50% всех средств, поступивших в виде внешней помощи.

В целом, структура расходов на мероприятия по борьбе с ВИЧ/СПИД по источникам финансирования значительно отличается от структуры общих расходов на здравоохранение. Так, если в общих расходах на здравоохранение преобладают частные средства, которые в 2007 году составили около половины общего объема финансирования (47,6%), то в случае с финансированием мероприятия по борьбе с ВИЧ/СПИД значительную роль играют донорские организации. В то же время, данные о частных расходах отсутствуют, но исходя из специфики данной сферы, можно предположить, что наличные выплаты населения не могут представлять большую величину.

Сложившаяся структура расходов в области противодействий ВИЧ/СПИД в Кыргызстане показывает, что ситуация с финансированием в данном направлении здравоохранения потенциально неустойчива и в высокой степени зависима от внешнего финансирования. В случае, если международные организации примут решение о значительном снижении своего участия в финансировании программ в данной сфере, государству будет практически невозможно восполнить возможные финансовые разрывы и сохранить имеющийся уровень финансирования.

4.3. Государственное финансирование службы по борьбе с ВИЧ/СПИД

Государственное финансирование мероприятия по борьбе с ВИЧ/СПИД осуществляется через Министерство здравоохранения и направлены по большей части на поддержание инфраструктуры государственных организаций системы здравоохранения в Кыргызстане, работающим в области противодействия ВИЧ/СПИД. В основном, это касается Республиканского Объединения «СПИД» и сети областных центров «СПИД».

Таблица 4.2. Распределение государственных расходов на мероприятия по борьбе с ВИЧ/СПИД по статьям расходов, 2007г.

Статьи расходов	Тыс. сом.	% от гос. расходов на ВИЧ/СПИД
Текущие расходы	20 110,5	99,3%
Расходы, связанные с персоналом	12 129,8	59,9%
<i>Заработная плата</i>	9 792,6	48,3%
<i>Отчисления в Социальный Фонд</i>	1 997,2	9,9%
<i>Командировочные расходы</i>	340,1	1,7%
Использование товаров и услуг	7 980,7	39,4%
Приобретения предметов и материалов для текущих хозяйственных целей	4 675,7	23,1%
<i>Расходы на питание</i>	42,5	0,2%
<i>Расходы на приобретение медикаментов и перевязочных средств</i>	4 633,1	22,9%
Услуги	3 305,0	16,3%
Коммунальные услуги	218,2	1,1%
<i>Арендная плата</i>	6,0	0,03%
<i>Транспортные услуги</i>	755,7	3,7%
Приобретение прочих услуг	2325,1	11,5%
Общие капитальные вложения	144,9	0,7%
ВСЕГО	20 255,4	100%

Источник информации: МЗ КР, РО СПИД

Основная часть расходов приходится на «Текущие расходы», что составляет более 99% от общих расходов организаций, работающих в области противодействия ВИЧ/СПИД. Текущие расходы были сгруппированы по таким основным категориям как «Расходы, связанные с персоналом» и «Приобретения и услуги», которые составили 60% и 39% соответственно. Самый высокий процент затрат идет на покрытие фиксированных расходов - персонал (48%), а также медикаменты и перевязочные средства (23%) (Табл.4.2.).

Что касается «Общих капитальных вложений», то их сумма составила всего 145 тыс. сомов или 0,7% от общих расходов на службу по борьбе с ВИЧ/СПИД.

4.4. Финансирование международными организациями мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИД

В Кыргызстане большая часть средств в области противодействия ВИЧ/СПИД представлена международными организациями (94% от всех средств, направленных в данную область). При этом около половины всех средств приходится на Глобальный Фонд борьбы со СПИДом, ТБ и малярией (Табл.4.3.).

Таблица 4.3. Распределение расходов международных организаций на мероприятия по борьбе с ВИЧ/СПИД, 2007

Финансирующие Организации	Млн. сомов	в %
Глобальный Фонд	147,6	49,6%
Другие доноры	150,2	50,4%
ВСЕГО	297,8	100%

Источник информации: Обзор расходов международных донорских организаций (данные представлены WHO, DfID, CAAP/WB, CDC, ГФСТМ, UNFPA, UNICEF, USAID)

Кыргызстан получил Грант второго раунда Глобального Фонда на ВИЧ/СПИД под названием “Разработка профилактических программ по ВИЧ/СПИДу, туберкулезу и малярии, нацеленных на снижение социальных и экономических последствий его распространения”. Грант был согласован в августе 2003 года, а датой начала стал март 2004 года. Общая утвержденная сумма составила 17 073,3 тыс. долларов США, Основным Получателем гранта является Национальный Центр «СПИД» при Правительстве Республики Кыргызстан и его реализующий отдел – Основной Реализующий Отдел (ОРО). Суб-получателями (НПО и государственные органы) получены средства на реализацию стратегий, разработанных ОРО в соответствии с Национальной Стратегией Кыргызстана по борьбе с ВИЧ/СПИДом.

Пять стратегий Гранта второго раунда Глобального Фонда по осуществлению услуг/мероприятий по ВИЧ/СПИДу включают следующее:

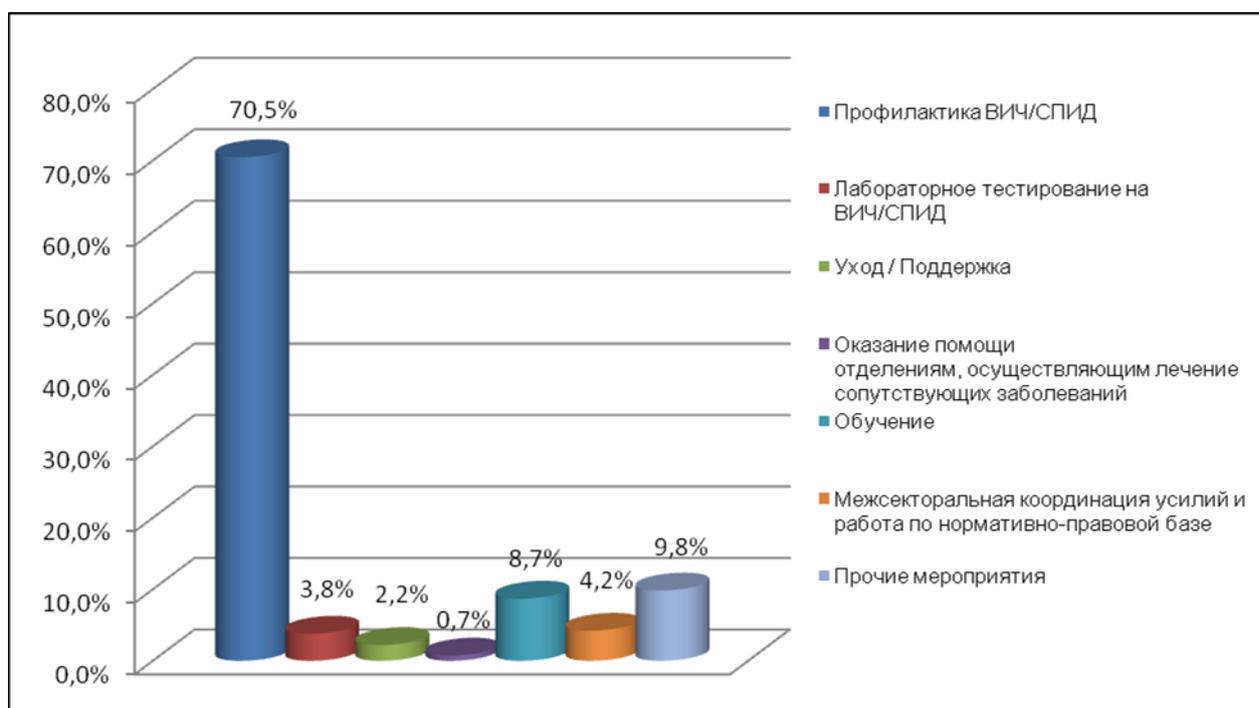
- Укрепление политической и правовой поддержки для программ по профилактике СПИДа на основе межсекторального подхода;
- Снижение уязвимости молодых людей;
- Приостановление ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения;
- Обеспечение безопасности донорской крови;
- Предоставление медицинской и социальной поддержки людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, и подверженным их влиянию.

Большая часть средств в 2007 году была использована на поддержку двух стратегий: “Приостановление ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения” и “Снижение

уязвимости молодых людей”, 60,1% и 23,3% от общих затрат в 2007 году соответственно. Большое внимание уделяется вмешательствам для ИПН, заключенных, работников секса и молодых людей. На самом деле, фокус сделан на профилактических вмешательствах среди групп высокого риска, таких как распределение презервативов и шприцев/игл, а также обучение медицинских работников.

Если рассматривать расходы Глобального Фонда в разрезе направлений по борьбе с ВИЧ/СПИД, то средства были использованы в первую очередь на *Профилактику ВИЧ/СПИД* (70%). Следующими значимыми направлениями финансирования со стороны Глобального Фонда стали *Обучение* (около 9%), а также *Прочие мероприятия* (около 10%) (Рис.4.2.).

Рисунок 4.2. Расходы Глобального Фонда в разрезе направлений по борьбе с ВИЧ/СПИД, 2007 г.



Источник информации: ГФСТМ, ОРО, рабочий план на 4й год

В 2007 году Глобальным Фондом было предоставлено грантовой поддержки суб-реципиентов, большинство которых являлись НПО, на сумму почти в 49 млн. сомов, что составляет треть всего бюджета. Однако, наибольшие расходы были произведены на закупку товаров/изделий/лекарств – 70,7 млн. сомов или же почти 48% от общих расходов. Оставшиеся средства были использованы на развитие политической и социальной поддержки в Кыргызстане, на мониторинг и оценку текущих мероприятий в рамках сектора ВИЧ/СПИД, на развитие и организацию лабораторий, на обучение специалистов, контроль и координацию общих мероприятий суб-реципиентов и их поддержку (Табл.4.4.).

Таблица 4.4. Распределение расходов Глобального Фонда на мероприятия по борьбе с ВИЧ/СПИД по статьям расходов, 2007г.

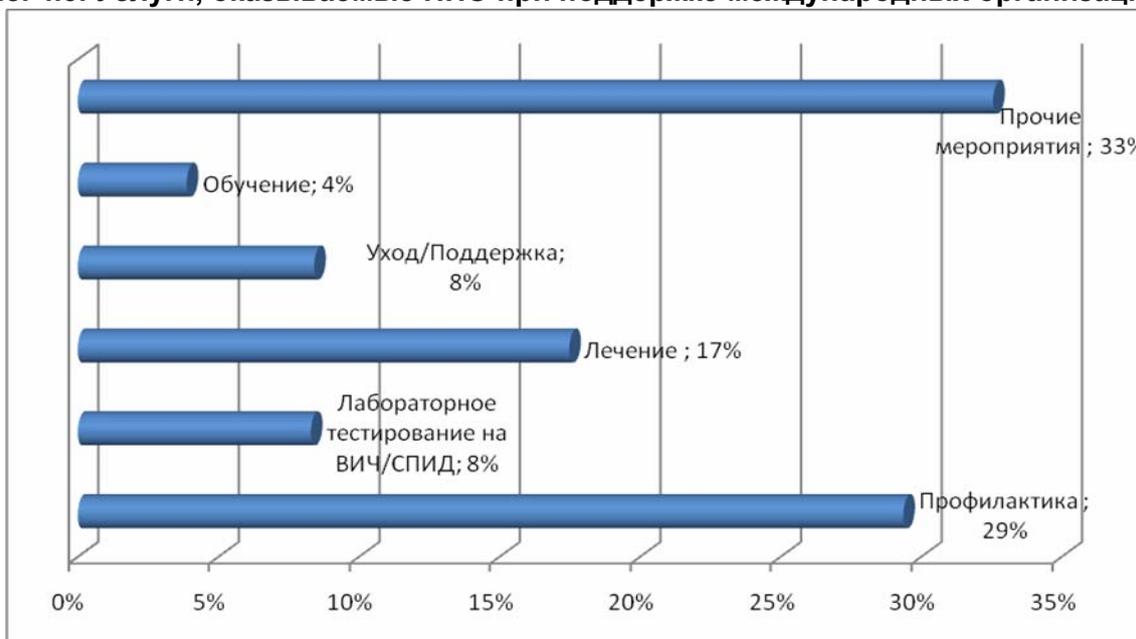
Статьи расходов	Тыс. сом.	%
Расходы суб-реципиентов, консультанты и т.д.	48 946,3	33,2%
Инфраструктура/оборудование	6 063,0	4,1%
Подготовка кадров/планирование	9 194,5	6,2%
Товары/изделия/лекарства	70 691,9	47,9%
Мониторинг и оценка	4 803,7	3,3%
Административные расходы	2 424,5	1,6%
Публикации	5 487,8	3,7%
ВСЕГО	147 611,7	100%

Источник информации: ГФСТМ, ОРО, рабочий план на 4й год

Следует отметить, что поддержкой НПО в области противодействия ВИЧ/СПИД помимо Глобального Фонда занимаются и другие доноры. Однако, данные полученные в ходе выборочного опроса ряда НПО показали, что порядка 2/3 финансовых средств в виде грантовой поддержки было получено от Глобального Фонда.

Что касается услуг, которые представляются НПО в области противодействия ВИЧ/СПИД, то они в первую очередь сосредоточены на мероприятиях по профилактике (29%). В данную категорию услуг входят подготовка и распространение информационно-обучающих материалов для различных категорий населения (включая уязвимые группы), деятельность, основанная на работе работников „аутрич”, распространение презервативов, обмен шприцев, ЗМТ и др. Что касается категории *Лечение* (17%), то здесь идет речь о распространении медикаментов, не относящимся к АРВ-терапии. Наибольшая доля средств пришлась на категорию *Прочие мероприятия* (33%), в которую были включены расходы НПО, которые было трудно классифицировать, а также расходы на содержание офиса (Рис.4.3.).

Рис. 4.3. Услуги, оказываемые НПО при поддержке международных организаций



Источник информации: Данные по отобранным организациям, принявшим участие в исследовании

4.5. Заключение

- Проведенный анализ показывает, что финансирование мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИД производится из двух источников: государственный бюджет – 20,3 млн. сомов (6% от общих затрат на ВИЧ/СПИД) и внешней помощи – 298 млн. сомов (94% от общих расходов на ВИЧ/СПИД), что составило 318 млн. сомов или 3,5% от общего финансирования сектора здравоохранения. В целом, в 2007 году на мероприятия по борьбе с ВИЧ/СПИД было направлено 0,7% средств от общего государственного финансирования сектора здравоохранения и более 28% от всех средств, предоставленных международными организациями на здравоохранения КР. Эти цифры отражают крайнюю неустойчивость финансирования мероприятий по противодействию ВИЧ/СПИД, так как в случае резкого сокращения объемов финансирования со стороны международных организаций, государству будет достаточно сложно покрыть потенциальный финансовый разрыв.
- Около половины всех средств международных организаций приходится на Глобальный Фонд борьбы с СПИДом, ТБ и малярией – 147,6 млн. сомов. При этом, порядка 70% расходов составляет финансирование мероприятия по профилактике ВИЧ/СПИД, на обучение было направлено около 9% средств Глобального Фонда.
- Треть средств Глобального Фонда было направлено на финансирование деятельности различных НПО в сфере противодействия ВИЧ/СПИД. Из этих средств 29% направлено на профилактику, 17% на лечение. Наибольшие расходы приходятся на прочие мероприятия, которые включают в себя расходы, которые не удалось классифицировать, а также расходы на содержание офисов.

4.6. Рекомендации

Рекомендация #1. Основной рекомендацией является то, что необходимо увеличить долю государственных расходов на службу ВИЧ/СПИД, так как соотношение государственного и внешнего финансирования показывает нестабильность системы. В случае, если международными организациями будет принято решение о сокращении объемов внешней помощи и тогда государство должно будет заменить эти средства своими.

Раздел 5. Расширение услуг в области ВИЧ/СПИД на национальном и суб-национальном уровнях

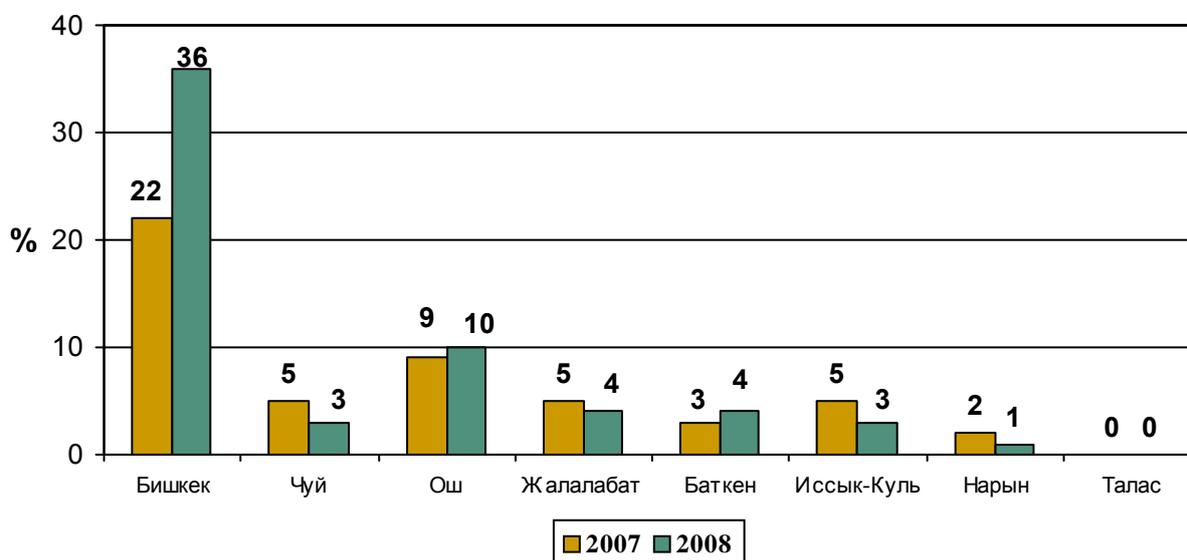
В данном разделе рассматриваются изменения, произошедшие в предоставлении услуг по ВИЧ/СПИД в динамике (октябрь 2007 - декабрь 2008 года).

5.1. Информация об организациях, реализующих гранты ГФСТМ и СААР

ГФСТМ

На конец 2008 года общее количество суб-реципиентов гранта ГФСТМ по компоненту «СПИД» составляло 61 организация. Из них 68,8% приходилось на долю неправительственных организаций, 19,7% - государственных организаций и 11,5% - средства массовой информации (табл.5.1.). Ниже представлена информация по их распределению по регионам КР (Рис.5.1.).

Рис. 5.1. Количество организаций, реализующих гранты ГФСТМ по регионам, данные на конец 2007 и 2008 гг. , %



Источник информации: РО «СПИД», ОРО

Из выше приведенных данных видно, что в 2008 году наряду с увеличением общего количества организаций, получающих гранты ГФСТМ (2007 – 51, 2008 – 61), усилилась неравномерность их распределения по регионам. Наибольший рост количества суб-реципиентов гранта ГФСТМ отмечается в г.Бишкек.

Направления деятельности суб-реципиентов ГФСТМ представлены в таблице 5.2. По-прежнему, основная часть организаций (50,8%) ориентирована на проведение профилактических мероприятий среди молодежи. Особенностью 2008 года является резкое увеличение организаций, непосредственно работающих с ЛЖВС (с 2 до 8 организаций), что отчасти связано со вспышкой ВИЧ-инфекции среди детей в Ошской области.

Таблица 5.1. Направления деятельности организаций, реализующих гранты ГФСТМ

№	Целевые группы	Количество организаций, 2007		Количество организаций, 2008	
		абс.ц.	%	абс.ц.	%
1	Молодежь	28	54,9	31	50,8
2	ПИН	8	15,6	8	13,1
3	ЛЖВС	2	3,9	8	13,1
4	Военнослужащие	2	3,9	-	-
5	Заклученные	2	3,9	2	3,3
6	СР, ПИН	2	3,9	4	6,6
7	СР, ПИН , МСМ	2	3,9	2	3,3
8	ПИН, ЛЖВС, СР, МСМ	1	2,0	-	-
9	ИППП, СР, ПИН	1	2,0	-	-
10	ПИН, ИППП	2	4,0	-	-
11	Молодежь, СР	1	2,0	-	-
12	СР	-	-	3	5,0
13	МСМ	-	-	1	1,6
14	ДЭН	-	-	1	1,6
15	Кровь	-	-	1	1,6
	Всего	51	100	61	100

Источник информации: ОРО ГФСТМ

СААР

С начала своей деятельности СААР провел три грантовых раунда. Общая сумма средств, выделенных на первый раунд, составила более 60 тыс. долл.США, на второй - 138 310 долл.США, на третий - \$200 174 долл.США. Количество организаций по направлениям деятельности представлено в таблице 5.2. По своему юридическому статусу в основном это общественные организации, реализующие свою деятельность в городах Бишкек и Ош, Ошской и Баткенской областях. Распределение суб-реципиентов по регионам и направлениям деятельности представлено ниже (табл.5.2. и 5.3.).

Таблица 5.2. Распределение суб-реципиентов СААР по регионам

Регион	Раунд 1	Раунд 2	Раунд 3
г. Бишкек	1	3	4
Чуйская	3	-	-
Ошская	2	3	3
Жалалабатская	1	-	-
Баткенская	2	-	1
Иссык-Кульская	-	-	-
Нарынская	-	-	-
Таласская	-	-	-
Всего	9	6	8

Источник информации: <http://www.caap.info>

Таблица 5.3. Направления деятельности суб-реципиентов СААР

№	Целевые группы	Раунд 1	Раунд 2	Раунд 3
1	Молодежь	4	-	1
2	Общее население	2	-	1
3	Медицинские работники	1	2	1
4	Мигранты	2	-	-
5	ПИН	-	1	1
6	ПИН,СР,МСМ, заключенные	-	1	1
7	Социальная поддержка ЛЖВС	-	2	1
8	Борьба со стигмой и дискриминацией/ способствование толерантному отношению к ЛЖВС	-	-	1
9	Мобилизация и укрепление потенциала НПО	-	-	1
	Всего	9	6	8

Источник информации: <http://www.caap.info>

5.2. Общая информация по количеству клиентов и визитов в отобранных организациях

В исследовании 2008 года при сборе количественных данных в отобранных организациях отдельно учитывалось количество клиентов и количество визитов клиентов. Общее количество клиентов по годам представлена в табл.5.4.

Таблица 5.4. Общее количество клиентов по годам, чел.

	2004 n-11	2005 n-15	2006 n-17	2007 n-17
Кол-во клиентов, получивших услуги	8 460	17 163	25 097	30 450

Источник информации: *данные по деятельности 11 из 19 отобранных организаций;

При этом, по данным 2007 года, среди общего количества клиентов, использующих услуги в отобранных организациях, подавляющее большинство составили мужчины - 22077 чел. (72,5%), количество женщин - 8373 чел. (27,5%). Что касается такого показателя, как количество визитов клиентов, то они оказались доступны только в государственных организациях. Данные по четырем организациям показывают ежегодное увеличение общего количества визитов (табл.5.5.).

Таблица 5.4. Общее количество визитов по годам, n – 4

Государственные организации	2004	2005	2006	2007
РО СПИД	74046	80329	80562	79515
Чуйский СПИД центр	3881	4828	6635	9904
Иссык-Кульский СПИД центр	10987	12167	11912	17812
РЦН	3530	3922	3918	4179
Всего	92444	101246	103027	111410

Источник информации: *данные по деятельности 4 отобранных организаций;

Среднее количество визитов на одного клиента в разных организациях варьирует от 1,4 до 4,6 раз.

5.3. Расширение отдельных видов услуг по ВИЧ/СПИД

5.3.1. Предоставление дружественных дермато-венерологических услуг

В 1998 году в г.Бишкеке стартовала программа, имеющая целью ограничение распространение ВИЧ/СПИДа среди СР, в рамках которой и была открыта первая дружеская дермато-венерологическая клиника. До начала реализации гранта ГФСТМ число организаций, оказывающих дружественные дермато-венерологические услуги не превышало пяти. Начиная с 2004 года, при поддержке ГФСТМ, в этом направлении произошло значительное расширение: отмечалось территориальное расширение, увеличение количества провайдеров услуг, расширение целевых групп и рост числа клиентов.

К 2007 году насчитывалось 7 организаций, оказывающих дермато-венерологические услуги на дружественной основе для ключевого населения. В 2008 году число таких организаций составило 9. В рамках проекта ГФСТМ финансируются организации, которые оказывают бесплатные услуги по диагностике и лечению ИППП для секс-работников, их клиентов, сельского населения, молодежи, военнослужащих¹. Ежегодно расширяется географический охват этими услугами. В 2007 году несколько НПО (в Ошской, Жалалабатской, Иссык-Кульской областях) открыли филиалы в соседних селах/районах или начали практиковать выездную аутрич-работу, что позволяет обеспечить более широкий доступ к услугам.

«Это четвертый наш проект (финансируемый ГФСТМ), мы его немного доработали, и теперь у нас идет расширение на Тонский, Иссык-Кульский, Кочкорский район» (фрагмент интервью, НПО)

Но темпы роста численности клиентов в различных организациях в течение последнего периода были неодинаковы. Так, организации, оказывающие услуги не-ключевому населению, продолжают декларировать прирост числа клиентов. Но охват секс-работников в 2007 году оказался меньшим, чем в 2006 г. (Таблица 5.5.). Из организаций, проводивших бесплатную диагностику и лечение ИППП для СР и включенных в выборку, в обозначенный период (с середины 2007 года по середину 2008 года) одна прекратила свою деятельность, а у другой количество охваченных клиентов снизилось почти на 800 человек. У оставшихся организаций число клиентов осталось на уровне 2007 года.

Таблица 5.5. Динамика численности клиентов в организациях, предоставляющих дружественные дермато-венерологические услуги, 2004-2007 г.г.

Целевая группа	2004	2005	2006	2007
Молодежь (n=1)	нет данных	нет данных	541**	754**
Сельское население (n=1)	нет данных	488**	685**	1053**
СР (n=4)	2491*	2549*	2626*	2610**

Примечание: * Данные по деятельности отобранных организаций, 2007 г.

** Данные по деятельности отобранных организаций, 2008 г.

¹Нет возможности указать точное число организаций, оказывающих дружественные дермато-венерологические услуги, финансирующиеся ГФСТМ. Это связано с тем, что (1) в 2008 г. ГФ не предоставил подробной информации о финансирующихся проектах, (2) формат публикуемой для широких кругов информации обозначает лишь число проектов, работающих для определенных целевых групп, но не включает виды услуг.

Основной причиной произошедшего сокращения в период с 2007 по 2008 годы являются существенные перерывы в финансировании ГФСТМ. Большинство организаций, оказывающих услуги по диагностике и лечению ИППП для СР, были ориентированы только на этот источник финансирования. Оказавшись в условиях длительного отсутствия финансовых средств, такие организации полностью прекращали свою деятельность, а с началом финансирования вновь начинали набор персонала и клиентов. Более устойчивыми оказались организации, которые наряду с реализацией гранта ГФ, имели другие источники финансирования (СААР, CARHAP, платные услуги). Организациям на этот период удалось сохранить часть клиентов, предлагая им другие услуги и осуществляя перенаправления.

«Если будет поддержка проекта, тогда этот кабинет (дружественных услуг) будет открыт, а если не будет поддержки, то любая частная клиника будет уже искать более выгодные условия для себя... Но мы все равно своих пациентов (клиентов дружественных услуг) оставим, может хоть на 50% ... Придумаем что-нибудь, чтобы они не ушли...». (Фрагмент интервью, частная организация)

5.3.2. Услуги пунктов по обмену шприцев (ПОШ)

С началом реализации гранта ГФСТМ в КР, программа обмена шприцев значительно расширилась. Расширение происходит в географическом разрезе, в численности организаций, оказывающих услуги обмена шприцев, и в увеличении числа клиентов.

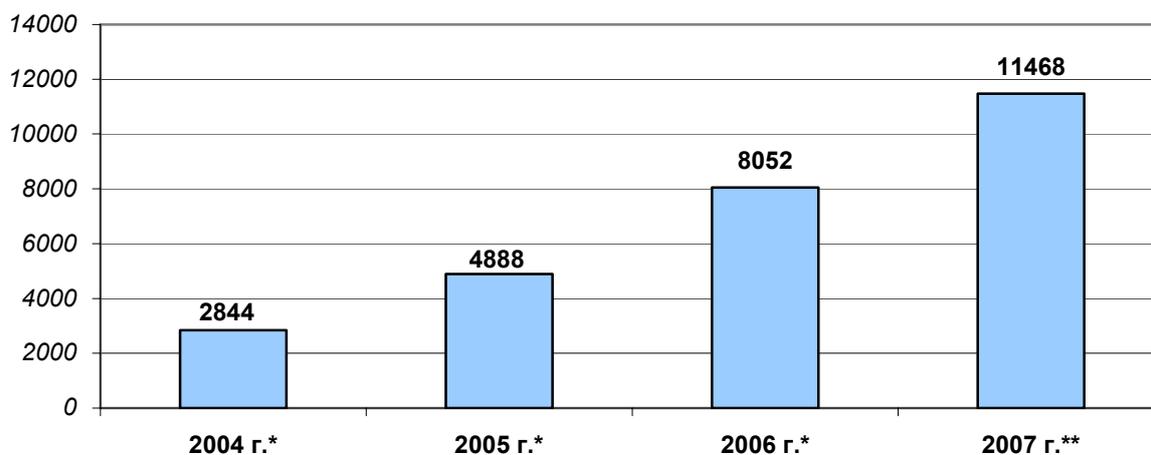
До 2005 года обмен шприцев осуществлялся несколькими организациями только в трех городах республики. К середине 2008 года программа реализовывалась более чем в 10 крупных и малых городах, аутич-работа так же велась в близлежащих сельских населенных пунктах. В целом, программа обмена шприцев реализуется во всех областях страны, отличающихся высокой концентрацией инъекционных наркопотребителей: г.Бишкек, Чуйской, Ошской, Жалалабадской и Баткенской областях.

Число организаций, оказывающих такие услуги, так же значительно увеличилось. В середине 2007 года по данным, предоставленным ОРП ГФСТМ, число организаций, работающих с непосредственно ПИН, составляло 8, кроме того еще 7 организаций охватывали ПИН наряду с другими группами (МСМ, СР). В 2008 году общее количество организаций-субреципиентов ГФСТМ, работающих с ПИН осталось прежним². Значительно увеличилась роль государственных организаций в предоставлении этих услуг. На момент проведения исследования в 2008 году, при ЦСМ в г.Бишкек работало 4 пункта по обмену шприцев, и планировалось запустить еще 4 пункта в ЦСМ и два – в инфекционных больницах г.Бишкек. Кроме того, ОРП ГФСТМ предоставляет шприцы и другой инструментарий, организациям – субгрантерам CARHAP, которые осуществляют свою деятельность в сельской местности и малых городах.

Количество получателей услуг так же неизменно растет. Только за период с 2006 по 2007 год число получателей услуг увеличилось более чем на 3000 (Рис.5.2.).

² Для анализа были использованные данные, представленные в презентации специалиста по МиО ОРП ГФСТМ. Официальные данные от ОРП ГФСТМ в 2008 году получены не были.

Рис.5.2. Динамика численности клиентов в организациях, оказывающих услуги ПИН



Примечание: * Данные по деятельности отобранных организаций, 2007 г.
** Данные по деятельности отобранных организаций, 2008 г.

Отдельно следует отметить, что в последние годы обмен шприцев в тюрьмах так же значительно увеличился. В середине 2008 года, в Кыргызстане действовало 13 пунктов обмена шприцев (ПОШ) в местах заключения, с охватом почти каждой тюрьмы в стране, с количеством клиентов - 4,763. Кроме того, чтобы обеспечить преемственность использования услуг по обмену шприцев как новыми заключенными, так и освобожденными из мест заключения, в 2007 году ВОЗ и ГФСТМ поддержали внедрение программы по обмену шприцев в СИЗО и в тюрьме открытого типа.

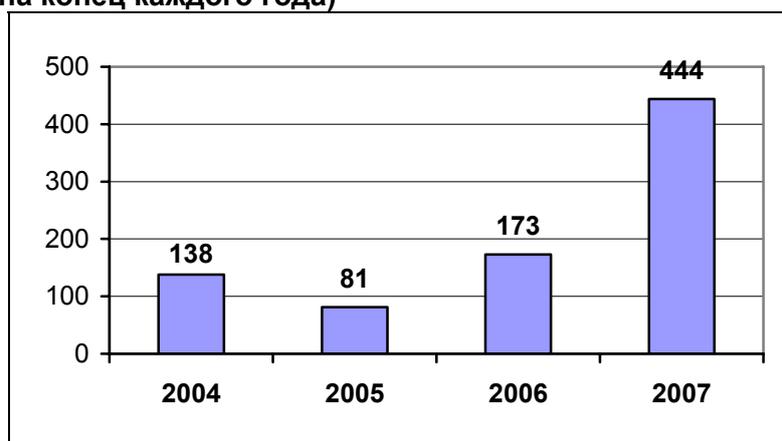
5.3.3. Программа по заместительной терапии метадонном (ЗТМ)

Программа заместительной терапии метадонном (ЗТМ) реализуется в Кыргызстане с 2002 года. Программа была инициирована при поддержке Фонда «Сорос-Кыргызстан» и ПРООН. В 2005 году финансирование программы стало осуществляться из средств гранта ГФСТМ. С начала реализации программы по 2007 год заместительная метадонная терапия проводилась в двух учреждениях: в Республиканском и Ошском центрах наркологии.

В 2007 году, услуги по ЗТМ в Кыргызстане значительно расширились в плане географии, финансирования, числа клиентов, с возрастающим участием государственных учреждений.

Начиная с середины 2007 года было открыто 7 новых пункта ЗТМ: 3 новых пункта в Бишкеке, 3 пункта в малых городах Чуйской области (близлежащих к городу Бишкек), 1 новый пункт в городе Ош. В связи с географическим расширением значительно увеличилось число получателей услуг, на конец 2007 года оно составляло 444 человека (Рис.5.2.).

Рис. 5.2. Число реципиентов заместительной терапии метадонем в Кыргызстане (численность на конец каждого года)



Источник информации: Республиканский Центр Наркологии

Новой инициативе была придана большая значимость. Правительство Кыргызской Республики признало необходимость проведения заместительной терапии в тюрьмах. При поддержке ВОЗ и ГФСТМ, в 2007 году пилотная программа ЗТМ началась в одной тюрьме города Бишкек и 2 следственных изоляторах в городах Бишкек и Ош. Проведение ЗМТ в местах заключения основывается на обеспечении преемственности, и программа предназначена, прежде всего, для тех, кто, уже являясь получателем метадона, попадает в СИЗО или тюрьму.

Среди факторов, способствующих расширению программы, можно выделить следующие:

- **Улучшение физического доступа услуг для потенциальных клиентов.** Результаты исследования 2007 года показали, что одним из сдерживающих факторов для участия в ЗМТ было отсутствие пунктов раздачи метадона в населенных пунктах с высокой концентрацией ПИН. Открытие новых пунктов в Чуйской области и г.Ош решили эту проблему;
- **Увеличение численности персонала, осуществляющего работу с получателями метадона.** С привлечением в программу большего числа специалистов, в т.ч. и социальных работников, позволило улучшить качество работы с клиентами. Постепенно ЗМТ трансформируется из простой процедуры приема метадона в комплексный подход, что повышает привлекательность этой услуги для клиентов;
- **Наличие постоянного финансирования и бесперебойные поставки метадона,** что стало возможным с началом деятельности ГФСТМ в КР.

В то же время, следует признать, что среди клиентов программы по-прежнему отмечается большая текучесть. Так, в 2007 году ЗМТ стали получать 302 новых клиента, а покинули программу 158 человек. Причем, «прерывание» терапии чаще происходит по инициативе самих получателей. Такая ситуация обусловлена несколькими факторами:

- **Мобильность получателей услуг:** трудовая миграция и криминализация среди получателей услуг. В южных областях КР с наступлением весны многие мужчины отправляются на заработки в Казахстан и РФ. Небольшая часть клиентов остается криминализированной и попадает в места заключения.
- **Неверные ожидания, связанные с ЗМТ:** длительность пребывания в программе, побочные эффекты.

На момент подготовки данного отчета (в конце 2008 года), вокруг метадоновой терапии в КР развернулась дискуссия, которая серьезным образом сказалась на дальнейшем расширении программы. В СМИ, а затем и в политических кругах был поднят вопрос о целесообразности, эффективности и этического компонента программы. Ответ со стороны гражданского сектора, представляющего интересы ИПН, был слабым и недостаточно аргументированным³. В результате принято решение о приостановке расширения программы. Для сбора доказательств об эффективности ЗМТ в КР было инициировано проведение исследования и до получения его результатов расширение программы остается «под вопросом».

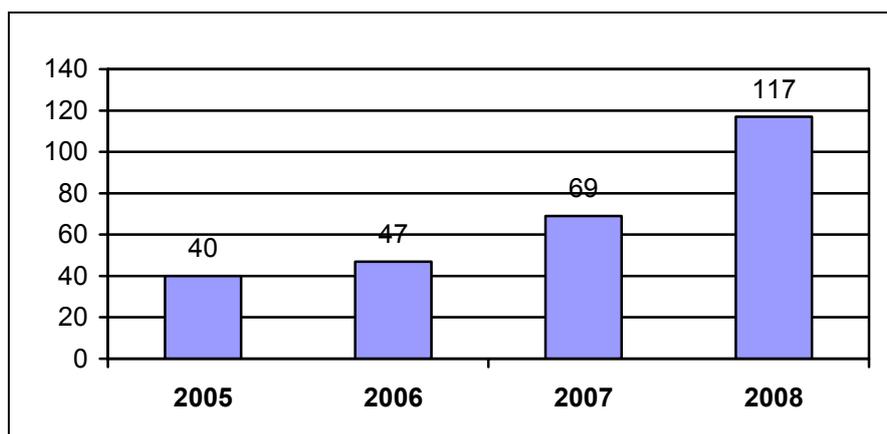
5.3.4. Антиретровирусная терапия

Предоставление АРВ терапии было начато в 2005 году при поддержке ГФСТМ. Поставка АРВ препаратов в страну осуществляется централизованно, посредством объявления тендеров. Обычно тендерная комиссия имеет в своем составе представителей МЗ КР, заинтересованных международных организаций, а также ЛЖВС. До 2008 года закупка препаратов, ввиду малого количества пациентов, проводилась один раз в год. Ситуация изменилась после возникновения внутрибольничной вспышки ВИЧ-инфекции, когда потребность в АРВ препаратах резко возросла. По признанию одного из респондентов, имеются трудности при планировании и прогнозировании потребности в АРВ препаратах. В связи с этим для сотрудников Центров СПИД была организована серия семинаров по данной теме.

В 2008 году было принято решение проводить закупку АРВ препаратов 2 раза в год. По данным РО СПИД, на 1 сентября 2008 года в республике имелось 13 наименований АРВ препаратов для взрослых, включая 3 вида сиропов для детей. Применяется несколько схем АРВ терапии, где стоимость курса лечения на одного пациента в год варьирует от 1,5 до 3 тыс. долл. США.

Число пациентов, получающих АРВ – терапию ежегодно растет (рис.5.2.).

Рисунок 5.2. Число получателей АРВ терапии в Кыргызстане



Источник информации: Республиканский Центр «СПИД»

По данным на сентябрь 2008 года из 187 человек, которым была показана АРВ терапия, на лечении находились 117 человек, из них 84 взрослых и 33 ребенка. 63 пациента отказались от приема препаратов, из них 35 умерли.

³ Публикации, отражающие точки зрения разных сторон, были размещены на сайте www.volvox.in.kg/pro

Решение о назначении АРВ терапии принимается коллегиально на консилиуме. Имеется два национальных консультанта (в городах Бишкек и Ош), которые проводят консультирование пациентов и при необходимости коррекцию лечения. АРВ терапия проводится согласно клинических протоколов по лечению ВИЧ/СПИД, которые в 2008 году при технической поддержке ВОЗ были пересмотрены. Для внедрения АРВ терапии обучено более 800 медицинских работников по новым клиническим протоколам «Лечение ВИЧ-инфекции антиретровирусными препаратами».

Определенную проблему при проведении АРВ терапии представляет низкая приверженность к лечению со стороны пациентов. Это объясняется несколькими факторами: (1) подавляющая часть взрослых пациентов являются представителями ПИН, для них характерны срывы и недисциплинированное отношение к приему лекарств; (2) несмотря на прилагаемые усилия, информированность по вопросам ВИЧ/СПИД и его лечения остается низкой, многие пациенты не понимают и не придают значения регулярности приема препаратов; (3) недостаточная квалификация медицинского персонала («...медицинские работники не знают как обращаться с ВИЧ-пациентами, как беседовать...»). В Ошской области, при участии международных консультантов и технической поддержке ЮНИСЕФ были проведены семинары по выработке приверженности.

Регулярное наблюдение за пациентами, находящимися на АРВ терапии, возложено на врачей ПМСП. Однако, низкая обеспеченность кадрами, особенно в регионах, а также высокая загруженность врачей ГСВ, создает определенные трудности в предоставлении данных услуг.

Имеются нерешенные вопросы по предоставлению услуг больным со смешанной формой инфекции ВИЧ/туберкулез: слабая преемственность в оказании услуг между различными службами, недостаточное знание особенностей течения ТБ на фоне ВИЧ-инфекции.

С целью своевременного выявления ВИЧ-положительного статуса, в 2007г. начато обязательное (с информированного согласия) тестирование на ВИЧ всех взятых на учет беременных женщин и детей до 5 лет, поступающих на стационарное лечение⁴. Проводится индивидуальное обучение ВИЧ-положительных родителей по вопросам искусственного вскармливания (через областные центры СПИД, ГСВ и ЦСМ). В г.Бишкек на средства ГФСТМ идет поставка искусственных смесей для вскармливания новорожденных и исключения грудного вскармливания.

Большое внимание в стране уделяется также профилактике оппортунистических заболеваний при ВИЧ-инфекции. Перечень имеющихся препаратов включает 42 наименования, большая часть из которых закупается на средства ГФСТМ.

5.3.5. Ответные меры на вспышку ВИЧ-инфекции в Ошской области

Вспышка ВИЧ-инфекции в Ошской области явилась следствием имеющихся недостатков по соблюдению безопасности медицинских процедур в организациях здравоохранения (многократное использование одноразового инструментария). Ситуация усугублялась постоянным дефицитом медицинского инструментария, средств личной защиты медперсонала, дезинфицирующих средств.

Для предотвращения дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции разработаны мероприятия на краткосрочный, среднесрочный и долгосрочный периоды, которые

⁴ Приказ МЗ КР №400 от 13.11.2007г. «О проведении аналитического исследования вспышки ВИЧ-инфекции среди детей Ошской области»

были включены в Совместный план действий Министерства Здравоохранения КР и донорских организаций. В указанном Совместном плане действий определены роли и ответственность каждой заинтересованной стороны, включая донорские организации (ГФСТМ, CDC, ЮНИСЕФ, ЮНЕЙДС, ЮСАИД, ВОЗ, KFW и др.). Необходимо отметить оперативность каждой организации, в частности ГФСТМ, когда значительная сумма средств была перенаправлена для локализации очага инфекции. Так, для стационарной и лабораторной служб республики за счет средств ГФСТМ на общую сумму 961 384 долларов США были закуплены:

- Экспресс тест-системы и тест-системы скринингового порядка;
- Детские комплекты одноразовых игл, в том числе для катетеризации подключичных вен в количестве 3000 комплектов для всех детских клиник республики;
- Одноразовые изделия медицинского назначения (стерильные шприцы, иглы, скарификаторы, перчатки, спиртовые салфетки, пластиковые контейнеры для утилизации медицинских отходов, дезинфицирующий раствор) для организаций здравоохранения Ошской, Жалалабадской и Баткенской областей);
- Оборудование для проведения проточной цитофлуориметрии, предназначенной для исследования иммунологического статуса (CD4 и CD8) у пациентов с ВИЧ/СПИДом для коррекции лечения АРВ препаратами на базе Ошского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом;
- Оборудование для проведения полимеразной цепной реакции (ПЦР) для определения вирусной нагрузки у ВИЧ-инфицированных людей на базе Ошского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом;
- Холодильная установка для карантинизации крови на базе областного центра крови в г.Ош;
- АРВ препараты для полного охвата ВИЧ-инфицированных детей.

В рамках Совместного плана действий при поддержке других донорских организаций были проведены: эпидемиологическое расследование, предоставление социальной помощи семьям с ВИЧ-инфицированными детьми, пересмотрены протоколы по лечению ВИЧ/СПИДа, включая АРВ терапию, обучающие семинары для медицинских и социальных работников по теме «Уход, поддержка и лечение ВИЧ-инфицированных детей», обучающие семинары для представителей СМИ и др..

В целом, возникновение ситуации с внутрибольничной вспышкой ВИЧ-инфекции выявило слабые места в ранее существовавших подходах по противодействию ВИЧ/СПИД. На основе мнений респондентов были сформулированы извлеченные уроки в связи со вспышкой ВИЧ-инфекции:

В отношении системы здравоохранения

- Наличие реальных проблем с безопасностью медицинских процедур;
- Средства, поступающие из государственного бюджета, не позволяют покрыть имеющуюся потребность в индивидуальных средствах защиты (перчатки, одноразовые катетеры и другие изделия медицинского назначения);
- Недостаточная квалификация медицинских работников и, соответственно, низкое качество предоставляемой медицинской помощи (высокий уровень необоснованных парентеральных вмешательств);
- Профилактика внутрибольничных инфекций в организациях здравоохранения проводится не на должном уровне и зачастую формально;
- Медицинская общественность оказалась не готовой к эпидемии ВИЧ-инфекции (отдельные врачи ПМСП отказывались от наблюдения ВИЧ-позитивных);

- Положительным является факт, что в Заявке ГФСТМ Седьмого Раунда предусмотрены средства для укрепления потенциала системы здравоохранения, включая безопасность медицинских процедур.

В отношении общества в целом:

- Население оказалось не готовым к появлению ВИЧ-инфицированных;
- СМИ не готовы освещать вопросы ВИЧ-инфекции соответственным образом, чтобы можно было избежать стигмы.

5.3.7. Юридические услуги

В 2008 году по сравнению с предыдущим годом больше внимания было уделено предоставлению юридических услуг. Они в основном были поддержаны в рамках больших и малых грантов СААР. Например, в этом плане активно работают юристы ОФ «ПК «Адилет»⁵. Ими были разработаны и проведены в городах Ош и Жалалабат обучающие семинары на тему: «Повышение уровня правовых знаний работников организаций, работающих в области профилактики ВИЧ/СПИДа и наркомании» для представителей неправительственных и государственных организаций (30 чел.). В рамках семинаров были рассмотрены и обсуждены следующие основные вопросы: права человека и медицина; национальная система здравоохранения; доступ к медико-санитарной помощи и лекарственному обеспечению уязвимых групп; социально-правовая защита; уголовное и административное регулирование вопросов ВИЧ/СПИДа и наркомании; в качестве отдельного блока юристами была разъяснена процедура документирования граждан КР.

Также юристами ОФ «ПК «Адилет» проведена выездная консультация для социальных работников и участников метадоновой программы по правовым вопросам. В ходе консультации рассмотрены основные правовые аспекты, касающиеся административного и уголовного задержания; вопросы, имеющие гражданско-правовые споры; а также процедура документирования граждан КР (количество участников -10 чел.).

Все вышеперечисленные вопросы, которые рассматривались в рамках проведенных семинаров и консультаций, являются очень актуальными как в свете расширяющихся в стране услуг по снижению вреда, так и в свете возникшей внутрибольничной вспышки ВИЧ-инфекции. В ходе исследования стало очевидным, что потребность в юридических услугах очень высока и еще не удовлетворяется в полной мере.

5.3.8. Добровольное консультирование и тестирование

С началом расширения деятельности по ВИЧ/СПИДу большое внимание стало уделяться развитию ДКТ. В рамках реализации гранта ГФСТМ были организованы первые обучающие семинары для медицинских работников и сотрудников НПО по проведению консультирования как части тестирования на ВИЧ. Кроме того, как отмечалось выше, за счет гранта практически полностью финансируется закупка тест-систем для диагностики ВИЧ.

В последние 2 года в стране предпринимался ряд мер для усиленного внедрения ДКТ на всех уровнях системы здравоохранения. Были разработаны и утверждены клинический протокол по добровольному консультированию и тестированию (ДКТ), руководство по психосоциальному консультированию. Проводится внедрение клинических протоколов и обучение на семинарах-тренингах по проведению

⁵ <http://www.adilet.kg/carhap/news.html>

психосоциального консультирования при ВИЧ. где обучены врачи ГСВ, ЦСМ, наркологи, дерматовенерологи, социальные работники и волонтеры НПО.

Кроме того, подготовлена нормативная база для создания системы добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ. МЗ КР принят приказ от 11.12.07 № 445 «О внедрение добровольного консультирования по ВИЧ/СПИДу в медицинских организациях республики», в котором утверждены стандарты ДКТ, определен портрет специалиста по ДКТ. Планируется открытие кабинетов ДКТ при ВИЧ-инфекции в 54 пилотных ЛПО республики при финансовой поддержке ГФСТМ.

Однако проблема с проведением качественного ДКТ по-прежнему остается не решенной. Признается, что несмотря на предпринимаемые усилия, дотестовое консультирование предоставляется в ограниченных масштабах и не всегда сопровождается тестированием на ВИЧ. Причинами этого являются (1) недостаточные навыки у соответствующего персонала для проведения ДКТ, (2) высокая нагрузка у работников ПМСП и отсутствие мотивации, и (3) отсутствие надлежащих условий для проведения конфиденциального консультирования.

5.4. Факторы, оказывающие влияние на расширение услуг на субнациональном уровне

Способствующие факторы

- 1. Масштабное финансирование мероприятий по ВИЧ/СПИДу.** Главным фактором, способствующим значительному расширению всех видов низкопороговых услуг с охватом новых целевых групп и территорий явилось наличие устойчивого источника финансирования, прежде всего средств ГФСТМ. Это привело к росту активности как среди гражданского сектора, так и государственных организаций.
- 2. Усиление координации и сотрудничества между финансирующими организациями:**
 - В рамках реализации Третьей Государственной программы по ВИЧ/СПИДу на 2006-2010 г.г. был разработан стратегический план распределения денежных средств от различных доноров. Это позволило повысить эффективность различных компонентов программы, избежав дублирования в финансировании и повысив целевое распределение средств. *«...Есть такая матрица, стратегический план внедрения национальной программы, там деньги посчитаны, где есть разрывы в финансировании, где, что и как будет финансироваться... пример: тест система для ИФА у ГФ заложена 2011 года, потому что 2009, 2008 закрывается немецким банком...»⁶.* (Фрагмент интервью, Бишкек.)
 - Оказание ГФСТМ поддержки деятельности проектов, финансирующихся другими донорами (например, CARHAP), выражающейся в предоставлении необходимого инструментария для программ снижения вреда;
 - Во время значительного перерыва в финансировании ГФСТМ, проекты, реализующиеся при финансовой поддержке СААР позволил продолжить обмен шприцев для ПИН и оказание услуг для СР в г.Ош и Ошской области. В аналогичной ситуации, финансирование CARHAP позволило хотя бы в некоторой степени сохранить обмен шприцев в г.Бишкек, г.Жалалабат и г.Кызыл-Кия;
 - При поддержке ГФСТМ оказываются широкомасштабные услуги: распространение одноразового инструментария, информационных материалов, аутрич-работа, массовые акции. Финансирование других

⁶ СМ. Матрицу в «Ситуационном отчете» стр.23-25, май, 2007 г.

организаций (СААР, CARHAP и т.д.) позволяет оказывать услуги дропин-центров, проведение детокс-терапии, реабилитации, оказание правовой помощи. Это позволяет организациям предоставлять комплексные услуги, что повышает их востребованность среди клиентов, и в большей мере способствует длительному вовлечению в программы и изменению поведения;

3. Создание благоприятной среды для оказания услуг. В рамках проекта «Тумар» (СААР) были проведены мероприятия по формированию благоприятной среды⁷. Это способствовало расширению услуг для ПИН в г.Кара-Суу, включая открытие Центра доступных услуг⁸;

4. Попытки институционализации проводимых мероприятий. В условиях постоянного расширения деятельности по ВИЧ/СПИДу постепенно определились государственные институты, способные в настоящее время или в будущем взять на себя ответственность за реализацию крупных компонентов и тем самым обеспечить их масштабность и устойчивость. Министерство образования получает финансирование от ГФСТМ для внедрения предмета по здоровому образу жизни. Внедрение обмена шприцев на уровне ЦСМ/ГВС.

Факторы, препятствующие расширению услуг

1. Перерывы в финансировании проектов. На момент проведения полевых работ в 2008 году значительное число ранее активных НПО не получало финансирования от ГФ в связи с изменением условий для продления проектов. Для того, чтобы наладить работу в новом населенном пункте, развить сеть аутрич-работников, обучить их и завоевать доверие пользователей услуг требуется около одного года. При наличии перерывов между проектами в 3-4 месяца вся налаженная работа сходит «на нет» (уменьшается количество клиентов, обученные аутрич-работники уходят на другие заработки) и затем приходится все начинать практически с нуля. Кроме потери потенциала организаций, перерывы в деятельности существенно сказываются на доверии со стороны получателей услуг.

«...перерывы приводят к уменьшению охвата, тяжело, особенно когда теряется аутрич, у которого был большой охват. Нового опять надо учить, он должен изучить систему как лучше менять шприцы, его должны узнать, охват нарабатывается в течение года...» (фрагмент интервью, НПО)

«...начинать заново никому не интересно...» (фрагмент интервью, НПО)

2. Низкая приверженность в политических кругах. Политическая нестабильность и частая смена членов Правительства и лиц на руководящих постах формирует потребность в постоянной работе над политической приверженностью ЛПР к деятельности, осуществляемой в стране по борьбе с ВИЧ/СПИДом. Однако ослабление потенциала Секретариата СМКК⁹, выполняющего эту функцию, привело к непониманию роли и значимости

⁷ Более подробно в разделе «Сотрудничество»

⁸ До этого в г.Кара-Суу, где высокая концентрация ПИН, работали только 2 аутрич-работника. Никаких услуг для ПИН, кроме обмена шприцев и предоставления информации не оказывалось.

⁹ См. Подробнее раздел «Координация»

проводимых в стране мероприятий. В частности, под вопросом остается дальнейшее осуществление ЗМТ в КР.

- 3. Отсутствие единой (Национальной) системы МиО.** В настоящее время реализация Третьей Государственной Программы по ВИЧ/СПИДу осуществляется большим числом организаций при поддержке значительного количества финансирующих организаций. Исследование показало отсутствие единого подхода к учету клиентов¹⁰, проведенных мероприятий и достигаемых результатов. Практически не отслеживаются качественные индикаторы: степень удовлетворенности клиентов услугами, изменения в поведении. Внутренняя система МиО напрямую зависит от требований, предъявляемых финансирующими организациями. Так, наблюдались ситуации, когда в одной и той же организации использовались разные подходы к определению охвата клиентов, в зависимости от требований доноров. Все это ставит под сомнение декларируемый масштаб реализуемых мероприятий.

«...Для ГФСТМ мы делаем описательный отчет, сами сидим думаем, что же мы сделали, на каком уровне...цифровые, плановые (требования) есть, но она полностью не охватывает, конкретно, что сделал, есть скажем тоже таблица- шприцы (у формы отчетности СААР) они стоят в конце, а у ГФ это в самом вначале, как- будто это самое важное. Это не самое важное, самое важное дать знания, а это мостик (шприцы, презервативы)». (Фрагмент интервью, НПО, г.Ош.)

«...очень много денег тратит ГФ, очень много средств выделяется, пользуясь этими грантами, многие организации не делают то, что их просит донор, то есть, нет четкой системы мониторинга и оценки или же если есть четкая форма мониторинга и оценки, то они на это закрывают глаза. Все зависит от основного реципиента, он должен быть требовательным». (Фрагмент интервью, НПО, г.Ош.)

- 4. Отсутствие доступа к ключевому населению.** До последнего времени в ряде областей КР практически полностью отсутствуют услуги для наркопотребителей и МСМ, остаются неохваченными места скопления СР. Зачастую причиной называется отсутствие среди населения таких категорий населения. Тем не менее, отдельные эксперты признавались, что в практике встречались с такими людьми, однако попытки наладить работу в их сообществах не увенчались успехом. Ключевой причиной неудач становится неспособность обеспечить доверие со стороны сообществ к потенциальным провайдером услуг.

«Я сам знаком с несколькими наркопотребителями. Я им сказал: «приходите к нам в центр, мы будем менять шприцы». Но они боятся приходить, особенно если видят, что у нас здесь народ скопился...» (Фрагмент интервью, государственная организация)

5.5. Заключение

- В 2008 году была завершена реализация мероприятий по гранту ГФСТМ Второго Раунда. Финансовые средства направлялись на закупку различных

¹⁰ Так, в ходе исследования было обнаружено, что одни организации за охват принимают число клиентов, которые хотя бы однажды получали услуги в организации за определенный период, другие считают клиентов, которые относительно регулярно контактируют с представителями организации, третьи исходят из того, что охватывают приблизительно 60% точек концентрации ключевых сообществ, а значит и 60% от расчетного числа представителей целевых групп.

товаров/услуг, включая медикаменты, оборудование, тренинги для персонала и деятельность суб-реципиентов по работе среди ключевого населения. Суб-реципиенты были представлены государственными, неправительственными и частными организациями;

- Результатом деятельности ГФСТМ в стране явилось значительное расширение деятельности по ВИЧ/СПИДу сразу в нескольких направлениях. Увеличился географический охват; вовлечено большое количество как государственных, так и неправительственных организаций; увеличился объем низкопороговых услуг, предоставляемых ключевому населению; проведено множество информационно-образовательных мероприятий; охвачены новые целевые группы (мигранты, сельское население, ЛЖВ); начали оказываться новые услуги (АРВТ, карантинизация крови, новые лабораторные тесты).
- Большое влияние грант ГФСТМ оказал на устойчивое развитие отдельных программ. В частности, расширение ЗМТ, значительное увеличение числа клиентов и начало реализации программы в тюрьмах стало возможным благодаря наличию устойчивого источника финансирования.
- Грант ГФСТМ ориентирован на массовость в оказании услуг. Центральнo-азиатский проект по СПИДу (СААР) сосредоточен больше на оказании услуг, предполагающих меньший охват, но нацеленных на качественные изменения в поведении и жизни получателей услуг, а так же на создании благоприятной среды. Он явился своевременным дополнением к деятельности в рамках ГФСТМ, т.к. позволил продолжить оказание услуг для ключевого населения в период перерыва в финансировании ГФ, а так же дополнить пакет предоставляемых услуг, что повысило привлекательность организаций для клиентов.
- Среди факторов, которые способствовали эффективности деятельности в рамках ГИ можно выделить масштабы финансирования, усиление координации и сотрудничества между финансирующими организациями, создание благоприятной среды и институционализацию некоторых видов деятельности.
- В то же время остаются факторы, препятствующие дальнейшему расширению. Ключевым из них является перерывы в финансировании деятельности субреципиентов, которые приводят к потере потенциала организаций и клиентов. Дальнейшему географическому расширению препятствует отсутствия доступа к ключевому населению. В последнее время стал актуальным вопрос о приверженности политических лидеров к деятельности по ВИЧ/СПИДу. Для оценки истинных объемов деятельности необходима разработка единого подхода к МиО.

5.6. Рекомендации

Рекомендация #1. С целью расширения деятельности по противодействию ВИЧ/СПИД в наиболее неблагоприятных регионах (юг страны) следует уделить больше внимания усилению потенциала по управлению проектами у организаций, работающих в этих регионах.

Рекомендация #2. Принимая во внимание выраженное негативное влияние существующих перерывов в финансировании программной деятельности суб-проектов ГФСТМ и СААР необходимо пересмотреть механизмы выделения финансовых средств между траншами и проектами;

Рекомендация #3. Унифицировать существующие подходы к мониторингу и оценке деятельности по ВИЧ/СПИДу. Первыми шагами в этом направлении должны стать (1) Утверждение на уровне МЗ КР и Правительства КР национальной системы МиО и (2) разработка общих подходов к осуществлению МиО в донорских/финансирующих организациях по вопросам кодирования и учета клиентов и оказанных услуг.

Раздел 6. Координация деятельности по ВИЧ/СПИД

Эффективная координация мероприятий по ВИЧ/СПИДу в Кыргызстане является непреложным требованием на сегодняшний день. В настоящее время в стране реализуется 3-я Государственная программа по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее социальных последствий на 2006-2010 гг. Реализация Государственной Программы основана на межсекторальном подходе, и в ней определена роль различных структур, включая государственные и международные организации и гражданский сектор. Так же реализация гранта ГФСТМ предусматривает наличие в стране координационного механизма.

Задача общей координации и управления процессом реализации государственных и донорских программ по ВИЧ/СПИДу, а так же реализации национального стратегического плана по профилактике эпидемии возложена на Страновой Многосекторальный Координационный Комитет. Кроме того, в Республике создаются структуры, призванные осуществлять координацию в определенных секторах или территориях.

В течение 2007-2008 года в координационных структурах на национальном и областном уровне произошли значимые изменения.

- 1) Созданный в 2005 году СМКК по ВИЧ/СПИДу, туберкулезу и малярии был преобразован в Страновой Многосекторальный Координационный Комитет по социально-значимым и особо опасным заболеваниям.
- 2) Областные многосекторальные координационные комитеты фактически прекратили функционировать.
- 3) В стране появились новые структуры, призванные осуществлять координацию в определенных секторах или на определенных территориях.

В этом разделе описываются координационные структуры, их цели, функции, состав и динамика за последний год. Кроме того, на основе высказываний участников исследований был проведен анализ эффективности координации мероприятий по ВИЧ/СПИДу в республике и влияющих на нее факторов.

6.1. Координация деятельности по ВИЧ/СПИДу на национальном уровне: Страновой многосекторальный координационный комитет

История развития Странового многосекторального координационного комитета

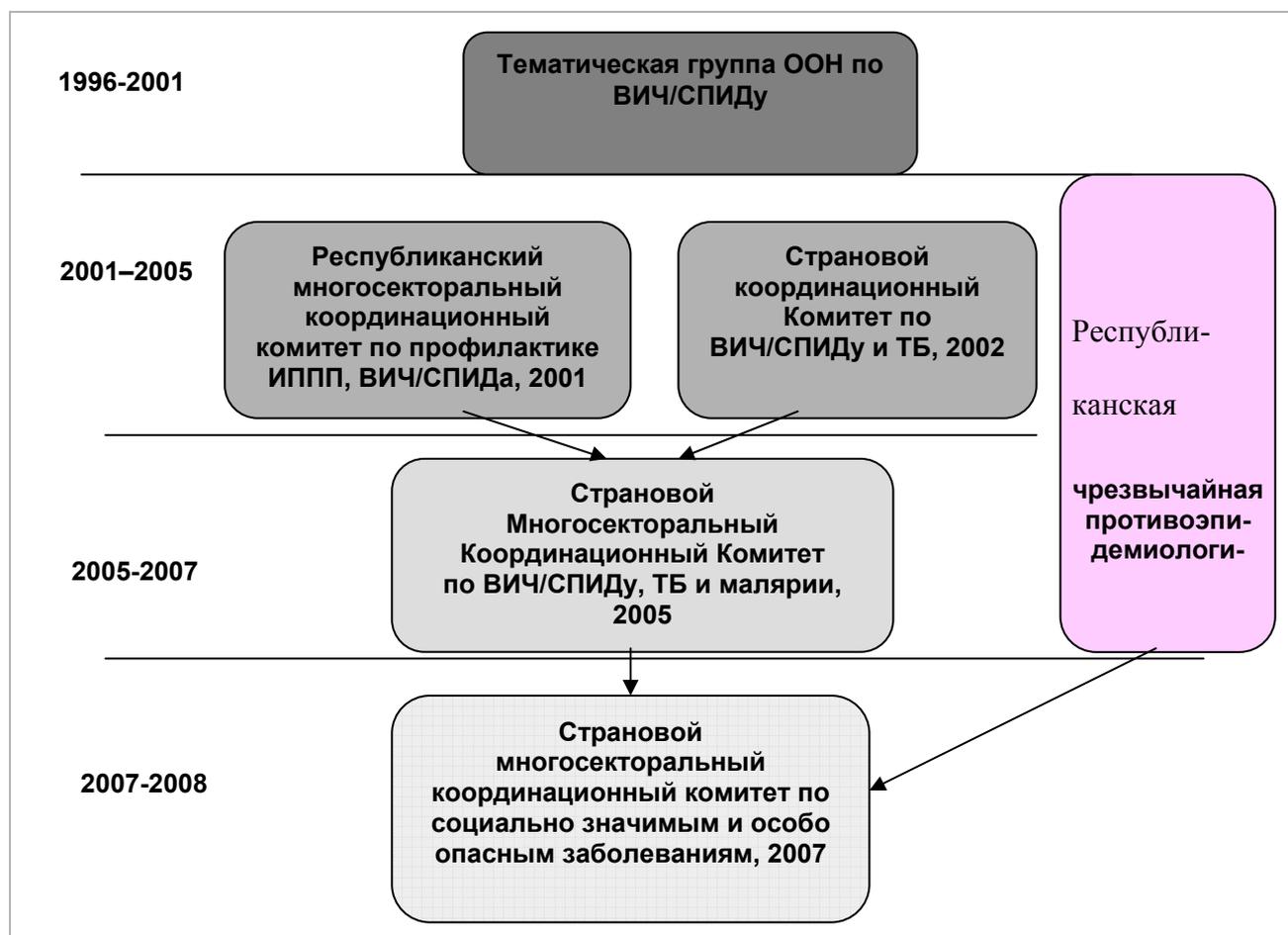
Процесс развития многосекторального координированного подхода к реализации программ по борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа в Кыргызской Республике был начат в 1996 году. В истории развития странового координационного механизма можно выделить 4 основных этапа (Рисунок 6.1.), когда функции координации выполнялись разными органами¹¹. По оценке лиц, вовлеченных в реализацию политики по ВИЧ/СПИДу, реформирование странового координационного механизма, его деятельности и функций в КР всегда осуществлялось с учетом международных требований и извлеченных уроков. Самой успешной формой признается созданный в

¹¹ Более подробно в «Исследование «Глобальные инициативы в области ВИЧ/СПИД и их влияние на систему здравоохранения КР» Отчет по ситуационному анализу». Доступно по ссылке http://chsd.studionew.com/images//context_report_1_rus.pdf

2005 году Страновой Многосекторальный Координационный Комитет по ВИЧ/СПИДу, туберкулезу и малярии¹².

Однако в 2007 году по инициативе Министерства Здравоохранения КР был поднят вопрос о реформировании существующего СМКК и объединением его с Республиканской чрезвычайной противоэпидемиологической комиссией (ЧПК). Официально обозначенной причиной для данной инициативы послужило то, что «их членство и функции были аналогичны во многих отношениях»¹³. По оценке участников исследования, решение о реформировании СМКК, было необоснованным и создало трудности в реализации мероприятий по ВИЧ и их координации. По мнению респондентов, это решение «было принято несколькими людьми», «основывалось на личностных интересах», и решающую роль в нем сыграл вопрос финансирования и «больших денег ГФСТМ». Тем не менее, на выше указанном основании Постановлением Правительства КР от 24 августа 2007 года был образован Страновой Многосекторальный координационный комитет по социально значимым и особо опасным инфекционным заболеваниям при Правительстве КР. Ключевыми отличиями нового СМКК от предыдущего являются (1) фокусирование работы СМКК на перечне заболеваний людей и животных, состоящем из более чем 40 наименований, включая ВИЧ/СПИД, туберкулез, малярия, бруцеллез, сибирская язва, птичий грипп; (2) передача функций Секретариата СМКК соответствующим отделам Министерства Здравоохранения и Министерства сельского, водного хозяйства и перерабатывающей промышленности; (3) ликвидацией двух технических секторов (Сектора по национальной политике, законодательству и правам человека и Сектора по исполнению грантов и программ), а так же появлением нового технического сектора по ветеринарии.

Рис. 6.1. Этапы реформирования странового координационного механизма



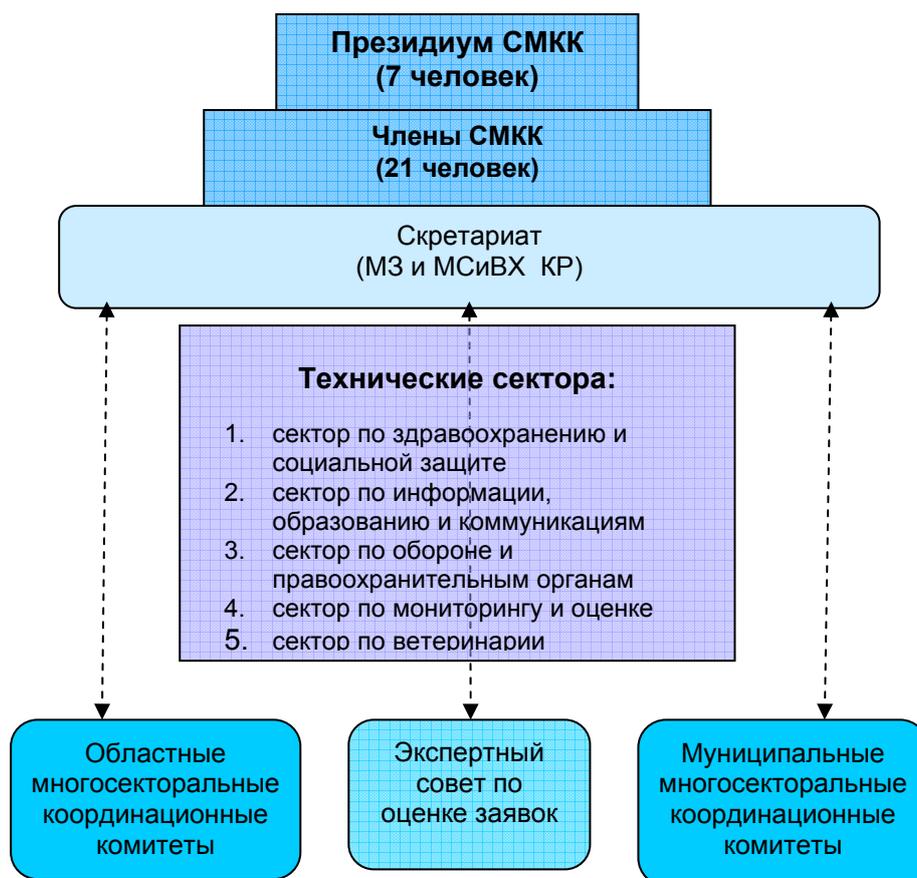
СМКК: цель, структура и функции

Таким образом, на момент проведения 2-й фазы исследования, в КР действовал Страновой Многосекторальный координационный комитет по социально-значимым и особо опасным заболеваниям. Основной целью СМКК является координация деятельности организаций различного уровня, вовлеченных в мероприятия по борьбе с инфекционными заболеваниями, и своевременная организация неотложных мероприятий по борьбе с социально значимыми и особо опасными инфекционными заболеваниями среди людей и животных, локализации и ликвидации эпидемий, массовых отравлений среди населения. На СМКК возложены следующие функции:

- **Координация мероприятий** по борьбе с социально значимыми и особо опасными инфекционными заболеваниями, включая определение приоритетов мероприятий;
- **Информирование** Правительства Кыргызской Республики о случаях вспышек массовых инфекционных заболеваний, чрезвычайных ситуациях, обусловленных ухудшением санитарно-эпидемиологической и эпизоотической обстановки, о мерах по их ликвидации;
- **Развитие партнерства** между заинтересованными министерствами и ведомствами, а также международного, регионального сотрудничества по борьбе с социально значимыми и особо опасными инфекционными заболеваниями среди людей и животных;
- **Рассмотрение предложений и проектов стратегических планов** по борьбе с социально значимыми и особо опасными инфекционными заболеваниями среди людей и животных;
- **Наблюдение за ходом реализации программ** и оценка результативности выполненных мероприятий по борьбе с социально значимыми и особо опасными инфекционными заболеваниями среди людей и животных.

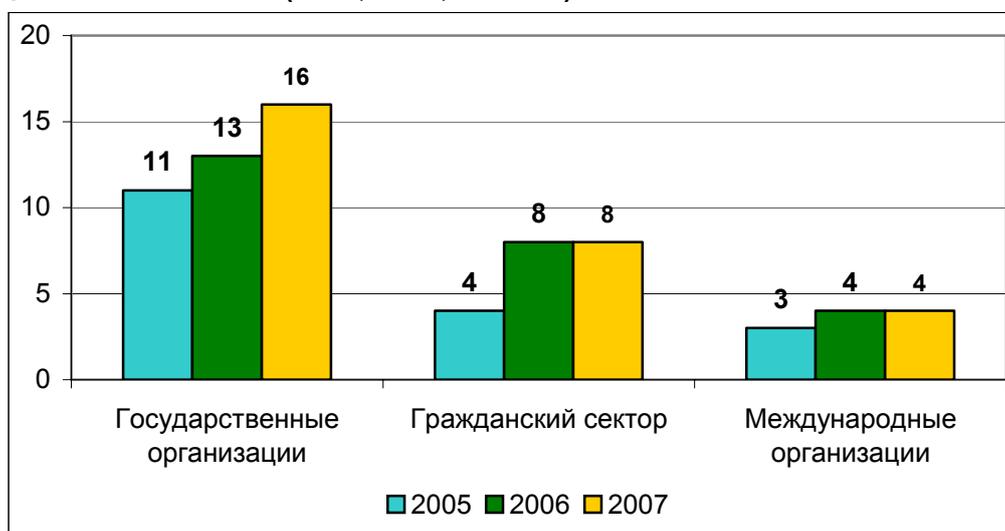
В структуре СМКК выделяют Президиум, секретариат, 5 технических секторов, 7 областных и 2 муниципальных координационных комитета, а так же Технический совет по оценке заявок и выдаче грантов (Рис.6.2.). В состав Президиума входят 7 человек, включая вице-премьер министра и представителей Министерства Здравоохранения, Министерства сельского и водного хозяйства и перерабатывающей промышленности, НПО-сектора, и международной организации. Рабочим органом – Секретариатом Странового комитета являются соответствующие отделы Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и Министерства сельского, водного хозяйства и перерабатывающей промышленности Кыргызской Республики.

Рис. 6.2. Структура СМКК по социально значимым и особо опасным инфекционным заболеваниям (2007 г.)



В состав СМКК входят 28 человек. В 2006 году число представителей гражданского сектора в комитете увеличилось вдвое. В новом СМКК пропорциональность представительства различных секторов в составе СМКК не претерпела существенных изменений (Рис.6.3.). Несколько увеличилось число представителей государственного сектора, а число представленных НПО и международных организаций осталось прежним.

Рис. 6.3. Количество организаций, представляющих различные сектора, входящие в состав СМКК (2005, 2006, 2007г.г.).



Оценка эффективности СМКК

Говоря об эффективности СМКК, респонденты четко разделяли 2 периода: до августа 2007 года и после.

По признанию многих экспертов, Страновой Многосекторальный Координационный Комитет, утвержденный Постановлением Правительства в июне 2005 года, благодаря воле Правительства и работе всех партнеров, приобрел оправданную, совершенную и работоспособную структуру. Эффективность СМКК 2005-2007 г.г. заключалась в том, что решения, принимаемые на заседаниях Президиума и технических секторов, были легитимны, действенны и соответствовали складывающейся в республике ситуации по ВИЧ/СПИДу. Среди наиболее значимых достижений за 2006-2007 годы в деятельности СМКК упоминалась координация работы над рядом важных страновых документов¹⁴.

«Я входила в сектор по информационному материалу (Сектор по информации, образованию и коммуникации) и по социальной защите (Сектор по здравоохранению и социальной защите). Мы там действительно работали, и это была площадка, где мы могли обменяться мнениями, где мы могли выработать определенные документы... И это (принятые решения, разработанные документы) было действительно, было постоянным действующим» (представитель МО).

Эффективность созданного в 2007 году СМКК была оценена респондентами достаточно низко. По истечении одного года существования можно сказать, что СМКК в некоторой степени выполняет лишь две из возложенных на него функций: определение приоритетов в проведении мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИДом, и рассмотрение предложений и проектов. За истекший период (август 2007 г. - август 2008 г.) было проведено 3 заседания СМКК. На них заслушивался доклад о ходе реализации Госпрограммы по предупреждению развития эпидемии ВИЧ/СПИДа в Кыргызстане на 2006-2010гг., обсуждались вопросы участия страны в 8-м раунде ГФСТМ и перепрограммирования средств текущего гранта Глобального Фонда. Самыми важными достижениями нового координационного комитета были признаны:

- Утверждение совместного плана действий Правительства КР и донорских организаций в связи со вспышкой ВИЧ-инфекции в Ошской области. Согласованность действий и оперативность позволили должным образом прореагировать на ситуацию, и по мнению респондентов, предотвратили дальнейшее распространение ВИЧ-инфекции в больницах Ошской области;
- Разработка и подача заявки на 8-й раунд ГФСТМ по компоненту Туберкулез. Немаловажным признается принятие решения об отказе от подачи заявки на 8-й раунд ГФСТМ по компоненту ВИЧ/СПИД.

Среди основных недостатков в работе нового СМКК были названы **(1) отсутствие координации между различными секторами в течение первых 6 месяцев существования нового СМКК, (2) отсутствие мониторинга осуществляемых мероприятий в области ВИЧ/СПИДа и проблема информирования и (2) отсутствие преемственности в работе прежнего и нового Секретариатов СМКК.** В частности:

¹⁴ (1) Страновая заявка на 7-й раунд ГФСТМ, получившая одобрение; (2) Третья Государственная Программа по преодолению эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее социально-экономических последствий на 2006-2010 гг., (3) Многосекторальная интегрированная матрица действий на 2007-2008 годы по реализации Государственной программы, (4) Положение «О Государственной системе Мониторинга и оценки ситуации по ВИЧ/СПИДу в Кыргызской Республике» и Национальный план Мониторинга и оценки ситуации по ВИЧ/СПИДу в Кыргызской Республике.

- (1) Более 6-ти месяцев потребовалось на то, чтобы запустить работу нового СМКК и его Секретариата. В это время международные организации пытались решать возникающие вопросы самостоятельно, а координация деятельности НПО в некоторой степени осуществлялась международными организациями или через ассоциации. В наименее выгодном положении оказались государственные организации, включая министерства и ведомства. Результаты опросов представителей государственных структур показывают, что за этот период у многих сотрудников государственных организаций отсутствует четкое представление о событиях и деятельности, происходящей в стране в связи с ВИЧ/СПИДом.
- (2) В течение последнего года (после реформирования СМКК) ощущались серьезные проблемы в получении информации о ситуации с ВИЧ/СПИДом, реализуемых мероприятиях, вовлеченных в реализацию мероприятий партнеров.
- (3) Возникли трудности в преемственности между предыдущим и новым СМКК. На момент расформирования, Секретариат СМКК работал над утверждением нескольких важных документов, включая Положение «О Государственной системе Мониторинга и оценки ситуации по ВИЧ/СПИДу в Кыргызской Республике» и Национальный план Мониторинга и оценки ситуации по ВИЧ/СПИДу в Кыргызской Республике. После расформирования СМКК, эта работа была остановлена, и документы оставались неутвержденными до момента подготовки отчета (август 2008 г.).

Факторы, влияющие на эффективность работы СМКК

Среди факторов, влияющих на эффективность СМКК в реализации поставленных перед ним задач, можно выделить следующие:

- (1) **Собственно структура, положение странового координационного механизма.** Анализ интервью первого и второго этапа исследования показывает, что решающее значение для эффективной реализации функций СМКК, имеет организация его работы: положение, структура, организации и лица, вовлеченные в процесс. Сравнительный анализ двух координационных механизмов, отражающий удачные и неудачные практики, приведен в таблице 6.1.

«Мы очень долго добивались, чтобы проблема ВИЧ/СПИДа у нас в стране была признана социальной проблемой. Но если теперь секретариат находится при Минздраве, значит, снова ВИЧ/СПИД стал проблемой медицинской. Секретариат и СМКК потерял свою межсекторальность» (Представитель государственной организации)

«Время людей, являющихся членами СМКК очень «дорогое». И когда я вижу, что в повестке дня стоят вопросы, связанные с ветеринарией, и из 3-х вопросов только один связан с ВИЧ и моей работой, я задаюсь вопросом, а для чего мне идти на это заседание?» (Представитель МО).

- (2) **Потенциал организаций, вовлеченных в координацию.** В частности, многие организации, входящие в СМКК, получают финансирование от ГФСТМ и СААР, в связи с чем чувствуют себя в некоторой степени зависимыми. С одной стороны, они не могут свободно выступать с критикой донорских организаций, с другой стороны, они более ориентированы на безоговорочное выполнение воли доноров. В некоторой степени, международные организации пытаются взять эту функцию на себя. Кроме того, интервью показывают, что часть организаций

стремится попасть в СМКК, преследуя личные цели, и недопонимая роли координационного механизма.

«Может быть, проблема еще и в том, что с критикой выступают только представители донорских организаций. НПО получают деньги от Глобального фонда, получают, они зависят от него. Они (НПО) еще не готовы выступить с критикой. Вот нам (международным организациям) приходится выступать в роли «сторожевой собаки»» (Представитель МО).

- (3) **Прозрачность в координации деятельности по ВИЧ/СПИДу.** Финансирование мероприятий по ВИЧ/СПИДу признается респондентами недостаточно прозрачным. По сути, заинтересованные лица могут получить лишь самую общую информацию о финансовых потоках. В то же время, лица, принимающие решения в политике по ВИЧ/СПИДу, считают, что такой информации явно недостаточно для эффективного планирования и координации деятельности.

«На заседаниях СМКК мы никак не можем получить подробную, детальную информацию о том, куда и сколько средств было потрачено. Мы уже столько раз требовали эту информацию, но все в пустую. Получаем отчеты, в которых все в общих чертах...» (Представитель МО)

- (4) **Человеческий фактор.** Опыт работы координационного механизма в КР показывает, что эффективность СМКК во многом зависит от понимания целей, миссии, политики в области ВИЧ/СПИДа теми людьми, которые возглавляют структурные подразделения СМКК и входят в их состав.

Таблица 6.1. Факторы, влияющие на эффективную работу координационных структур.

Факторы	Положительное значение	Отрицательное значение
Состав СМКК	Состав Президиума СМКК (2005-2007гг.) включал в себя представителей всех секторов, вовлеченных в деятельность по преодолению эпидемии. В Президиуме были представлены все ключевые Министерства и ведомства, двух- и многосторонние партнеры, а также сообщества, пострадавшие от эпидемии. Члены Президиума, делегированные от неправительственного сектора, представляли партнерские ассоциации, каждая из которых включала в себя до 40 НПО. Доля неправительственного сектора в Президиуме СМКК составляла 48%.	Состав СМКК (2007 г), не изменившийся пропорционально по сравнению с предыдущим, качественно изменился к худшему. По мнению участников исследования, несколько представителей НПО-сектора – номинальные фигуры, которые в действительности представляют не интересы НПО, а свои собственные интересы/интересы своих организаций. В целом состав СМКК был оценен некоторыми участниками как «менее ориентированный на проблему ВИЧ».

<p style="text-align: center;">Положение Секретариата</p>	<p>Функции Секретариата СМКК (2005-2007 гг.) выполнялась Сектором по координации и мониторингу в области ВИЧ/СПИДа управления социального развития и информации Аппарата Правительства КР. Не являясь заинтересованной стороной, и в то же время, находясь на высоком политическом уровне, Секретариат имел <u>возможность координировать деятельность различных Министерств и ведомств.</u></p>	<p><u>Секретариат СМКК (2007г) потерял свою «межсекторальность».</u> Передача функций Секретариата Министерству Здравоохранения КР значительно ослабила его положение. Теперь у Секретариата отсутствует возможность «запрашивать» информацию в других министерствах, и все чаще приходится выступать в роли «просителя».</p> <p><u>Секретариат не имеет прежнего политического значения и влияния.</u> Согласно Положению, Секретариат является рабочим органом СМКК при Аппарате Правительства. Фактически же для того, чтобы выйти на Аппарат Правительства, заведующий сектором требуется пройти несколько «ступеней»: документы из Секретариата отправляются в МЗ КР, из МЗ КР – сотрудникам отдела социального развития при Аппарате Правительства и лишь затем попадают к адресату. Процесс может затягиваться на недели, при этом актуальность многих вопросов утрачивается.</p>
<p style="text-align: center;">Потенциал Секретариата</p>	<p><u>Кадровый потенциал Секретариата активно наращивался, и уже был достаточным для осуществления эффективной работы.</u> <u>У Секретариата имелись все ресурсы для осуществления своей работы.</u> Информирование членов СМКК, а также партнеров осуществлялось с использованием мощных информационных ресурсов, включающих в себя веб-сайт, электронные рассылки, информационный бюллетень и публикации в СМИ.</p>	<p><u>Слабый потенциал Секретариата.</u> Во-первых, большинство людей, находившихся в предыдущем Секретариате, и накопивших значительный опыт и знания, были заменены. <u>Новые сотрудники нуждаются в обучении,</u> тогда, как отметил один из респондентов, <u>«сейчас нет возможности учиться, уже нужно работать».</u> Во-вторых, <u>деятельность Секретариата не подкреплена никакими ресурсами:</u> у Секретариата нет своего помещения, техники, доступа к Интернету, канцелярских товаров и заработной платы. Вопросы, связанные с обеспечением Секретариата, решаются в Правительстве, и на момент подготовки отчета оставались открытыми.</p>
<p style="text-align: center;">Заинтересованность в работе СМКК</p>	<p>Работа СМКК перестала носить <u>формальный характер:</u> отмечалась реальная заинтересованность в участии в заседаниях Президиума и их высокая посещаемость, а также высокая степень участия лиц, принимающих решения.</p>	<p><u>Снижение интереса к участию в заседаниях СМКК.</u> Это обусловлено тем, что в состав СМКК входят преимущественно люди, чья работа сфокусирована на ВИЧ (ВИЧ-ТБ). Включение в повестку дня обсуждения вопросов других заболеваний людей и животных, воспринимается как напрасная трата времени.</p>

6.2. Областные координационные структуры по ВИЧ/СПИДу

Формат областных многосекторальных координационных структур

История развития областных координационных комитетов начинается в 2001 году в форме структурных подразделений РМКК. Однако фактически никакой деятельности по координации мероприятий по ВИЧ/СПИДу в областях не велось. Вплоть до 200года некоторая активность признавалась лишь за Ошским ОМКК. Осенью 2006 года при

поддержке Программы «Потенциал» (USAID) Секретариатом СМКК были проведены мероприятия по активизации работы ОМКК, которые увенчались определенным успехом¹⁵. ОМКК стали регулярнее проводить заседания, разработали областные программы по ВИЧ/СПИДу и Планы по их реализации, стали взаимодействовать с СМКК. Однако изменения, произошедшие на страновом уровне в отношении координационного механизма, сказались на работе областных МКК. Во время второй фазы исследования было обнаружено, что ОМКК либо столкнулись с теми же проблемами, что и страновой координационный комитет, либо вообще прекратили свое существование¹⁶.

Весной 2008 года в Ошской и Иссык-Кульской областях КР приказами областных государственных администраций были созданы Областные Многосекторальные Координационные Комитеты по контролю социальных и особо опасных заболеваний. Фокусом новых координационных структур является профилактика инфекционных заболеваний и массовых пищевых отравлений. Согласно Положениям об ОМКК, их основными задачами является своевременная организация неотложных мероприятий по борьбе с социально значимыми и особо опасными инфекционными заболеваниями среди людей и животных и ликвидации эпидемий и массовых отравлений среди населения; и координация и оптимизация деятельности местных организаций (государственных, международных, образовательных, религиозных организаций, гражданского сектора и СМИ) в этом направлении. Состав новых областных координационных комитетов практически не изменился: в них по-прежнему входят все главные врачи областных медицинских учреждений, представители правоохранительных органов, отдельные НПО. Возглавляют координационные комитеты вице-губернаторы областей. Функции Секретариата возложены на социальный отдел областных администраций.

В других областях ОМКК фактически перестали функционировать, хотя Постановление местной администрации об их ликвидации не выходило. В Чуйской области функции координации деятельности по ВИЧ на областном уровне выполняются Координационным Советом по Здравоохранению. Координатором по здравоохранению является директор областного Центра семейной медицины, в состав Совета так же входят все главные врачи областных медицинских учреждений и представители областной администрации. Заседания Совета проходит 1 раз в квартал, вопросы, связанные с ВИЧ/СПИДом рассматриваются 1 раз в год (по плану), или, в экстренных случаях, по необходимости.

Оценка эффективности областных координационных структур и влияющих на нее факторов

Относительно областных координационных структур следует признать, что после расформирования СМКК деятельность по координации мероприятий по ВИЧ/СПИДу практически не осуществлялась. Заседания ОМКК не проводились вплоть до марта 2008 года. В интервью отмечались примеры, когда лица, принимающие решения на уровне областей или городов, не вполне владели информацией даже о ключевых организациях, реализующих мероприятия по ВИЧ/СПИДу в области.

¹⁵ Более подробно в Исследование «Глобальные инициативы в области ВИЧ/СПИД и их влияние на систему здравоохранения КР» Промежуточный отчет». Доступно по ссылке <http://chsd.studionew.com/images/prp49hivaidr.pdf>

¹⁶ География исследования позволяет описать координационные структуры только трех из семи областей. В то же время, результаты первого этапа показали, что координационные механизмы в этих областях являлись наиболее активными и более успешными в качестве примеров. В других областях республики, где уровень распространения ВИЧ-инфекции ниже, деятельность координационных комитетов практически отсутствовала.

Неоднократно высказывались сомнения, что существующий формат областных многосекторальных координационных комитетов жизнеспособен. По мнению респондентов, либо вся деятельность будет сводиться к формальным заседаниям либо ее вообще не будет. Обсуждая эффективность работы областных координационных структур, респонденты выделяли следующие факторы, влияющие на их эффективность:

- **Осуществление руководства / наставничества со стороны Секретариата СМКК.** Было отмечено, что интенсивные мероприятия по активизации деятельности ОМКК, проводимых в 2006-2007 году дали свои результаты. В то же время, прекращение этой активности привело к моментальному сворачиванию деятельности ОМКК.
- **Частая смена руководителей ОМКК.** Было замечено, что новые руководители ОМКК не вполне компетентны в вопросах, касающихся деятельности по ВИЧ/СПИДу в областях, что сводит работу комитетов к формальному проведению плановых заседаний, на которых заслушивается статистическая информация и отчеты областных центров СПИД. Реализация принятых на заседаниях решений не отслеживается.

«Снова произошла смена руководителей ОМКК. И когда проводилось заседание, мы снова заслушивали шаблонный отчет Центра СПИД. Было видно, что председатель не очень разбирается в ситуации. А ведь если бы он заранее получил эту информацию, пришел на заседание подготовленным, то заседание можно было бы посвятить решению конкретных вопросов» (Представитель НПО, г. Ош).

«В этих заседаниях (ОМКК) есть формальный подход. В частности, несмотря на изменившуюся эпидемиологическую ситуацию... выступление представителя областного центра СПИД на заседании ОМКК проходило по привычной схеме: была озвучена эпидемиологическая ситуация, но на конкретные вопросы по деятельности (финансированию) не смогли отчитаться» (Представитель государственной организации, г. Ош).

- **В состав областных координационных комитетов входят лица, не приверженные работе по ВИЧ/СПИДу.** Зачастую состав ОМКК формируется путем назначения. Результатом этого является низкая заинтересованность к работе ОМКК со стороны назначенных лиц. Участие в заседаниях расценивается как «трата времени», в связи с чем, руководители отправляют на заседания своих подчиненных. В свою очередь, делегированные лица не могут участвовать в принятии решений. Кроме того, в 2-х областях, в которых проводилось исследование, в состав ОМКК вошли либо непрофильные НПО, либо НПО, не осуществляющие деятельность на этой территории (столичные организации). В то же время ни одно из НПО, активно работающих в сфере ВИЧ/СПИДа, не вошло в новые ОМКК.

«Если честно, то на ОМКК никто из руководителей не ходит. Например, мне не интересно, у меня много другой важной работы. Поэтому я всегда своего заместителя отправляю, а потом она мне рассказывает в общих чертах. И, поверьте, все так делают» (Руководитель областной государственной организации).

- **Формализм и шаблонность в подходах к организации работы координационных структур.** При создании областных координационных структур не учитывается неудачный опыт предыдущих лет. Структура, функции,

состав и методы работы областных координационных комитетов не пересматриваются, и каждый раз воспроизводятся почти без изменений¹⁷.

«С одной стороны, мероприятия по СПИДу и туберкулезу проводятся активно. Проводятся выездные коллегии, заседания ОМКК в областной администрации, различные проверки и т.д. Но результатов нет. Может причиной этому то, что до сих пор не отработаны механизмы? И нет никакой прозрачности... Пока не будет прозрачности, например, отчетов по потраченным средствам на ОМКК, ничего не удастся наладить» (Представитель государственной организации, г. Ош)

- Важной причиной, по которой ОМКК практически не функционируют, **является отсутствие технических и материальных ресурсов для их работы.** У Секретариатов СМКК отсутствуют компьютеры, доступ к Интернету, оплата транспортных расходов. Поэтому работу, выполняемую в рамках ОМКК, приходится совмещать с выполнением другой работы, что напрямую сказывается на эффективности. Именно поэтому в Чуйской области было принято решение об объединении Координационного Совета по здравоохранению и ОМКК по ВИЧ/СПИДу.

6.3. Другие координационные структуры

В ходе проведения интервью представителями различных структур были отмечены и другие механизмы и структуры, способствующие более эффективной координации мероприятий по ВИЧ/СПИДу. В этом разделе приводятся примеры, о которых было высказано мнение респондентов в ходе исследования.

Координация между донорскими и международными организациями

Встречи донорских и международных организаций предназначены для обсуждения текущей деятельности, ее результатов, планирования дальнейших мероприятий, разработки планов, концепций и т.п. Такие встречи проводились и до 2007 года, но с реформированием СМКК они стали более частыми и более ориентированными на координацию. Некоторые из встреч определены формальными рамками (Тематическая группа ООН по ВИЧ/СПИДу, грантовые комитеты, саммиты по здравоохранению), другие встречи носят разовый характер. Координация деятельности международных и донорских организаций имеет конкретные результаты:

- С момента создания грантового комитета финансирующим организациям удается избежать дублирования при утверждении проектов и грантополучателей в различных организациях. За счет этого стало возможным расширить виды услуг, увеличить территориальный и количественный охват, обеспечить преемственность и сотрудничество между организациями;
- Организации, проводящие обучающие мероприятия, практикуют обмен программами, учебными модулями, списками участников. Это так же позволяет избежать дублирования, и в целом повышает эффективность мероприятий, направленных на усиления потенциала лиц, задействованных в мероприятиях по предупреждению эпидемии ВИЧ;
- Совсем недавно была создана общая база данных, в которую вошла информация о всех консультантах пулов международных организаций, работающих в КР. Наличие общей базы данных консультантов способствует экономии ресурсов за

¹⁷ Примером может служить то, что в отношении городского многосекторального координационного комитета по профилактике ВИЧ-инфекции/СПИДа, инфекций, передающихся половым и инъекционным путем г. Бишкек, по-прежнему действует Положение в редакции от 5 февраля 2002 года.

счет привлечения местных специалистов, повышает эффективность проводимых мероприятий путем привлечения признанных экспертов, и так же способствует усилению потенциала страны;

- В последние годы все чаще международные организации объединяют ресурсы для разработки различных документов. Так за период с 2006 года в стране при совместном финансировании и технической поддержке было подготовлено несколько страновых документов¹⁸, разработаны нормативно-правовые акты¹⁹, проведены различные оценки и исследования²⁰, разработаны стандарты оказания услуг²¹;
- Кроме того, организации совместно работают в продвижении каких-то направлений, услуг. В качестве примера может выступать внедрение ЗМТ в тюрьмах, где техническая помощь при продвижении проекта была предоставлена программами CARHAP, UNODC, а реализуется программа на средства ГФСТМ.

Координационный совет НПО

2008 году в КР был создан Координационный Совет (КС) СПИД-сервисных НПО КР. Идея о создании Координационного Совета прозвучала на форуме СПИД-сервисных НПО в январе 2008 года, и здесь же была подготовлена и утверждена основа Совета: Положение о Координационном Совете, а также выбран состав Координационного Совета. Основной целью КС является осуществление общей координации деятельности Совет СПИД-сервисных НПО и представление интересов данного гражданского общества.

В функции Координационного совета входит как внутренняя координация, направленная на усиление потенциала и оказание технической помощи НПО, так и координация с другими структурами (Государственными и международными организациями, СМКК и т.д.). В состав Координационного Совета НПО входят 17 человек, 8 из которых представляют все области Кыргызстана и г. Ош. Ответственным секретарем КС назначил специалиста по взаимодействию с НПО Секретариата СМКК/Проекта «Потенциал». Кроме того, члены КС представляют различные направления: работа с СР, с ИПН, с молодежью, с ЛЖВ и т.д. На момент проведения исследования Координационным Советом было проведено 2 плановых заседания, на одном из которых обсуждалась возможность подачи страновой заявки от гражданского общества на 8-й раунд финансирования гранта ГФСТМ.

Создание КС НПО пока не получило широкой огласки. Деятельность КС в большей степени касается организационных вопросов: разработки плана работы, отчетов о проделанной деятельности членов КС и т.п.. Тем не менее, уже сейчас можно выделить несколько аспектов, положительно характеризующих создание КС:

- Включение в Координационный Совет представителей всех областей является очень значимым. Ранее их отсутствие в координационных структурах вызывало серьезную критику. Теперь, как отметил один из членов КС, представляющих области, «создана площадка, на которой НПО из регионов могут высказаться и их голос будет услышан»;

¹⁸ Страновые заявки на 7-й и 8-й раунды ГФСТМ, отчет за 2007 г. по индикаторам UNGASS

¹⁹ 3-я Государственная программа по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее социально-экономических последствий на 2006-2010 г.г., Программа «Подготовка к освобождению осужденных и их социальная адаптация на 2008-2010 г.г.» и т.п.

²⁰ Оценка законодательства Кыргызской Республики и ведомственных нормативно-правовых документов, касающихся обеспечения доступности профилактики и лечения ВИЧ для потребителей инъекционных наркотиков и лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы.

²¹ Стандарты качества услуг снижения вреда, клинические протоколы по ЗМТ, клинические протоколы по ДКТ и т.п.

- Участники исследования отмечали, что Координационный Совет НПО обладает большим потенциалом, и имеет реальную возможность влиять на приоритеты и политику в области ВИЧ/СПИДа в КР. В частности, решения КС будут озвучиваться на заседаниях СМКК, и представители от НПО-сектора будут добиваться их продвижения;
- Создание КС признается большим достижением, свидетельствующим о новом этапе развития НПО, когда от конкуренции и разобщенности наступил переход к консолидации и сотрудничеству. КС – институциональная форма, закрепляющая и регулирующая эти изменения;
- Готовность поддерживать работу Координационного совета выразили несколько организаций UNDP и UNAIDS. В настоящее время при финансовой поддержке проекта «Потенциал» разрабатывается веб-сайт КС. В сентябре так же при поддержке международной организации пройдет презентация координационного совета для широких кругов.

Межсекторальный координационный совет по охране здоровья и социальному сопровождению в УИС

Межсекторальный координационный совет по охране здоровья и социальному сопровождению в УИС создан в апреле 2007 года по инициативе Министерства Юстиции КР. Кроме МЮ, в него вошли Министерство Здравоохранения КР и Министерство Труда и Социальной Защиты. Председателем КС является заместитель министра юстиции, сопредседателями являются представители МЗ и МТиСЗ.

Координационный совет создан с целью координации донорских инвестиций по охране здоровья (включая ВИЧ, ТБ и т.д.) и социальному сопровождению в уголовно-исправительной системе. На последнем заседании КС были заслушаны отчет рабочей группы по анализу профессиональных стандартов сотрудников УИС в отношении профилактических программ по ВИЧ/СПИДу, отчет рабочей группы по оценке обучающих стандартов по сотрудникам УИС в отношении профилактических программ по ВИЧ/СПИДу, а так же отчет по исследованию, связанному с оценкой доступа осужденных к услугам, связанных с ВИЧ/СПИДом.

По-видимому, существование координационного совета имеет большее значение для МЮ. Так, представители МЮ КР в интервью высоко оценили его роль, упомянув, что работа КС позволяет более эффективно подходить к реализации грантовой помощи, и выполнению государственных программ мероприятий по ВИЧ/СПИДу и ТБ. Однако в интервью с представителями МЗ КР и МТиСЗ координационный совет упомянут не был.

Рабочая группа

В отчете по 1-му этапу исследования уже отмечалось, что существующий формат областных многосекторальных координационных комитетов чаще всего не является функциональным и играет формальную роль. Тем не менее, организации, реализующие Областные программы по предупреждению эпидемии ВИЧ, нуждаются в координации деятельности. В связи с этим, в отдельных областях стали появляться альтернативные структуры, целью создания которых является улучшение координации деятельности по ВИЧ/СПИДу. Одним из примеров является Рабочая Группа по профилактике эпидемии ВИЧ/СПИДа в г. Ош. На момент проведения полевых работ (апрель 2008 г), создание РГ обсуждалось партнерскими организациями. Как заявлялось в проекте Положения, РГ создается «по инициативе ОФ «Подруга» при финансовой поддержке корпорации Джона Сноу (JSI)». Целью создания рабочей группы является координация планирования, внедрения и мониторинга программ по

профилактике ВИЧ/СПИДа в г. Ош. Согласно Проекту, в состав рабочей группы должны были войти представители всех СПИД-сервисных НПО, ключевых областных и городских СМИ, а так же представители городских государственных медицинских и образовательных учреждений и силовых ведомств.

6.4. Заключение

Таким образом, на основе собранной информации в двух фазах данного исследования, о координационном механизме в области ВИЧ/СПИД можно сказать следующее:

- Координация деятельности, связанной с предупреждением распространения эпидемии ВИЧ-инфекции в КР возложены на Страновой Многосекторальный Координационный Комитет. В августе 2007 года СМКК по ВИЧ/СПИДу, туберкулезу и малярии был объединен с Республиканской чрезвычайной противоэпидемиологической комиссией и преобразован в Страновой Многосекторальный координационный комитет по социально значимым и особо опасным инфекционным заболеваниям при Правительстве КР. В настоящее время фокус существующего СМКК сосредоточен на более чем 40 заболеваниях людей и животных.
- В целом, изменения, произошедшие в структуре СМКК, признаются неоправданными, а его работа оценивается как недостаточно эффективная. После реформирования СМКК в стране возникли проблемы с координацией. Прежде всего, это касалось (1) вовлечения всех секторов в реализацию мероприятий по ВИЧ, (2) в мониторинге осуществляемых мероприятий и предоставлении информации всем заинтересованным партнерам, (3) в преемственности проводимых мероприятий, в частности в продвижении утверждения на уровне Правительства нескольких значимых документов.
- Серьезным препятствием для эффективной координации могут стать собственно структура нового СМКК, и прежде всего положение и потенциал Секретариата, потеря межсекторальности в подходах к решению вопросов, связанных с ВИЧ/СПИДом, и неготовность отдельных значимых актеров к открытому сотрудничеству.
- Активность ОМКК напрямую зависит от осуществления руководства и наставничества со стороны Секретариата СМКК. В 2008 году ОМКК практически прекратили свою деятельность. К этому привели низкая заинтересованность в работе лиц, принимающих решения; формализм в подходах к работе ОМКК, отсутствие политической силы принятых решений; и другие факторы. Это свидетельствует о том, что выбранный формат работы ОМКК является нежизнеспособным. Тем не менее, при создании новых областных координационных структур используются прежние шаблоны.
- Кроме Странового и Областных Координационных Комитетов, в стране имеются другие структуры, координирующие деятельность по ВИЧ/СПИДу либо в определенных секторах (как координационный совет НПО), либо на определенных территориях (как рабочая группа при мэрии г. Ош).

6.5. Рекомендации

На основе сделанных выводов можно дать следующие рекомендации в отношении дальнейшего развития странового координационного механизма в области ВИЧ/СПИДа:

Рекомендация #1. Координация деятельности по ВИЧ/СПИДу в стране должна осуществляться на основе соблюдения преемственности, с учетом предыдущего положительного и отрицательного опыта. В частности, опыт работы СМКК в КР показал, что эффективности межсекторальной координации способствуют несколько ключевых аспектов: (1) секретариат СМКК должен иметь надведомственный статус и находиться при аппарате Правительства; (2) фокус СМКК должен быть сосредоточен на схожих проблемах, чтобы обеспечить заинтересованное участие всех сторон; (3) необходимо проводить целенаправленную деятельность по формированию приверженности среди лиц, принимающих решения на высоком правительственном уровне.

Рекомендация #2. Продолжать мероприятия по усилению координационного механизма на областном уровне. Для повышения активности областных координационных структур необходимо: (1) предоставить Секретариатам ОМКК соответствующую материально-техническую базу; (2) обеспечить для ОМКК регулярную техническую помощь по вопросам координации деятельности по ВИЧ/СПИДу; и (3) обеспечить регулярную регламентированную связь между Секретариатами ОМКК и Секретариатом СМКК.

Раздел 7. Сотрудничество между организациями, предоставляющими услуги по ВИЧ/СПИД

С самого начала реализации национальной политики в области ВИЧ/СПИДа в КР (1997 г) уделялось внимание межсекторальному подходу. Одним из основополагающих принципов Третьей Государственной программы по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее социально-экономических последствий в Кыргызской Республике на 2006-2010 годы является обеспечение многосекторального подхода к решению проблемы ВИЧ/СПИДа, усиление партнерства государственного и гражданского секторов²².

На первых этапах реализации национальных программ по ВИЧ/СПИД взаимодействие между организациями носило в большей степени декларативный характер, основывалось на принципах, записанных в национальных документах, и чаще всего инициировалось донорскими организациями. В последние годы (2006-2008 г.г.) сотрудничество между организациями различного типа стало приобретать новый характер: инициатива о сотрудничестве стала исходить от организаций-исполнителей проектов, расширился спектр перенаправлений, организации стали больше сотрудничать по стратегическим направлениям. Об изменениях в характере сотрудничества свидетельствуют результаты исследования.

В данном исследовании при изучении вопросов взаимодействия между СПИД-сервисными организациями, прежде всего, внимание обращалось на такие сферы как (1) сотрудничество при оказании услуг, связанных с ВИЧ/СПИДом; (2) сотрудничество в повышении потенциала организаций (3) сотрудничество при создании благоприятной среды и адвокации деятельности по ВИЧ/СПИД; и (4) использование общей системы МиО.

7.1. Сотрудничество при оказании услуг по ВИЧ/СПИД

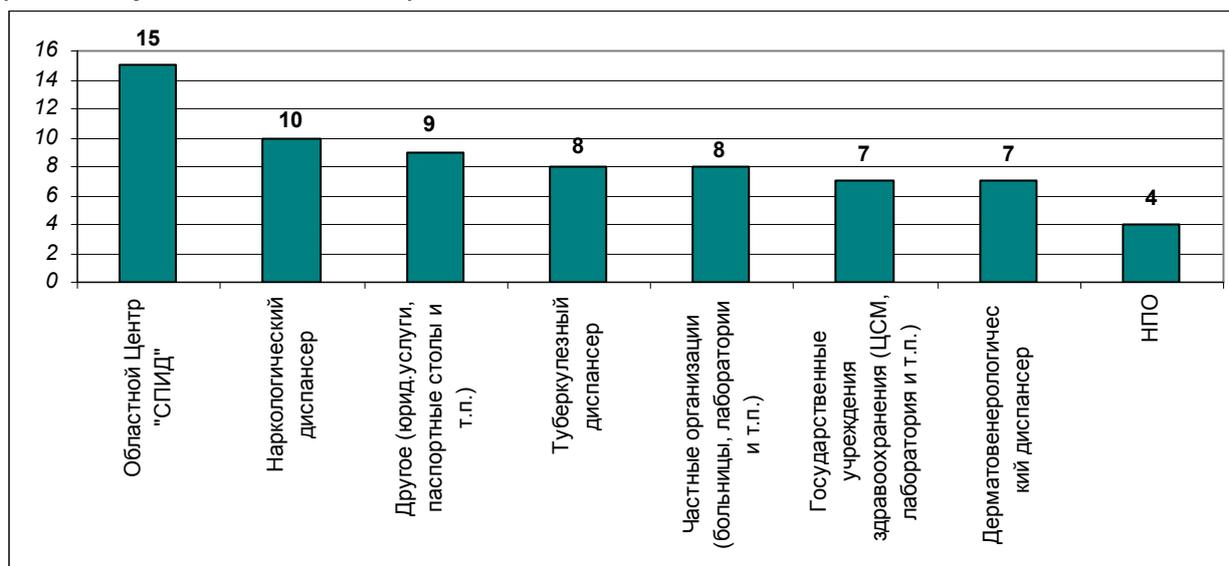
В оказании услуг, связанных с ВИЧ/СПИДом, решающее значение для эффективности имеет комплексный клиентцентрический подход. Клиенты, обращающиеся в СПИД-сервисные организации, кроме проблем со здоровьем, как правило, имеют целый комплекс социальных и юридических проблем, которые решить в рамках одной организации невозможно. Перенаправление клиентов является по-прежнему одной из самых распространенных форм сотрудничества между организациями – респонденты из всех обследованных организаций отмечают, что направляют своих клиентов для получения дополнительных услуг (Рис.7.1.).

Поскольку все организации, в которых опрашивался персонал, оказывают услуги, связанные с ВИЧ/СПИДом, то предсказуемым явился факт стопроцентного сотрудничества с городским или областными центрами СПИД. Наиболее часто клиентам даются направления для получения медицинских услуг: в наркологические (10 из 15 организаций), туберкулезные (8 организаций) центры, дерматовенерологические клиники (7 организаций) и другие государственные медицинские учреждения (7 организаций), такие как лаборатории, ЦСМ, родильные дома и больницы. По сравнению с 2007 годом были отмечены некоторые изменения. Во-первых, в связи с отсутствием финансирования для оказания дружественного дерматовенерологического сервиса, усилилось сотрудничество между НПО,

²² Третья Государственная программа по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее социально-экономических последствий в Кыргызской Республике на 2006-2010 годы

оказывающими услуги для СР, и частными клиниками. Персонал НПО оценивает это как изменение поведения клиентов, считая, что «среди секс-работников появилась ответственность и готовность платить за свое здоровье». Во-вторых, значительно увеличилось число перенаправлений клиентов для получения немедицинских услуг. Чаще всего они связаны с получением юридической помощи, восстановлением документов, реже – с трудоустройством и получением льгот.

Рис. 7.1. «В какие организации Вы перенаправляете клиентов?»
(кол-во организаций, $n^{23}=15$)



В практике сотрудничества между организациями по перенаправлению клиентов можно выделить 3 формы:

- **Формальные партнерские соглашения** – партнерство между организациями, чаще всего инициированное донорами. Направления сотрудничества и партнерские отношения строятся исходя из политического интереса.

Одним из примеров эффективного взаимодействия в оказании услуг связанных с ВИЧ/СПИДом, является сотрудничество ГУИН и неправительственных организаций, которое активно развивается в течение последнего года. Благодаря созданию соответствующей нормативно-правовой базы, приверженности руководящих лиц и поддержке донорских организаций в уголовно-исправительной системе КР реализуется ряд проектов, направленных на профилактику ВИЧ и лечение и поддержку ЛЖВ. В местах заключения проводится ЗМТ, АРВ-терапия, обмен шприцев для ИПН, действуют реабилитационные центры «Атлантис». В настоящее время неправительственные организации имеют возможность оказывать помощь как заключенным, так и сотрудникам ГУИН. В частности, в СИЗО и нескольких колониях действуют социальные бюро, целью которых является проведение консультаций и подготовка к освобождению заключенных (проект финансируется CARHAP). НПО «Коз-Караш» и ОО «Равновесие», работающие с ЛЖВ, несколько раз в год посещают колонии с целью проведения информационно-

²³ В этом вопросе учитывается мнение не всего опрошенного персонала, а лишь тех, кто отвечает за перенаправление клиентов. Так были исключены ответы юристов, психологов, ответственных за информационную работу. «n»- количество организаций, в которых был опрошен персонал.

образовательных мероприятий и консультаций, формированию приверженности к АРВ-терапии и оказанию материальной помощи заключенным (проекты финансируются СААР).

Другим успешным примером такого сотрудничества является «консорциум» Мэрии г.Бишкек, БТУ ФОМС, ГСВ и НПО по организации сети обмена шприцев при ГСВ в г. Бишкек. Финансирование этого проекта осуществляется ГФСТМ.

Однако, чаще всего такое взаимодействие не находит приверженности у исполнителей, и не работает. Наибольшие трудности в построении сотрудничества на формальной основе возникают у организаций, где деятельность по ВИЧ/СПИДу реализуется сравнительно недавно.

«У нас есть соглашение с поликлиникой, о перенаправлении клиентов. Но если мы не будем их сопровождать, то нашего клиента могут и не принять. Приходится брать с собой каждый раз Меморандум, показывать и говорить «Почему не принимаете, если есть соглашение?»» (НПО, г.Бишкек)

- **Частные партнерские соглашения** – партнерства между организациями, входящими в партнерские сети и ассоциации. Инициатива и направления для сотрудничества выбираются самими организациями.
- **Неформальное сотрудничество** - сотрудничество между организациями строится на личных взаимоотношениях и связях. Полностью отсутствуют формальные рамки, участие абсолютно добровольное, взаимодействие осуществляется по необходимости. В настоящее время, такое сотрудничество признается по-прежнему самым распространенным и эффективным.

Неформальное сотрудничество в оказании услуг для уязвимых групп строится не только со СПИД-сервисными организациями, но и с частными лицами. Так, организации, обменивающие шприцы, начинают тесно сотрудничать с продавцами наркотиков («барыгами») или «мамочками», организуют для них образовательные мероприятия по вопросам ВИЧ/СПИД. Это позволяет осуществлять аутрич-работу (обмен шприцев, консультирование и предоставление информационных материалов) непосредственно на «ямах» и в саунах.

Проекты ГИ в значительной степени влияют на усиление сотрудничества между СПИД-сервисными организациями в отношении оказания услуг. В частности, финансирование ГФСТМ позволило расширить как спектр услуг связанных с ВИЧ, так и количество предоставляющих их организаций. Кроме того, в случае необходимости ОРП ГФСТМ может оплатить медицинские услуги для отдельных клиентов (чаще всего, клиентам с тяжелыми и экстренными состояниями). В проектах, реализуемых НПО при поддержке СААР, предусмотрена статья на сопровождение клиентов до места получения услуги, что ликвидирует один из значимых барьеров – затраты на получение услуг²⁴. Все это увеличило возможности перенаправления клиентов, и предоставления им полного комплекса медицинских, социальных и юридических услуг.

В ходе интервью респондентами был обозначен ряд факторов, препятствующих более эффективному сотрудничеству при оказании услуг, связанных с ВИЧ/СПИДом:

²⁴ По результатам первого этапа исследования 33% опрошенных пользователей услуг отметили затраты на получение услуги как барьер в доступе. См. подробнее Отчет по первому этапу исследования «Глобальные инициативы в области ВИЧ/СПИД и их влияние на систему здравоохранения КР стр.72.

- (1) Отсутствие преемственности между государственными организациями, в том числе организациями здравоохранения. Эта проблема обозначалась достаточно часто в связи с различными контекстами. В частности, несмотря на то, что деятельность по ВИЧ/СПИДу и по туберкулезу финансируется ГФСТМ, отсутствует комплексный подход к решению проблемы «ВИЧ+ТБ». Отмечалось, что в туберкулезной больнице на юге республике из-за отсутствия диагностических тест-систем более 6 месяцев не проводилось тестирование пациентов на ВИЧ. Так же сотрудники туберкулезной службы не имеют четкого представления о количестве пациентов с диагнозом ВИЧ+ТБ, о подходах в АРВ-терапии, и не знают, что происходит с ВИЧ-позитивными пациентами, когда они выписываются из туберкулезных больниц. Сотрудники Центров по борьбе с туберкулезом в гг. Ош и Бишкек недостаточно осведомлены об организациях, оказывающих услуги для ИПН и ЛЖВ, и не перенаправляют своих клиентов.

Другой проблемой является отсутствие или недостаточная преемственность между службой СПИД и центрами семейной медицины. Данные о ВИЧ-позитивных пациентах передаются в ЦСМ, однако у последних отсутствуют как навыки, так и ресурсы для работы с такими пациентами.

«Центр СПИД сообщает нам о тех, у кого на нашем участке выявлен ВИЧ. Но, например, на нашем участке трое с ВИЧ-положительным диагнозом. Один из них – в СИЗО, двое других – активные наркоманы. Когда врач приходит к ним домой, они прячутся, не хотят с ним разговаривать. Они скрывают, что у них ВИЧ. И мы не можем заставить их сдавать анализы, и как-то иначе контролировать их состояние. У нас нет к ним доступа, нет подходов, нам не чем их завлечь».

- (2) Отсутствие финансирования от ГФСТМ в первом полугодии 2008 года. На момент проведения полевых работ значительное число НПО не получало финансирования от ГФ в связи с изменением условий для продления проектов. Соответственно, возможность направлять клиентов в партнерские организации заметно сократилась. В частности, по этой причине в г.Бишкек практически полностью отсутствовал доступ к кожно-венерологическому сервису.
- (3) Усиление конкуренции между организациями и борьба за ресурсы. Для того, чтобы получить финансирование, отдельные организации стали брать на себя функции, которые ранее выполнялись их партнерами. В связи с этим, при перенаправлениях и получении услуг возникли значительные трудности, приведшие к тому, что часть клиентов вообще отказалась от услуг, в т.ч. и от получения АРВ-терапии.
- (4) Проекты ГФСТМ не предусматривают сопровождения клиентов. Как правило, перенаправление клиентов требует его сопровождения, однако в бюджетах проектов статья расходов, связанная с сопровождением не предусматривается. Зачастую социальные работники вынуждены за свой счет везти клиента в другую организацию, находится с ним все время, пока он не получит услугу. Однако формально это не входит в функциональные обязанности социальных работников, и соответственно, затраченное на сопровождение время не учитывается, и затраты не компенсируются.

«Мы не используем бланки перенаправлений, так как всегда сами сопровождаем клиентов. Вы же знаете, если активному наркопотребителю сказать: «Поезжай туда и сдай анализ» или «Иди к этому врачу», то он не пойдет. Поэтому мы берем его за руку и везем. Платишь за дорогу из своего кармана, а нам эти деньги не возвращают» (Представитель НПО, г. Ош).

«Очень плохо, что в ГФ не оплачивает транспортные расходы. В нашем городе нет дружественной клиники для СР. Чтобы обследовать «девочек», я беру такси, сажаю сразу 3-4-х в машину, и везу их в Ош за свой счет. А что еще остается делать?» (представитель НПО, г.Кара-Суу Ошская область).

- (5) Недостаточное количество организаций или неготовность государственных организаций работать в сфере ВИЧ/СПИДа в Жалалабатской и Иссык-Кульской областях так же создают трудности в оказании полного комплекса услуг для клиентов.

«У нас очень большая выявляемость ВИЧ среди ИПН. Но мы не можем их куда-то направить, т.к. в г. Жалалабат нет ни одной организации, которая бы работала с ЛЖВ. Здесь такой менталитет, прежде, чем я его отправлю в Центр СПИД или в ЦСМ для наблюдения, надо с ним поработать, все хорошо объяснить. Мы (НПО) работаем с ИПН, и не знаем всех тонкостей как работать с ЛЖВ. Мы не можем оказать им какие-то особые услуги, связанные с ВИЧ. Получается, что они (ЛЖВ) у нас «выброшенные»» (Представитель НПО, г. Жалалабат).

7.2. Сотрудничество по вопросам повышения потенциала СПИД-сервисных организаций

Расширение деятельности в области ВИЧ/СПИД в КР предъявляет новые требования к вовлеченным в этот процесс организациям. Сегодня от них требуется не только достижение определенного охвата и проведение перечня мероприятий, но и постоянная работа над организационным развитием, повышением квалификации персонала, и улучшением качества услуг. В последние годы отмечается усиление сотрудничества между организациями в плане повышения собственного потенциала, которое происходит в нескольких направлениях.

Объединение организаций в Ассоциации

В настоящее время в КР имеется 4 Ассоциации СПИД-сервисных организаций. Вхождение в Ассоциацию обеспечивает организации доступ к информационным ресурсам, дает возможность участия в совместных проектах, привлечения местных и международных консультантов, проведения совместных исследований, участия в разработке нормативных документов, представительства своих интересов на различных мероприятиях. Кроме того, Ассоциации оказывают активную поддержку своим членам в организационном развитии, поиске финансирования и в реализации проектов.

Одним из ярких примеров является Ассоциация «Анти-СПИД». В рамках проекта «Обеспечение конструктивного участия гражданского общества в национальном ответе на эпидемию ВИЧ в Кыргызстане» (ГФСТМ) в течение одного года Ассоциация провела 4 обучающих тренинга для сотрудников организаций-членов Ассоциации, по темам, касающимся организационного развития. Ассоциация имеет постоянно действующий сайт www.volvox.in.pro.kg, на котором публикуется необходимая для работы информация. Члены Ассоциации имели возможность участвовать в обсуждении Положения о СМКК (2005 г.). Совместными усилиями была подготовлена публикация «Опыт неправительственных организаций, работающих в области ВИЧ/СПИД в Кыргызской Республике». Ассоциация реализует субгрантовые программы. В частности, с 1 декабря 2007 г. Международным Альянсом по ВИЧ/СПИД в партнерстве с Ассоциацией Анти-СПИД реализуется проект «Усиление партнерства и вовлечение людей, живущих с ВИЧ и пострадавших от эпидемии в Центральной Азии как ключ к универсальному

доступу», поддержанный Проектом по контролю ВИЧ в Центральной Азии (СААР). Три НПО получили субгранты и реализуют этот проект на местах. Ранее, в рамках проекта «Обеспечение конструктивного участия гражданского общества в национальном ответе на эпидемию ВИЧ в Кыргызстане», финансируемого ГФСТМ, субгранты получили 4 НПО из регионов республики.

Проведение совместных обучающих мероприятий для сотрудников организаций

Несмотря на значительное число финансируемых международными организациями тренингов и семинаров, у организаций остается высокая потребность в обучении. Особенно остро стоит вопрос обучения среднего персонала (социальных работников, волонтеров), среди которого отмечается наибольшая текучесть. В течение последних 2-х лет НПО организуют совместные тренинги для своих сотрудников, не привлекая дополнительного финансирования со стороны доноров. Тренерами являются более опытные сотрудники этих же организаций, прошедшие обучение на крупных тренингах. Кроме того, у организаций появилась возможность направлять своих сотрудников на стажировку в более сильные НПО. В частности, юридическая клиника «Адилет» предоставляет возможность юристам из других СПИД-сервисных организаций пройти 2-хнедельную стажировку. Некоторые международные организации предоставляют возможность привлечения местных консультантов для решения конкретных проблем отдельных организаций.

Объединение ресурсов для проведения совместных акций

С началом реализации гранта ГФСТМ в КР увеличилось число крупных акций для населения в целом или отдельных групп. Как правило, в проведение этих акций вовлекаются как государственные, так и неправительственные организации. Такая форма сотрудничества признается весьма эффективной. Как заметил один из респондентов *«у каждого из нас (организаций) есть свои ресурсы и возможности. Государственные организации могут предоставить помещение, ВУЗы и школы – собрать народ, а мы (НПО) занимаемся самой программой».*

Региональные Обучающие Курсы (РОК) по подготовке тренеров

Создание региональных обучающих курсов на базе существующих институтов в 4-х странах Центральной Азии запланировано в рамках реализации проекта СААР. Респонденты отмечали, что даже подготовка к созданию курсов предоставила хорошую площадку для сотрудничества СПИД-сервисных организаций всего региона. Это сотрудничество заключалось в разработке учебных модулей и программ.

На сотрудничество организаций в плане повышения потенциала оказало влияние несколько факторов. Во-первых, на средства ГФСТМ в первые годы реализации гранта было проведено множество обучающих мероприятий, что позволило создать объединение местных консультантов. Во-вторых, ГФСТМ и СААР поддерживают инициативу межсекторального сотрудничества и финансируют такие проекты. Так же расширение финансирования привело к более частому проведению массовых акций, что создает площадку для сотрудничества.

7.3. Сотрудничество по созданию благоприятной среды и адвокации деятельности по ВИЧ/СПИД

Созданию благоприятной среды и адвокации деятельности по ВИЧ/СПИДу в КР всегда уделялось большое внимание. Однако в первое время инициатива и реализация таких мероприятий находилась в руках донорских организаций. Такая ситуация не

способствовала улучшению взаимодействия между различными секторами, и пониманию ролей каждого сектора в деятельности по ВИЧ/СПИД.

В настоящее время в стране проводится все больше мероприятий по созданию благоприятной среды с привлечением в них различных секторов. Организаторами мероприятий являются НПО, реализующие проекты ГФСТМ и/или СААР. В частности, в 2008 году в рамках проекта «Тумар» (СААР) НПО провели семинары по формированию толерантности к уязвимым группам и разъяснению принципов профилактических программ по ВИЧ/СПИДу для сотрудников правоохранительных органов, представителей территориальных советов и религиозных лидеров. Так же в 2007-2008 г.г. во всех областях КР НПО организовали общественные слушания с приглашением к участию представителей различных секторов (медицинских работников, сотрудников силовых ведомств, местных администраций). Отмечалось, что по окончании реализации грантов ГФСТМ, НПО проводят круглые столы для информирования партнерских организаций о своей деятельности.

По мнению участников исследования, такой подход в значительной мере способствует улучшению взаимодействия. Представители государственных служб начинают с большим пониманием относиться к деятельности, осуществляемой НПО, и идут на сотрудничество.

«Перед тем как запустить проект, мы провели встречи с правоохранительными органами, с имамами. И сейчас уровень понимания с их стороны намного выше... Например, имамы нам помогают, в мечетях открыто говорят о проституции, о презервативах, и том, что мы делаем (обмен шприцев)» (Представитель НПО, г. Кара-Суу, Ошская область).

Тем не менее, по-прежнему в этом направлении отмечается ряд трудностей. Одной из проблем является отсутствие соответствующей нормативно-правовой базы. Как отмечали участники исследования, заключение меморандумов о сотрудничестве с государственными организациями не имеет никакой легитимности, если отсутствуют Приказы или Постановления для реализации обозначенных мероприятий. Наибольшие трудности возникают при достижении соглашений с правоохранительными органами.

«Можно приложить множество усилий, чтобы обучить сотрудников правоохранительных органов, дать им всю информацию о работе НПО, о целях нашей деятельности. Но каждая служба взаимодействует по приказу своего министерства. Если Министерство издает соответствующий приказ, то работа ладится. Если же у них выходит другой приказ, например, о проведении рейдов, то тут уже никакой меморандум не поможет» (представитель НПО, г. Ош).

Другой проблемой является сложившийся стереотип в отношении НПО как «поедателя грантовых денег» и непризнания их полноправными партнерами. Такая ситуация в большей степени характерна для регионов, где деятельность по ВИЧ/СПИДу осуществляется сравнительно недавно.

«Чтобы улучшить сотрудничество, необходимо поднять статус НПО до равноправного партнера. К сожалению, руководители государственных структур по-прежнему считают, что НПО лишь напрасно тратят деньги». (Представитель НПО, г. Ош).

7.4. Использование общей системы МиО

В рамках реализации Третьей Государственной Программы по ВИЧ/СПИДу, осуществления комплексной деятельности большим числом организаций,

оказывающих услуги, связанные с ВИЧ, и значительным количеством финансирующих организаций, для отслеживания результатов воздействия необходима единая система МиО. Однако следует признать, что сотрудничество в этом направлении среди СПИД-сервисных организаций практически не ведется. В ходе исследования было замечено, что организации используют разные индикаторы в оценке достижения результатов, и разные подходы в учете данных. Несмотря на то, что практически все НПО используют систему универсального идентификационного кода для учета клиентов, обмена базами данных между организациями не ведется. Более того, эти данные не запрашиваются большинством финансирующих организаций.

Для улучшения ситуации проектом СААР были предприняты отдельные шаги: в частности, разработана собственная онлайн база данных CARISA, а так же профинансирована адаптация БД MIS (Management Information System)²⁵ (CARHAP). Однако предпринятые шаги никак не влияют на улучшение ситуации.

Среди факторов, препятствующих внедрению общей системы МиО можно выделить несколько:

- (1) У разных финансирующих организаций имеются разные подходы в системе МиО. В связи с этим, зачастую СПИД-сервисные организации имеют несколько баз данных и форм отчетности, и должны вести несколько систем учета.
- (2) Задержка более чем на 1 год с утверждением Положения о Государственной системе мониторинга и оценки реализации государственной программы в области ВИЧ-инфекции и СПИДа в КР и Национального плана мониторинга и оценки реализации государственной программы по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИД и ее социально-экономических последствий в КР на 2006-2010 гг. Целью Национальной системы МиО является обеспечение систематического сбора, хранения, анализа и распространения достоверной информации о реализации государственной программы по ВИЧ/СПИДу. Задержка связана с политической ситуацией в республике, сменой лиц, принимающих решения, и реформированием СМКК, который лоббировал утверждение положений.
- (3) Слабый потенциал самих СПИД-сервисных организаций в отношении сбора и анализа данных. Большая часть организаций, по собственному признанию, собирают лишь те данные, которые запрашивает донор. Данные собираются аутрич-работниками, которые являются представителями уязвимых групп или со-зависимыми, и не имеют навыков для работы с базами данных. Качество предоставляемых данных не проверяется. Лишь отдельные организации собирают данные, касающиеся качества предоставления услуг и потребностей клиентов. Причиной является недостаточное владение методами сбора данных.

²⁵ База данных предусматривает сбор следующей информации: УИК клиента и его демографические данные, предоставленные услуги, перенаправления и результаты перенаправлений, информация об изменении поведения (использование шприцев и презервативов)

7.5. Заключение

- Ситуация в отношении координации и сотрудничества СПИД-сервисных организаций в КР имеет тенденцию к постоянному улучшению. Увеличивается число организаций, вовлеченных в процесс сотрудничества, и увеличивается количество направлений для взаимодействия;
- Самой распространенной формой сотрудничества является перенаправление, которое осуществляют практически все организации, оказывающие услуги по ВИЧ/СПИД. Чаще всего клиенты направляются в медицинские учреждения для получения профильных услуг;
- Характер перенаправлений косвенно свидетельствует об изменении поведения клиентов и более осознанному подходу к своему положению. В оказание услуг уязвимым группам активнее стал вовлекаться частный сектор, причем клиенты выражают готовность платить за услуги. Кроме того, усилилось сотрудничество с организациями, оказывающими немедицинские услуги – восстановление документов и трудоустройство, способствующие интеграции в общество;
- Большие трудности в осуществлении перенаправлений в последние 12 месяцев создавали перерывы в финансировании, усилившие конкуренцию и сократившие число поставщиков услуг;
- Организации активно сотрудничают между собой в отношении повышения собственного потенциала. Это выражается в объединении в Ассоциации, проведении совместных обучающих мероприятий для персонала и объединении ресурсов при проведении масштабных информационных акций;
- Решающее значение имеет то, что в последние годы проводится все больше мероприятий по созданию благоприятной среды, организованных НПО с привлечением представителей государственных организаций и гражданского общества. Такой подход усиливает понимание осуществляемой на местах деятельности по ВИЧ/СПИДу и способствует более конструктивному сотрудничеству;
- В КР создана определенная база для внедрения единой системы МиО: все организации используют УИК, имеется несколько электронных баз учета данных, разработан национальный план по МиО. Однако до последнего времени не были предприняты комплексные меры для запуска единой системы МиО;
- В целом же тенденция такова, что между организациями становится больше формального сотрудничества: в рамках ассоциаций, по реализации совместных проектов, предоставлению консультаций и обучения. Взаимодействие между организациями признается все более планомерным, экономичным и эффективным. Однако по-прежнему, предпочтительным остается сотрудничество, основанное на личных связях и договоренностях.

7.6. Рекомендации

Рекомендация #1. Продолжить проведение мероприятий по дальнейшему укреплению сотрудничества между государственными и негосударственными (НПО, частные) организациями с целью обеспечения эффективности и преемственности в оказании услуг по ВИЧ/СПИД.

Раздел 8. Человеческие ресурсы, предоставляющие услуги по ВИЧ/СПИД

Результаты предыдущего этапа исследования (2007 год) показали наличие положительного влияния деятельности ГФСТМ на укрепление потенциала человеческих ресурсов, вовлеченного в мероприятия по противодействию ВИЧ/СПИД. Выделение грантовых средств способствовало, прежде всего, увеличению общего количества персонала, работающего в области ВИЧ/СПИД, особенно за счет сотрудников неправительственного сектора. Сформировались и начали развиваться такие новые категории работников, как «социальные работники» и «аутрич-работники». Интенсивное обучение, которое проводилось на средства ГФСТМ, позволило улучшить знания и профессиональные навыки сотрудников в СПИД-сервисных организациях различного профиля.

Ниже представлена информация о динамике отдельных показателей в отобранных для исследования организациях, вновь наметившихся тенденциях и факторах, способствующих/препятствующих дальнейшему развитию ЧР для надлежащего оказания услуг по ВИЧ/СПИД.

8.1. Общая ситуация по ЧР в системе здравоохранения КР

Для того чтобы оценить изменения, происходящие с персоналом в СПИД-сервисных организациях, важно понимать общую ситуацию с кадровым обеспечением, сложившуюся в последние годы в системе здравоохранения КР. Среди основных тенденций можно назвать следующее:

- **Снижение общей обеспеченности медицинским персоналом и усиление географического дисбаланса.** В период до 2003-2004гг. изменения в кадровом обеспечении характеризовались снижением общего количества врачей и медицинских сестер в стране. Этот процесс был связан с внешними, экономическими факторами. Часть врачей выбывали из сектора здравоохранения в поисках более высоких заработков. Другие – начинали заниматься частной медицинской практикой, нередко сохраняя совместительство в государственных медицинских организациях. В этот период времени также наблюдалось повышение внутренней миграции, когда медицинские специалисты старались перемещаться в столицу г.Бишкек и прилегающую Чуйскую область, реже – в другие областные центры, что приводило к усилению дисбаланса в распределении медицинских кадров по регионам. Принимая во внимание, что исходная обеспеченность врачами и медсестрами в КР, так же как и в других странах СНГ, была высокой, уменьшение общего количества персонала на том этапе не вызывало серьезной обеспокоенности. Более того, в рамках проводимых реформ системы здравоохранения, где одной из целей было повышение эффективности функционирования организаций здравоохранения, были проведены небольшие плановые сокращения/перераспределения работающего (преимущественно среднего и младшего) персонала. По данным 2006 года практически во всех областях КР (кроме г.Бишкек и г.Ош) показатель обеспеченности врачами был ниже среднереспубликанского показателя (19,9 на 10 тыс.нас.) и составлял от 12,7 до 16,9 на 10 000 населения, а в отдельных сельских районах - 6,8 – 9,1 на 10 тыс.нас.²⁶

²⁶ Данные Республиканского медико-информационного центра МЗ КР.

- **Существенное увеличение внешней миграции медицинских работников.** Начиная с 2004 года, начала складываться устойчивая тенденция, когда ежегодный отток кадров из системы здравоохранения стал превышать их приток. Ситуация начала резко обостряться в связи с быстрым ростом внешней трудовой миграции медицинских работников (врачи: 2004г. – 3%, 2005г. – 8%; медсестры: 2004г. – 2,9%, 2005г. – 5,6%)²⁷. В течение 2007 года из системы здравоохранения убыло 1086 врачей, в т.ч. за пределы республики 225 врачей²⁸. Отчасти это начало происходить в связи с изменениями в кадровой политике соседних государств таких, как Россия и Казахстан. В этих странах был существенно увеличен уровень заработной платы для врачей и медицинских сестер, имеются более выгодный социальный пакет и условия труда. При этом наибольший отток врачей наблюдается из южных регионов Кыргызстана – Ошская, Жалалбатская и Баткенская области, а на севере страны – из Иссык-Кульской области. Изучение мнения 243 врачей²⁹ по стране показало значительное недовольство в отношении таких факторов трудовой деятельности как размер заработной платы (82,7% из числа опрошенных) и системы поощрений (63,8%). Настораживающим фактом явилось наличие высокого уровня готовности к миграции за пределы республики. Так, 62,1% врачей молодого и 44,6% врачей среднего возраста планировали выехать из страны в ближайшие 12 месяцев.

- **Недостаток врачей на уровне ПМСП.** Кыргызстан реализует системную реформу здравоохранения, где приоритетным направлением является развитие семейной медицины. Проводятся мероприятия по интеграции отдельных услуг, ранее предоставлявшихся вертикальными специализированными службами, на уровень ПМСП (включая услуги по ВИЧ/СПИД). Этот процесс, безусловно, требует наличия соответствующего кадрового потенциала. В настоящее время система здравоохранения сталкивается с проблемой нехватки кадров первичного уровня, особенно в регионах. Продолжающаяся миграция медицинского персонала приводит к увеличению нагрузки врачей ПМСП. Так, доля врачей ПМСП в регионах с обслуживаемым/приписанным населением свыше 2000 человек увеличилась с 58% в 2004 году до 81% в 2007 году³⁰ (в отдельных случаях нагрузка на одного врача может достигать 5-7 тысяч человек), что, в конечном счете, влияет на доступность и качество помощи.

- **Недостаточный рост уровня заработной платы для медицинского персонала.** Уровень заработной платы в секторе здравоохранения является одним из самых низких среди других отраслей экономики страны. Проведение реформ позволило увеличить заработную плату в несколько раз, тем не менее, ее общий уровень остается очень низким. Например, у врача заработная плата в месяц в среднем составляет 3040 сом (около 77\$ US). Это ниже минимальной потребительской корзины, которая равна 3364,66 сом (около 85\$ US) на одного человека в месяц³¹. Для удовлетворения нужд своей семьи медицинские работники обычно вынуждены работать в нескольких местах, как в медицинской, так и немедицинской сфере. В сельской местности многие стараются держать подсобное хозяйство, что само по себе тоже требует немалых затрат. Одним из дополнительных источников дохода для медицинского персонала являются неформальные платежи от пациентов. В Кыргызстане, как и во многих других странах с переходной экономикой, уровень неформальных платежей в секторе здравоохранения довольно высок. Как показал

²⁷ Совместный ежегодный обзор Программы реформирования сектора здравоохранения «Манас Таалими», компонент «Человеческие ресурсы», Сентябрь 20-29, 2006

²⁸ Данные МЗ КР

²⁹ Кожокеев К., Мурзалиева Г., Манжиева Э. Документ исследования политики №51 «Изучение причин оттока врачей из системы здравоохранения Кыргызстана», 2008 г., <http://chsd.med.kg>

³⁰ Отчет по Среднесрочному обзору Национальной программы реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими», 7 мая 2008 г.

³¹ Данные Национального Статистического Комитета за 1 квартал 2008 года.

анализ³², благодаря реформе системы финансирования здравоохранения в последние годы удалось снизить неформальные платежи, особенно за медикаменты и изделия медицинского назначения, но объем платежей медицинскому персоналу вырос на 18%, особенно за счет областных центров и г.Бишкек. Данное обстоятельство подчеркивает необходимость принятия политических решений на национальном уровне.

8.2. Количество и структура ЧР в СПИД-сервисных организациях

В ходе полевых работ 2008 года был проведен сбор показателей по количеству персонала за предшествующий четырехлетний период. Результаты, полученные на основе доступных³³ данных, представлены в табл. 8.1.

Таблица 8.1. Количество персонала в отобранных организациях по годам

	2004		2005		2006		2007	
	Чел.	Чел.	%*	Чел.	%*	чел.	%*	%
Всего (n-9¹)	148	181	22,3	225	24,3	281	24,9	89,9**
НПО (n-5)	40	52	30,0	66	26,9	110	66,7	175,0
Гос.орг-ции (n-4)	108	129	19,4	159	23,3	171	7,5	58,3
Всего (n-14²)	-	384	-	439	14,3	521	18,7	35,7***
НПО (n-8)	-	68	-	83	22,1	128	54,2	88,2
Гос.орг-ции (n-6)	-	316	-	356	12,7	393	10,4	24,4
Всего (n-16³)	-	-	-	581	-	707	21,7	-
НПО (n-9)	-	-	-	181	-	263	45,3	-
Гос.орг-ции (n-7)	-	-	-	400	-	444	11,0	-

Примечание: * - увеличение по сравнению с предыдущим годом, в %

** - увеличение по сравнению с 2004 годом, в %

*** - увеличение по сравнению с 2005 годом, в %

1 - количество организаций, предоставивших данные за 2004-2007гг.

2 - количество организаций, предоставивших данные за 2005-2007гг.

3 - количество организаций, предоставивших данные за 2006-2007гг.

Пример трех различных выборок (n – 9, 14 и 16) демонстрирует одну и ту же тенденцию: значительный рост общего количества персонала как за счет расширения штата в каждой организации, так и открытия новых СПИД-сервисных НПО. При этом в государственных организациях максимальный рост приходится на период с 2005 на 2006 год, а среди НПО – с 2006 на 2007 год. Увеличение количества ЧР идет в основном за счет неправительственных организаций. Так, в 2007 году только в девяти НПО, поддерживаемых ГФСТМ, прирост персонала по сравнению с предыдущим годом составил 45,3%. Часть респондентов высказали мнение, что без поддержки ГФСТМ это было бы невозможно:

«...несмотря на то, что у нас есть потенциал и возможности, вряд ли наши врачи занимались бы образованием, проведением информационных акций, тренингов по ВИЧ/СПИД, если бы не было поддержки со стороны Глобального фонда...». (фрагмент интервью, НПО)

³² Мелитта Якаб, Джо Катцин. Документ исследования политики «Тенденции в неформальных платежах за 2001 – 2006 гг», 2008 г., <http://chsd.med.kg>

³³ Не все организации смогли предоставить показатели за 4 года в силу разных причин (начало деятельности после 2004 года, отсутствие данных или наличие неполных данных, и др.).

Что касается государственных организаций, то такая тенденция отмечается не во всех организациях. Например, в Центре Крови имеется острый недостаток врачебных кадров, где основные работы выполняются специалистами со средним медицинским образованием. Такая же проблема с лабораторными службами в СПИД – центрах и т.д.

Сохраняется дисбаланс в обеспеченности кадрами, вовлеченными в предоставление услуг по ВИЧ/СПИД, в разрезе регионов (табл. 8.2., см. также раздел 5). Существенный недостаток ЧР имеется в Ошской и Жалалабатской областях, что усугубляется в связи с ухудшающейся эпидемиологической ситуацией по ВИЧ-инфекции.

Таблица 8.2. Количество персонала в отобранных организациях по регионам

	2005 (n-14 ¹)		2006 (n-16 ²)		2007 (n-16 ²)	
Бишкек/Чуй						
НПО	10	n-2	109	n-3	147	n-3
Гос.организации	235	n-4	281	n-4	309	n-4
Всего чел.	245		390		456	
Ош/Жалалабат						
НПО	38	n-3	47	n-3	55	n-3
Гос.организации	63	n-1	102	n-2	115	n-2
Всего чел.	101		149		170	
Иссык-Куль						
НПО	20	n-3	25	n-3	61	n-3
Гос.организации	18	n-1	17	n-1	20	n-1
Всего чел.	38		42		81	

Примечание: ¹ - количество организаций, предоставивших данные за 2005-2007гг.

² - количество организаций, предоставивших данные за 2006-2007гг.

Динамика структуры персонала представлена в табл.8.3.. Необходимо отметить, что произошли некоторые изменения в соотношении различных категорий работников.

Таблица 8.3. Структура персонала в государственных организациях и НПО
(n-19, 2007 год)

Категория Персонала	НПО (n-11)		Гос. орг-ции (n-8)		Всего	
	чел.	%	Чел.	%	чел.	%
Менеджеры	26	8,1	19	4,0	45	5,6
Врачи/медсестры	40	12,5	292	61,0	332	41,6
Социальные/ Аутрич-работники	87	27,2	63	13,2	150	18,8
Волонтеры	123	38,4	2	0,4	125	15,6
Административный персонал	20	6,3	55	11,5	75	9,4
Другие	24	7,5	48	10,0	72	9,0
Всего	320	100	479	100	799	100

Источник информации: данные по деятельности отобранных организаций

Так, в государственных организациях отмечается рост количества социальных/аутрич-работников с 0,9% до 13,2% (по данным на начало 2007г. – 3 чел. из 349³⁴, по данным

³⁴ См. Таблицу 7.1. в промежуточном отчете «Глобальные инициативы в области ВИЧ/СПИД и их влияние на систему здравоохранения КР», апрель 2008г., <http://chsd.med.kg>

на конец 2007г. – 63 чел. из 479). В неправительственных организациях увеличилась категория «Другие» с 2% до 7,5% (начало 2007г. – 19 чел. из 956, конец 2007г. – 24 чел. из 320), что произошло частично из-за большего привлечения юристов и психологов к работе в области ВИЧ/СПИД. В этом году заметно увеличилось использование юридической помощи. Практически все НПО стараются иметь возможность предоставления этой услуги, причем эта тенденция отмечена во всех регионах. Вышеописанные изменения отражают растущие потребности, необходимые для более эффективного функционирования организаций.

В 2008 году было больше уделено внимания изучению предшествующего профессионального опыта поставщиков услуг, особенно по категориям «социальные работники» и «аутрич-работники». Такое разделение оказалось во многом условным. Нет четких критериев для определения принадлежности сотрудника к той или иной категории. В повседневной работе они, как правило, оказывают схожие функции (предоставление информации и средств индивидуальной защиты, сопровождение, посещение клиентов за пределами организации и т.д.). Кроме того, специфика работы требует в той или иной мере владения навыками психологической поддержки и консультирования. Есть примеры, когда сотрудник, выполняющий функции социального/аутрич-работника числился в организации в качестве психолога.

При этом подавляющее большинство из них не имеют соответствующей профессиональной подготовки, т.е. подготовки социального работника или психолога. Предыдущий опыт работы сотрудников (частные предприниматели, торговцы, биологи, экономисты, слесари, длительно безработные, представители уязвимых групп и др.), также как и пути, какими они приходят в СПИД-сервисные НПО, оказались самыми разными («...получилось все случайно: имею экономическое образование, брат-медик уехал за границу и мне предложили его заменить...»). Несмотря на то, что в целом они справляются со своими функциями, необходимо признать, что без регулярного интенсивного обучения они не могут вносить полноценный вклад в улучшение качества услуг, наращивание кадрового потенциала по вопросам ВИЧ/СПИД и, соответственно, в дальнейшее устойчивое развитие организаций.

8.3. Нагрузка персонала

Большая часть опрошенных поставщиков были вовлечены в мероприятия по повышению осведомленности в области профилактики ВИЧ-инфекции, ДКТ, проведении тренингов и обучающих мини-сессий, уходе и поддержке клиентов (табл. 8.4.).

Таблица 8.4. Какие услуги лично вы оказываете в данной организации?
(результаты опроса поставщиков услуг, n – 26)

№	Услуги	Количество чел., ответивших «Да»
1	Профилактика ВИЧ-инфекции	15
2	Тестирование/ДКТ	13
3	Консультации, тренинги для других организаций и обучающие мини-сессии	10
4	Уход/поддержка	8
5	Организация работы персонала	4
6	Диагностика и лечение ИППП, оппортунистических инфекций	3
7	Социальная помощь	3
8	АРВ-терапия	2
9	Заместительная терапия метадон	1

14 человек из 26 отметили увеличение рабочей нагрузки (табл. 8.5.).

Таблица 8.5. Как поменялась ваша рабочая нагрузка за последние 12 месяцев?
(результаты опроса поставщиков услуг, n – 26)

	Гос.орг-ции	НПО	Бишкек/ Чуй	Ош/ Жалалабат	Иссык- Куль	Итого
Увеличилась	6	8	3	8	3	14
Осталась как прежде	2	10	6	5	1	12
Итого	8	18	9	13	4	26

Источник информации: опрос персонала отобранных организаций

По мнению респондентов Иссык-Кульской и Ошской/Жалалабадской областей, это связано преимущественно с увеличением количества клиентов.

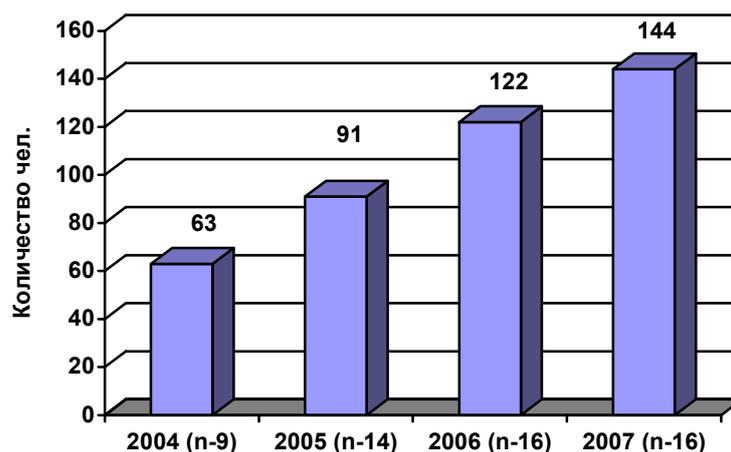
«...мы думали ну работа не тяжелая, можно работать, но тогда клиентов было мало. Сейчас конечно становится тяжелее, обращаются много, много анализов, раньше у нас такого не было...» (фрагмент интервью, гос. организация)

Поставщики Ош/Жалалабада также в качестве основных причин дополнительно назвали увеличение времени для участия в тренингах и административную работу. Сотрудники Бишкек/Чуй указали в основном административную работу.

8.4. Участие в тренингах

Согласно данным анкет по деятельности организаций, за период с 2004 года количество лиц, прошедших обучение вопросам ВИЧ/СПИД, неуклонно растет (рис. 8.1.).

Рис. 8.1. Количество сотрудников, прошедших обучение вопросам ВИЧ/СПИД, по годам



Источник информации: данные по деятельности отобранных организаций

Так, в 2007 году в 16ти организациях было обучено 144 человека, которые 179 раз приняли участие на различных семинарах/тренингах. В качестве источника финансирования тренингов наиболее часто указывались ГФСТМ и СААР, реже - другие международные донорские организации, как WHO, CARHAP, CDC, UNICEF, Фонд «Сорос-Кыргызстан», USAID, AFEW, DFID и др.

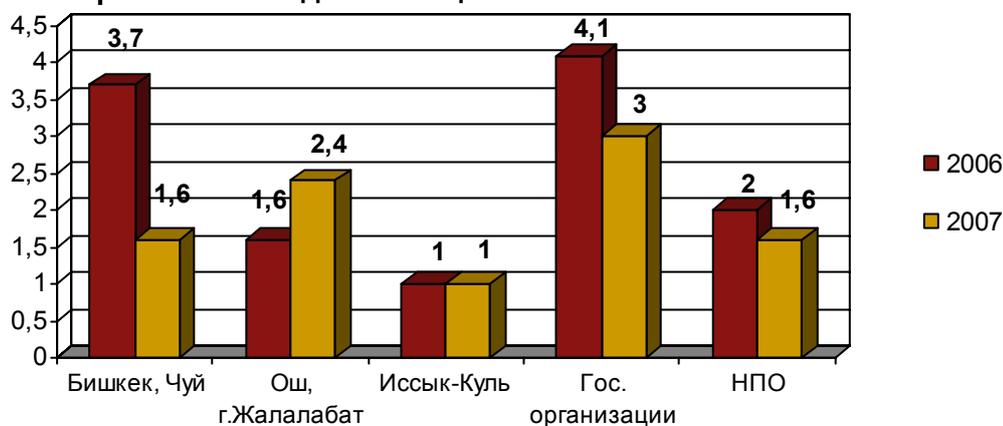
В ходе опроса 26 сотрудников исследуемых организаций на вопрос «Принимали ли Вы участие в тренингах в области ВИЧ/СПИД за последние 12 месяцев?» утвердительно ответили 22 чел. Общее количество посещений тренингов составило 43, тематики представлены ниже (табл. 8.6.).

Результаты опроса демонстрируют некоторое снижение общей интенсивности обучения персонала, как в государственных организациях, так и в НПО по сравнению с показателями предыдущего года (рис.8.2.). Тем не менее, отчетливо видно, что за последние 12 месяцев значительное внимание было уделено повышению квалификации специалистов Ош/Жалалабата. Количество тренингов на одного специалиста увеличилось с 1,6³⁵ до 2,4, что возможно связано со вспышкой ВИЧ-инфекции в данном регионе.

Таблица 8.6. Темы тренингов и количество сотрудников обученных по каждой теме (результаты опроса поставщиков услуг, n – 22)

Тема тренинга	Гос. орг-ции	НПО	Бишкек/ Чуй	Ош/ Жалалабат	Иссык-Куль
Тестирование/ДКТ	2	3	1	4	0
Лечение ВИЧ-инфекции	2	1	1	2	0
Другая медицинская помощь	0	2	1	1	0
Профилактика ВИЧ-инфекции	2	7	4	4	1
Уход/поддержка	1	3	2	2	0
Приверженность АРВТ	2	0	1	1	0
ЗТМ	1	0	0	1	0
Социальное сопровождение	1	0	1	0	0
Другое, связанное с ВИЧ/СПИДом: мотивационное консультирование, юридические права РКС, обучение аутрич-работников, ТОТ	2	5	3	4	0
Другое, не связанное с ВИЧ/СПИДом: бухгалтерский учет, развитие проектов и др.	2	7	2	7	0
Итого	15	28	16	26	1

Рис. 8.2. Число тренингов на одного специалиста в 2006 и 2007 гг.



³⁵ См. Рис. 7.6. в промежуточном отчете «Глобальные инициативы в области ВИЧ/СПИД и их влияние на систему здравоохранения КР», апрель 2008г., <http://chsd.med.kg>

Во время интервью с руководителями организаций и поставщиками услуг были высказаны важные мнения относительно потенциала ЧР в области ВИЧ/СПИД и его дальнейшего повышения. Прежде всего, было отмечено, что к настоящему времени в КР по сравнению с другими Центрально-Азиатскими странами удалось накопить более сильный кадровый потенциал, преимущественно в неправительственном секторе. Есть примеры, когда сотрудники отдельных НПО начинают предоставлять консультационные услуги в соседних странах в качестве уже международных консультантов. Этот факт, безусловно, является положительным и роль ГИ в этом процессе трудно переоценить. Вместе с тем респонденты выделили ряд факторов, препятствующих повышению эффективности тренингов.

- **Снижение регулярности в процессе обучения.** Несмотря на то, что ГФСТМ и СААР, а также другие международные организации уделяют внимание обучению, все же тренинги проводятся не на регулярной основе. В условиях высокой текучести кадров, вновь прибывших приходится обучать своими силами. Так, 10 из 26 опрошенных поставщиков услуг (табл. 8.4.) отметили, что занимаются консультированием и обучающими сессиями для сотрудников своей и других организаций. Было высказано мнение, что эффективность данного подхода гораздо ниже:

«...конечно, все стараются обучаться на рабочем месте, но это разные вещи, когда тренер обучит или когда кто-то послушал и рассказал другому. Это разные вещи. У тренера такие способности, что он может объяснить и заложить хорошее понимание ...» (фрагмент интервью, НПО)

- **Высокий процент социальных и аутрич - работников, нуждающихся в обучении.** Как было уже отмечено состав этих категорий самый разный. Имелись примеры, когда отдельные работники не имели полного понимания сути и конечных целей тех мероприятий, в которых принимали участие. Один из руководителей организации поделился своим опытом:

«...я 16 дней был в командировке, посмотрел многие проекты и почти половина всех аутрич-работников нуждаются в обучении. Когда допустим планируют обучение, наверно у них (организаторов тренингов) нет информации или нет средств. Я думаю, они не планируют таким образом, чтобы охватить всех. Допустим, почему все время делают тренинги в Бишкеке, а из Оша кто поедет? Ну, руководитель каждый раз съездит...они могли бы сделать отдельные тренинги для аутрич и подготовить их...» (фрагмент интервью, НПО)

- **Возможности по обучению в организации распределяются неравномерно.** Эта черта в одинаковой мере характерна как для НПО, так и для государственных организаций и в ее основе лежат разные причины. В ходе опросов нередко выяснялось, что в тренингах, конференциях, круглых столах в основном принимает участие сам руководитель. В одной из организаций опрошиваемый сотрудник отметил, что когда руководитель по каким-либо причинам не может принять участие на таких мероприятиях, то его обычно заменяет он. Но при этом не смог назвать тематики тренингов и конференций. Видимо, в этом случае можно говорить о низкой заинтересованности со стороны персонала и формальном участии, т.е. для «галочки». Иногда руководителями принимаются не совсем рациональные решения относительно того, кто и по какой теме должен обучиться:

«...Надо обучать так, чтобы была отдача. На учебу надо посылать того, кто продолжит работать в этом направлении, надо мониторить это

обучение, чтобы это было не просто так...» (фрагмент интервью, гос.организация).

Ясно, что такой подход не способствует повышению эффективности тренингов и развитию потенциала. В случае, когда наращивается потенциал только руководителя, возникают риски для устойчивости организации. Если руководитель в силу разных причин решит оставить организацию, то она просто перестает функционировать и ранее предоставляемые организацией услуги остаются непокрытыми.

- **Низкий кадровый потенциал в государственных организациях по сравнению с НПО.** Это обстоятельство, к сожалению, продолжает сохраняться. Респонденты отмечают:

«...Надо поднимать кадры в госорганизациях. В НПО они лучше... Государственные организации должны быть сильнее, а получается наоборот, вся информация и работа проводится в НПО...» (фрагмент интервью, НПО)

«...В СПИД-центре кадры слабые, вынуждены обучать пенсионеров, если они решат уйти через пару месяцев, опять надо будет обучать кадры. 2-3 человека владеют информацией, а остальные просто так сидят...». (фрагмент интервью, гос.организация)

- **Недостаток врачей, владеющих знаниями и опытом по профилактике и лечению ВИЧ/СПИД.** Вспышка ВИЧ-инфекции в больницах на юге страны явилась фактором, который усилил рост заинтересованности среди медицинских работников к данной проблеме:

«...Медицинская общественность была очень заинтересована в тренингах по профилактике ВИЧ, стали больше заказывать одноразовые изделия медицинского назначения...» (фрагмент интервью, гос.организация)

«...Очень многие руководители организаций заходили, говорили «вы же занимаетесь ВИЧ-СПИДом, у вас же есть тренера, дайте нам, чтобы они два-три дня поработали с нашими сотрудниками...» (фрагмент интервью, гос.организация)

Кроме того, выявился значительный недостаток 1) врачей, имеющих опыт и навыки в оказании профилактики и помощи/проведении АРВ-терапии ВИЧ-позитивным пациентам, особенно детского возраста («...старые врачи уходят, новые не могут понять специфику, молодые врачи не хотят идти»); 2) нехватка профессиональных психологов/психотерапевтов, способных оказать квалифицированную психологическую поддержку ЛЖВС и ЛПВС³⁶.

- **Практически отсутствие системы мониторинга обучающего процесса.** Большая часть вышеперечисленных проблем усугубляются отсутствием общей и эффективной системы МиО обучающего процесса по вопросам ВИЧ/СПИД, которая позволяла бы иметь информацию о каждом этапе: 1) процесс отбора участников тренингов; 2) качество обучающих методик и учебных материалов; 3) выживаемость знаний и изменение навыков/практики обученных специалистов; 4) оценка потребностей и планирование тренингов по темам и категориям работников.

³⁶ Этот факт также отмечен в Заключительном отчете Кэтлин Феррер, MD, Сьюзан Гилеспи, MD PhD, Стефания Михале, MSW. Международный Педиатрический институт Бэйлор с миссией в Кыргызстане, 10/6/2008.

Располагая такой информацией можно было бы своевременно вносить коррективы и повысить эффективность проводимых тренингов.

В этом смысле заслуживает особого внимания опыт специалистов Центра семейной медицины, работавших по реализации гранта СААР. При проведении тренингов оценивался начальный и конечный уровни знаний участников, затем в разные сроки после завершения обучения был проведен двукратный мониторинг деятельности обученных в соответствии со специально разработанными индикаторами.

8.5. Мотивация, финансовые стимулы и удовлетворенность

Основными мотивирующими факторами для работы в СПИД-сервисных организациях были названы преимущественно эмпатия/приверженность и финансовый/зарплата факторы (11 и 9 чел. из 23 ответивших соответственно). 5 чел. из числа представителей государственных медицинских организаций и 6 чел. из НПО отметили, что за последние 12 месяцев получали финансовые премии и надбавки от работодателя. В организациях появилась тенденция к введению различных стимулов для персонала. Так, 5 чел. из Ошской и Иссык-Кульской областей отметили, что организация помогает оплачивать жилье, 8 чел. – выделяет средства на транспортные расходы, 9 чел. – оплачивает медицинскую страховку.

Обращает на себя внимание факт, что в 2008 году по сравнению с результатами опроса предыдущей фазы исследования возможность участия в тренингах практически не рассматривалась как мотивирующий фактор. На вопрос «Получали ли Вы средства на суточные расходы при посещении тренингов?» положительно ответили 4 чел. из 22.

На утверждение «Я удовлетворен своей работой» положительно ответили 19 чел. из 26 опрошенных (табл. 8.7.).

Таблица 8.7. Насколько Вы согласны или не согласны со следующими утверждениями? (результаты опроса поставщиков услуг, n – 26)

		Гос. орг-ции	НПО	Бишкек/ Чуй	Ош/ Жалалабат	Иссык- Куль	Итого
Я удовлетворен(-а) своей работой	Согласен	4	15	7	9	3	19
	ни то и ни другое	3	2	2	2	1	5
	не согласен	1	1	-	2	-	2
Я удовлетворен(-а) своей работой сейчас больше, чем 12 месяцев назад	Согласен	5	10	3	8	4	15
	ни то и ни другое	1	6	3	4	-	7
	не согласен	2	2	3	1	-	4
Мне трудно работать с клиентами услуг, связанных с ВИЧ/СПИДом	Согласен	3	4	2	3	2	7
	не согласен	5	11	5	9	2	16
	нет ответа	-	3	1	2	-	3
Я предпочитаю работать в другом отделе/организации	Согласен	2	3	3	2	-	5
	не согласен	6	14	5	11	4	20

15 чел. отметили, что удовлетворены своей работой больше, чем 12 месяцев назад, 7 чел. продолжают испытывать трудности при работе с клиентами и 5 чел. предпочли бы

сменить место работы. Около половины опрошенных считает, что в их организации имеется достаточное количество сотрудников и других ресурсов для адекватного выполнения своей работы и почти 1/3 – выразили мнение, что нуждаются в дальнейшем обучении.

Как и на предыдущем этапе исследования, много мнений было высказано в отношении финансового стимулирования, в частности о заработной плате.

- **Отсутствие единого подхода в начислении заработной платы для сотрудников государственных организаций, предоставляющих услуги по ВИЧ/СПИД.** Для сотрудников РО СПИД и его региональных центров предусматривается надбавка к заработной плате в размере 60%. Но размер надбавки, по мнению респондентов, неудовлетворительный:

«...Все думают 60% это много, на самом деле расчет идет от минимальной заработной платы и это совсем мизер. На ставку начисляется 1400сом (\$35 US), с дополнительными ставками и надбавками получается 2400 сом (около \$61 US), при этом надо сидеть с 8.00 до 17.00, интереса нет работать на такой работе...» (фрагмент интервью, гос.организация)

Кроме того, ее получают не все специалисты, так или иначе задействованные в предоставлении услуг по ВИЧ/СПИД. Например, сотрудники лабораторий вне СПИД - центров, но забирающих кровь для анализов на ВИЧ/СПИД; семейные врачи, наблюдающие за ВИЧ-позитивными; хирурги, гинекологи и др.специалисты, проводящие манипуляции пациентам с ВИЧ-инфекцией; эпидемиологи, первыми направляющиеся в очаг инфекции. Это вызывает справедливые вопросы, такие например, как:

«...почему водитель в СПИД центре получает 60% надбавки, а мы, те, кто непосредственно контактирует с больными - нет?» (фрагмент интервью, гос.организация)

В отношении туберкулезной службы ситуация по стране неодинаковая. Так, в Ошской области специалистам туберкулезного диспансера, оказывающим услуги ВИЧ-позитивным, надбавка выплачивается. В то же самое время специалисты Национального центра туберкулеза в г.Бишкек уже несколько лет поднимают этот вопрос, но он положительно так и не решился.

- **Ограниченный уровень финансирования обуславливает пассивность и низкую вовлеченность государственных организаций в мероприятия по борьбе с ВИЧ/СПИД.** Государственных организаций, которые прямо или косвенно должны быть задействованы в решение вопросов, связанных с противодействием ВИЧ/СПИД, довольно много. Однако, по мнению респондентов, они крайне пассивны. Когда встает вопрос о ВИЧ/СПИД, обнажается их позиция:

«...пусть этим занимаются Центры СПИД и НПО, они получают на это деньги...» (фрагмент интервью, гос.организация)

«...все деньги поступают в НПО, у нас ничего нет, вот они пусть отвечают...» (фрагмент интервью, НПО)

«...много руководителей лечебных учреждений к НПО относится так, говорят «вот лучше дайте мне эти деньги, я сам буду распределять...» (фрагмент интервью, НПО)

«...когда ему нужно перед губернатором отчитаться, он говорит «вы знаете, у меня ничего нет, у НПО есть»..., поэтому не знаю, как это исправлять...» (фрагмент интервью, НПО)

Вместе с тем, без вовлечения государственных служб успех мероприятий по ВИЧ/СПИД просто невозможен.

- **Низкий уровень заработной платы в государственных организациях и перерывы в финансировании НПО создают отрицательные стимулы у персонала.** Неудовлетворительная заработная плата и низкая мотивация персонала влияют на качество оказываемых услуг, в частности имеет место снижение бдительности в отношении соблюдения безопасности медицинских процедур и в целом противозидемического режима в стационарах. Как показал опыт вспышки в Ошской области, источником внутрибольничной инфекции было именно нарушение безопасности медицинских процедур. Выяснилось, что медицинские работники многократно использовали одноразовый медицинский инструментарий. С одной стороны, ограниченный бюджет здравоохранения не позволяет в полном объеме обеспечивать организации расходными материалами (медицинский инструментарий, одноразовые перчатки и т.д.) и часть бремени ложится на пациентов. Но, с другой стороны, даже если пациент приносит свой индивидуальный шприц, были описаны случаи, когда медицинский работник старался экономить и использовать накопленные шприцы в качестве источника дохода.

Аналогичная ситуация имеет место и в НПО, чему в значительной мере способствуют перерывы в финансировании проектов:

«...вот последний перерыв два с половиной месяца тянется. А нам бы всем хотелось продолжать без перерыва, хотя Глобальный Фонд оставляет свои предметы, шприцы есть, все есть, только зарплаты нет. Люди все это время бесплатно работают. Они могли бы как-то хоть задним числом восполнять, но они не восполняют. Хотя бы вот это пересмотрели бы...» (фрагмент интервью, НПО)

Проблема заключается в том, что во время перерывов в финансировании шприцы, по признанию одного из аутрич-работников, рассматриваются в качестве оплаты за работу. Перерывы в финансировании более характерны для проектов ГФСМ.

«...перерывы между траншами в Глобальном Фонде зависят от самих работников. А вот между проектами... здесь заранее начинать нельзя, закончишь проект, отчет сдашь, потом только можно писать заявку и обращаться. Здесь думаешь, как же потом восполнить заработную плату...» (фрагмент интервью, НПО)

Чтобы как-то выходить из этой ситуации организации стараются работать с несколькими донорами, что в свою очередь увеличивает объем административной работы.

- **Низкий уровень заработной платы поддерживает текучесть кадров в НПО.** Один из респондентов подробно описал проблему, с которой сталкиваются в НПО:

«...у нас текучесть проблема, заработная плата же неустойчивая, и экономическая ситуация тоже. Вот допустим, мы обучили кого-то, он получает зарплату примерно около 2000 сом (50,6\$ US). Вдруг ему предложили 2500 (63,1\$ US), где-то там картошку охранять или переполоть

рядку, он бросает эту работу и идет туда. Вот за полгода ушли три обученных человека. Когда делаешь вклад, то жалко, когда они уходят. Обучаешь их, а они потом работают на базаре. Вот один говорит «я буду работать на базаре, там в день около 200 сом зарабатывают, за 10 дней столько сколько у вас за месяц...» (фрагмент интервью, НПО)

Некоторые НПО выходят из ситуации следующим образом, сокращают количество сотрудников, преимущественно аутрич, и за счет сокращенных физических лиц повышают заработную плату.

Исследование 2008 года также обнаружило появление нового фактора, влияющего на уровень удовлетворенности среди медицинского персонала, а именно:

- **Потребность в обеспечении правовой защиты.** Более четкое осознание потребности в правовой защите пришло после вспышки ВИЧ-инфекции в организациях здравоохранения. Врачи так описывают свои проблемы:

«...у нас не хватает одноразовых медицинских изделий. Просим родителей принести перчатки, бывает, что медсестра не может найти у больного ребенка вену. Приходится звать другую, более опытную медсестру, опять нужны перчатки. Родители же этого не знают и начинают сразу жаловаться, что мы много требуем. Получается, мы виноваты...» (фрагмент интервью, гос.организация)

«... бывают очень наглые ЛЖВ, говорят «вы мне должны...», им нужно все - деньги, одежда, пища. Очень легко оклеветать...» (фрагмент интервью, НПО)

«...люди работают с опаской, идет давление со стороны правоохранительных органов...» (фрагмент интервью, гос.организация)

«...сейчас у наших врачей появился какой-то страх. ВИЧ-инфицированных не берут в больницу, отказывают и если даже могут взять, то стараются выписать за короткий срок времени, проводят быстрое лечение и выписывают...» (фрагмент интервью, врач НПО)

«...врачи не хотят работать. Нагрузка большая, условия довольно тяжелые и, если что защиты никакой. Кто раньше сомневался, тот сейчас хочет уволиться и уехать...» (фрагмент интервью, гос.организация)

«...Юридическая помощь нужна медикам, потому что медик виноват в любом случае, и за то, что что-то сделал и за то, что что-то не сделал...» (фрагмент интервью, гос.организация)

Вышеприведенные высказывания свидетельствуют о наличии целого ряда нерешенных проблем, начиная с трудностей в обеспечении надлежащих условий для работы врачей со стороны государства, ограничением прав ВИЧ-позитивных пациентов и заканчивая слабой развитостью в стране механизмов регулирования взаимоотношений «врач-пациент» в целом. Чувство отсутствия правовой защищенности заметно снижает мотивацию врачей к работе с ВИЧ-позитивными пациентами.

8.6. Заключение

Исследования 2007 и 2008 гг. по вопросам ЧР в СПИД-сервисных организациях показали следующие результаты:

- Развитие услуг по ВИЧ/СПИД проходит на фоне ухудшающейся ситуации по обеспеченности медицинскими кадрами в КР. Несмотря на то, что СПИД-сервисные организации (особенно государственные) также испытывают дефицит кадров, все же идет рост общего количества ЧР, вовлеченных в деятельность по ВИЧ/СПИД, преимущественно за счет развития НПО. Быстрому развитию сети СПИД-сервисных НПО в КР способствовало выделение грантовых средств со стороны ГФСТМ и СААР;
- Сохраняется проблема неадекватной обеспеченности кадрами в Ошской и Жалалабадской областях с учетом наибольшей распространенности ВИЧ-инфекции в этих регионах. Необходимо отметить, что имеющиеся кадры в основном сконцентрированы в областных центрах, а их деятельность на районном уровне остается ограниченной;
- В процессе становления и развития НПО сформировались новые категории персонала, как социальные и аутич-работники. Выяснилось, что нет четких различий в их функциональных обязанностях и требованиях к предыдущему опыту. Подавляющее большинство социальных работников не имеют профессиональной подготовки и нуждаются в обучении на регулярной основе. Имеется также дефицит психологов/психотерапевтов, а также юристов, работающих в области ВИЧ/СПИД;
- Деятельность ГФСТМ и СААР внесли значительный вклад в развитие потенциала ЧР СПИД-сервисных организаций в КР (техническое обеспечение, обучение вопросам ВИЧ/СПИД и организационному развитию). По мнению респондентов, в НПО секторе профессиональный уровень отдельных специалистов значителен и они начали предоставлять консалтинговые услуги в Центрально-Азиатском регионе;
- При поддержке ГФСТМ и СААР ежегодно проводится обучение различным направлениям в области ВИЧ/СПИД. Однако имеет место нерациональный подбор участников для тренингов, нет информации об использовании полученных знаний в повседневной практике, тренинги проводятся без учета существующих потребностей и не на регулярной основе. Повышению эффективности обучающего процесса могли бы способствовать разработка и внедрение системы МиО на национальном уровне;
- По-прежнему поднимается вопрос о заработной плате для персонала, предоставляющего услуги по ВИЧ/СПИД. Низкий уровень заработной платы и неясность в начислении надбавок в государственных организациях, а также перерывы в выплатах персоналу НПО способствуют снижению мотивации, ухудшению качества услуг, высокой текучести и появлению отрицательных стимулов у персонала;
- У персонала государственных организаций здравоохранения появилась потребность в правовой защите. Согласно мнению опрошенных респондентов, деятельность врачей проходит в условиях постоянного риска в отношении ВИЧ/СПИД, и им необходима юридическая помощь в урегулировании своих взаимоотношений с пациентами.

8.7. Рекомендации

Рекомендация #1. Пересмотреть систему финансового стимулирования ЧР в государственных организациях и НПО, работающих в области ВИЧ/СПИД (общий уровень заработной платы и система начисления надбавок). Важность данного вопроса определяется его решающим влиянием на мотивацию, уровень текучести, качество

предоставляемых услуг и предотвращает появление отрицательных стимулов у персонала;

Рекомендация #2. Разработать и внедрить систему МиО обучающего процесса (соответствие участников тренинга критериям отбора, контроль качества учебного материала, уровень использования полученных знаний на практике, проведение обучения на регулярной основе в соответствии с имеющимися потребностями). Внедрение системы МиО будет способствовать повышению эффективности обучения и неуклонному росту профессионального уровня ЧР по вопросам ВИЧ/СПИД;

Рекомендация #3. Провести мероприятия по привлечению профессиональных социальных работников, психологов/психотерапевтов, юристов к работе в области ВИЧ/СПИД. Это позволит удовлетворить растущие потребности в данных услугах среди ЛЖВС и ЛПВС, а также работников СПИД-сервисных организаций (государственных и НПО).

Раздел 9. Доступность и качество предоставляемых услуг по ВИЧ/СПИД

При изучении доступности услуг по ВИЧ/СПИД обращалось внимание на такие аспекты, как 1) физическая/географическая доступность, 2) финансовая доступность и 3) приемлемость услуг для пользователей. Все вышеперечисленные факторы, в конечном счете, определяют уровень использования услуг. При этом выявились различия в восприятии понятия «доступность» среди представителей государственных медицинских организаций, НПО и самих пользователей услуг. Медицинские работники при оценке доступности больше основываются на факторах физической и финансовой доступности («широкий ассортимент», «хорошее обеспечение лекарствами, изделиями медицинского назначения, информационными материалами», «профессиональный уровень сотрудников и возможность постоянного повышения квалификации», «количество сотрудников», «наличие мотивации у сотрудников» и т.д.). Сотрудники НПО, помимо указанных двух факторов, чаще по сравнению с государственными организациями, уделяют внимание форме предоставления услуг, т.е. приемлемости услуг для потенциальных пользователей («доброжелательность», «доверительные отношения с клиентом», «быть простыми, на равных», «доступность на их языке», «анонимность и конфиденциальность», «приближение услуг к их сообществу» и т.д.). Что касается, самих пользователей услуг, то с учетом того, что состав их неоднороден, значимость всех трех факторов значительно варьирует.

9.1. Мнение заинтересованных сторон, руководителей организаций и поставщиков о доступности и качестве услуг по ВИЧ/СПИД

В таблице 9.1. и 9.2. представлены результаты опроса респондентов по вопросам качества и доступности услуг по ВИЧ/СПИД. Наиболее существенными проблемами и барьерами, ограничивающими использование услуг потенциальными пользователями, были обозначены следующие направления:

- Барьеры, связанные со знанием клиентов (ограниченные знания о факторах риска/распознавании симптомов, об имеющихся услугах, о своем праве использовать услуги);
- Экономические и географические барьеры (транспортные и другие расходы, необходимые для получения услуг, место получения услуги расположено далеко для некоторых клиентов);
- Стигма, дискриминация, криминализация (преобладает стигма и дискриминация в отношении ВИЧ-инфицированных/потребителей наркотиков/секс-работников);
- Недостаток ресурсов в организации и обучения для персонала, а также
- Дополнительные факторы, не указанные в таблице.

9.1.1. Барьеры, связанные со знанием клиентов

Уровень осведомленности по вопросам ВИЧ/СПИД среди общего населения, особенно в сельской местности, остается низким. Несмотря на довольно интенсивную информационно-образовательную деятельность, проводимую в течение последних нескольких лет, респонденты отмечали низкую информированность населения о путях передачи ВИЧ-инфекции.

«... многие люди до сих пор не знают пути передачи. Они боятся, думают, что если ребенок заболел, значит, около этого ребенка нельзя находиться. Настолько, мол, это опасно. У них вот такое понятие.... Много людей еще не знают о путях передачи...» (Фрагмент интервью, НПО, г.Ош.)

«...особенно сельское население сейчас, вот именно, где дети заразились, там же сейчас паника...» (Фрагмент интервью, НПО, г.Ош.)

Таблица 9.1. Влияние различных факторов на доступность пользователей к услугам по ВИЧ/СПИД (n-26)

Факторы	Нет или мало влияния	Умеренное влияние	Сильное влияние
Стигма/дискриминация/криминализация			
Стигма в отношении ВИЧ- инфицированных/потребителей наркотиков/секс- работников	12	7	6
Криминализация ключевых групп клиентов и отношение милиции	18	5	2
Взаимоотношения между клиентами и персоналом/работниками	18	5	3
Экономические и географические барьеры			
Место получения услуги расположено далеко для некоторых клиентов	13	8	3
Наличие транспорта	10	6	4
Высокая стоимость услуги для клиента	20	3	0
Расходы на проезд и другие расходы для получения услуги	11	6	8
Ресурсы и человеческие ресурсы			
Недостаток лекарств и изделий медицинского назначения (например, АРВ препараты, шприцы, презервативы)	14	2	4
Недостаток числа персонала/работников	18	6	0
Отсутствие персонала/работников на рабочем месте	18	4	2
Некоторым сотрудникам не хватает навыков для оказания услуги	16	5	3
Качество и организация			
Неудобное для клиентов время открытия организации	20	4	1
Сложные процедуры получения услуги	21	1	3
Барьеры, связанные со знанием			
У клиентов ограниченные знания об имеющихся услугах	9	13	4
У клиентов ограниченные знания о своем праве использовать услуги	11	11	4
У клиентов ограниченные знания о факторах риска / распознавании симптомов	9	10	7
У клиентов трудности с выражением персоналу своих потребностей	14	7	3

Источник информации: *Данные опроса поставщиков в отобранных организациях

**В таблицу не включены данные по графе «Нет ответа»

Таблица 9.2. Насколько Вы согласны или не согласны со следующими утверждениями? (n-26)

	Согласен	Не могу согласиться и не согласиться	Не согласен
В данной организации достаточно сотрудников для надлежащего оказания услуг	14	8	4
Недостаток ресурсов в организации влияет на качество услуг	10	9	7
Я получил достаточно обучения для надлежащего выполнения своей работы	14	5	7
У меня есть оборудование, принадлежности и материалы для адекватного выполнения своей работы	14	5	7

Источник информации: Данные опроса поставщиков в отобранных организациях

Такая ситуация значительно усложнила работу с семьями, пострадавшими во время вспышки ВИЧ-инфекции на юге страны.

- **Недостаточно активное вовлечение в группы самопомощи матерей ВИЧ-инфицированных детей, особенно из отдаленной сельской местности.** Многие матери детей, инфицированных ВИЧ во время внутрибольничной вспышки, молоды и испытывают трудности с объяснением некоторых вещей мужьям или другим своим родственникам. Они в основном проживают в сельской местности, где домохозяйства с ВИЧ-инфицированными людьми стигматизируются. Поэтому круг людей, с кем они могли бы обсудить возникающие проблемы, очень узок. Отметим также, что тренеры и врачи в основном используют русский язык при обсуждении специфических вопросов здоровья и ВИЧ, тогда как многие матери говорят только на кыргызском или узбекском языках. Отсюда появляется необходимость использовать соответствующих специалистов в работе с ними. В настоящее время несколько НПО, в том числе и те, которым оказывает поддержку ГФСТМ, ведут группы самопомощи для матерей и инфицированных детей, где наряду с другими вопросами они охватывают и вопросы проведения АРВТ. Но данные группы самопомощи наиболее активны пока только в городской местности и окрестностях.

Анализ опыта работы отдельных отобранных организаций и мнений, полученных в ходе интервью, позволяют выделить факторы, влияющие в некоторой степени на эффективность проводимых информационных мероприятий.

- **Несоответствие целевой аудитории при проведении тренингов.** Примером может служить деятельность одного из изучаемых проектов, которая была нацелена на повышение информированности сельского населения по вопросам ВИЧ/СПИД. В основном предполагалось проведение одноразовых тренингов, имеющих одно и то же содержание с проведением контроля знаний до и после тренинга, без последующего тестирования на выживаемость знаний. Необходимо отметить, что подбор участников для тренинга не всегда соответствовал целям и задачам проекта. Так, целевой группой можно считать людей трудоспособного возраста (18-40 лет). Но сами сотрудники говорят, что чаще это были лица более старшего возраста (пенсионного и предпенсионного), что связано с занятостью целевой аудитории («моему сыну некогда, он на работе, поэтому пришла я...»). В связи с чем, возникает сомнение насколько в действительности предоставляемая информация о ВИЧ/СПИД достигает своей цели.
- **Наличие языкового барьера.** В связи с тем, что мероприятия по ВИЧ/СПИД стали все чаще проводиться в сельской местности, включая населенные пункты, расположенные вне районных центров, возросла значимость языкового барьера.

«...проблемы в сельской местности, население почти не знает русский язык, а все буклеты на русском языке...» (фрагмент интервью, гос.организация)

Кроме того, начала ощущаться нехватка тренеров со свободным знанием кыргызского или узбекского, таджикского языков (что является очень актуальным, учитывая высокий уровень миграции из Узбекистана и Таджикистана). Так, по признанию одного из сотрудников, из-за наличия языкового барьера при проведении тренингов иногда возникают существенные трудности.

«...приходится объяснять, иногда по-всякому, на примерах, на руках, жестами....» (фрагмент интервью, НПО).

Эффективность и качество проводимых тренингов в этом случае конечно снижается. Положительным является то, что для решения данного вопроса, а также для обеспечения устойчивости проводимых мероприятий по повышению осведомленности, сотрудники стараются обучить лидеров сообществ, которые в дальнейшем проводят такие занятия самостоятельно и в доступной форме.

Данные исследования 2008 года также демонстрируют заметные положительные сдвиги в поведении представителей ключевых групп населения, являющиеся результатом предшествующей работы по информированию. Ниже приведены примеры из интервью с руководителями и специалистами отобранных организаций.

- **О секс-работницах.** Респонденты, оценивая изменения в своей работе за последний год, отметили ряд качественных сдвигов в поведении своих клиенток. Наряду с появлением заботы о своем здоровье у СР появилась и готовность оплачивать медицинские услуги. Так, по опросам респондентов было отмечено, что при необходимости СР стали чаще обращаться к услугам частных врачей.

«...Первое время мы ходили за девочками, говорили им что так и так. Сейчас они уже сами приходят, делают профилактику, сами каждый месяц сдают анализы. Уже знают, что и в каких случаях надо делать...» (Фрагмент интервью, НПО).

Необходимо отметить, что НПО, работающие с СР, прилагают немалые усилия для повышения уровня информированности и проведения профилактических мероприятий. Так, в Ошской области СР пополняются за счет приезжих из других регионов и, особенно, из числа мигрантов из Узбекистана. Они, как правило, не имеют документов, официальной регистрации, проживают при саунах и ограничены в возможности передвигаться по городу. Аутрич-работники по графику посещают их, проводят обучающие мини-сессии на узбекском языке, обеспечивают презервативами и при необходимости – медикаментами.

- **О потребителях инъекционных наркотиков.** На аналогичные изменения в поведении указывали специалисты, работающие с ПИН. Ниже описывается поведение лиц, сдававших кровь во время проведения очередного ДЭН.

«...люди пришли обратно, чтобы узнать о своем статусе. И плюс когда мы им сказали, что если продолжите дальше обследование и вдруг у вас подтвердится положительный результат, вы можете получить дальнейшую помощь. Ну, например антиретровирусную терапию, регулярные обследования. Люди согласились, хотя раньше этого не было. У нас многие просто сдавали анонимно и уходили, даже не узнавали результаты. Они сами даже говорили когда сдавали кровь «можете не говорить о результате, для нас все равно все кончено». ...А здесь понятия уже совсем другие, они вот эти 4-5 месяцев прямо ждали, когда будут результаты. У нас там с лабораторией чуть-чуть подольше задержалось. Мы думаем, что наши клиенты, наркопотребители группа закрытая, в общем-то такая.... Но какая-то часть, не скажу большая, но правильно будет сказать, что за 1-2 года имеет большие сдвиги. Для работы в группе наркопотребителей вообще долгое время нужно, эти годы нужны, чтобы максимальное количество людей это поняли...» (фрагмент интервью, НПО)

- **О знании юридических прав.** Как отмечалось ранее, в 2007-2008 году СПИД-сервисными организациями уделялось большое внимание повышению осведомленности пользователей услуг о своих юридических правах. На наличие юридических услуг указывала большая часть организаций во всех трех регионах. В частности, примечателен опыт одной из НПО, где юристом были разработаны памятки для СР, излагающие в сжатой форме основные права граждан и алгоритм действий при задержании милицией, а также контактная информация самого юриста. Затем сотрудники описали опыт, когда одна из представительниц СР при очередной встрече с милицией смогла привести аргументы и обосновать незаконность своего задержания. В итоге ей удалось самостоятельно освободиться без уплаты каких-либо денег (обычно минимальная сумма 200 сом (5\$)). Несмотря на то, что такие примеры пока единичные, но они, безусловно, являются демонстрацией положительных изменений.

9.1.2. Экономические и географические барьеры

Наиболее часто называемыми барьерами в доступе к услугам по ВИЧ/СПИД были названы расходы на транспорт и расходы, связанные с получением самой услуги (также см. более подробно в разделе 9.2.). В ходе проведения данного этапа исследования отчетливо выявилась тенденция к формированию новых приоритетов в оказании услуг по ВИЧ/СПИД в стране. В связи с тем, что ежегодно довольно быстрыми темпами увеличивается количество ЛЖВ, появились новые потребности и нерешенные проблемы. В Ошской, Жалалабатской и Чуйской областях все больше акцент смещается с профилактических мероприятий на вопросы всестороннего обследования и лечения ЛЖВ, включая антиретровирусную терапию, оказания для них поддержки и ухода. Многие руководители организаций признаются, что данная деятельность только в начале своего пути. В регионах при поддержке ГФСТМ, СААР и др., начаты новые проекты по работе с ЛЖВ, в том числе организациями, которые прежде работали по другим направлениям в области ВИЧ/СПИД. Таким образом, принимая во внимание факт, что количество ВИЧ-позитивных людей растет неуклонно и довольно быстрыми темпами, организация помощи для данной категории пациентов требует разработки новых подходов с акцентом на обеспечение доступности, преемственности медицинских услуг и социальной поддержки.

- **Актуальность организации помощи ЛЖВ при сочетанных состояниях.** Респонденты отмечали, что при появлении дополнительных потребностей у пользователей услуг довольно сложно одной организации охватить новые направления деятельности. Поэтому количество организаций по возможности должно быть больше. Было отмечено, что на сегодняшний день растет необходимость в организации предоставления интегрированного пакета услуг при таких сочетанных состояниях, как ЛЖВ + ТБ, ЛЖВ + Гепатит, ЛЖВ + другие оппортунистические инфекции.
- **Организация помощи новым и труднодоступным группам ЛЖВ.** Появились новые закрытые и труднодоступные группы ЛЖВ, как дети и ВИЧ-позитивные женщины из благополучных семей (мужья ВИЧ-отрицательны), когда заражение произошло при проведении медицинских манипуляций или источник инфекции неизвестен.

«...Они не пускают к себе домой, не обследуются, хотят забыть, что у них ВИЧ. Они говорят, когда мы вспоминаем о том, что у нас ВИЧ-инфекция, у нас начинается дискомфорт, переживания и хочется забыть про то, что есть это инфекция. Поэтому к вам в центр СПИДа не хотим приходить.... У нас есть несколько людей таких, которые не хотят получать какую-либо

помощь, они вообще говорят, про нас забудьте и не приходите, мы согласны даже на то, чтобы отказаться от всей вашей помощи...»

«...для них необходим уход на дому, какая-то амбулаторная помощь и какую-то поддержку группам надо уже начинать делать».

- **Оказание помощи ЛЖВ для получения социальных льгот.** В связи со вспышкой ВИЧ-инфекции довольно активно обсуждался вопрос об оказании социальной помощи семьям ВИЧ-инфицированных. Согласно существующему законодательству КР³⁷ для пациентов с ВИЧ/СПИД предусмотрены выплата пособий (в размере до 25\$ в месяц) и льготы при оплате коммунальных услуг (электричество и отопление). Однако, по данным 2008 года³⁸, только 5 ВИЧ-позитивных получали социальное пособие. Такое малое количество обращений связано с несколькими факторами: (1) низкая информированность о существующих законах и незнание своих прав со стороны пациентов; (2) отсутствие основных документов у большей части ВИЧ-позитивных (паспорт, прописка и т.д.); (3) достаточно сложная процедура оформления пособия, когда пациенты должны повторно пройти освидетельствование в медико-социальной экспертной комиссии при Минсоцтруда; (4) кроме того, данная процедура связана с необходимостью открытия своего статуса и многие семьи из-за высокой стигмы в обществе не хотят обращаться за пособием.

«...Например, вот детям по законам есть же пособия разные. Но родители оттого, что надо ходить в какие-то инстанции, готовить документы, кому-то еще открываться, бояться именно отношения людей, что в городе все узнают. И пособие получать для них это обидно или стыдно и поэтому они отказываются. А иногда они говорят, вы сделайте все документы, мы же не сможем их собрать. Это правда,...какая-то юридическая помощь, поддержка какая-то должна быть, человек, который бы мог этими делами заниматься, может социальный работник. Ну, у нас пока таких структур нет, чтобы именно вел такую работу.... У нас сейчас получается, что с ВИЧ-инфицированными занимается только областной центр ВИЧ/СПИД» (фрагмент интервью, НПО)

В настоящее время предполагается разработать механизм выделения социальной помощи ВИЧ-инфицированным, обеспечивающий максимальную поддержку и сохранение конфиденциальности.

9.1.3. Стигма, дискриминация, криминализация

Опыт последних двух лет показывает необходимость пересмотра подходов к проведению информационно-образовательной деятельности с целью изменения общественного мнения к проблеме ВИЧ/СПИД. Внутрибольничная вспышка ВИЧ-инфекции обострила проявление стигмы и дискриминации в отношении ВИЧ в обществе в целом (подробнее см. в разделе 9.2.). Ниже приводятся размышления респондентов об истоках стигмы и возможных путях ее преодоления.

«...больше 70% всех команд (КВН) говорили, что «СПИД – это чума 20 века», «СПИД- это так страшно, страшнее чумы, холеры или сибирской язвы» и т.д. Это было красиво, в стихах, все красочно, костюмировано. Но опять же, это все вот последствия того, что мы делали, но не мы, а ранние

³⁷ «Закон о Государственных пособиях», «Закон о профилактике ВИЧ/СПИД»

³⁸ Источник информации: Министерства труда и социальной защиты

профилактические программы, которые как тучки сгущались над всем этим и сейчас очень трудно переломить...». (Фрагмент из интервью, г. Бишкек)

«...неправильной у нас была политика профилактики страхом, мы убедились... Сами стигму взрастили, страха нагнали, а теперь приходится говорить «да нет, что ВИЧ/СПИД, что туберкулез...». Как-то это надо сглаживать и постоянно использовать все ресурсы, начиная со СМИ, чтобы у людей были знания о путях передачи ...» (Фрагмент интервью, НПО, г.Ош)

«...Ну и что, что ВИЧ? Есть люди, которые годами пьют таблетки, и мы же их видим, они нормально живут с ВИЧ. Надо вот это объяснять...Сахарный диабет, колют же каждый день инсулин, а тут таблетка, выпил и нормально живи. Это, наверное, телевидение, газеты, журналистов больше надо готовить в этом плане, чтобы они могли отношение людей вот к этому изменить, хотя бы дать правильное понимание» (Фрагмент интервью, НПО)

9.1.4. Недостаток ресурсов в организации и обучения для персонала

- **Перерывы в финансировании проектов ГФСТМ.** Многие респонденты указали на сохранение данной проблемы, но в 2008 году чаще отмечали перерывы между проектами (см. более подробную информацию в Приложении 2, «Источники финансирования исследованных НПО, 2007-08 гг.»). Большинство организаций, оказывающих услуги по обмену шприцев, даже в случае перерывов в финансировании, как правило, не прекращали свою деятельность, и продолжали обмен, по крайней мере, через волонтеров. Однако длительные перерывы в период 2007-2008 года заставили несколько организаций полностью приостановить свою деятельность. Ситуацию спасло то, что практически в каждом крупном населенном пункте действовали проекты CARHAP, которые «подхватили» клиентов этих организаций и не допустили полного прекращения обмена.
- **Перерывы в выплатах заработной платы.** Данный фактор приводит к тому, что многие сотрудники СПИД-сервисных организаций вынуждены искать другую работу.

«...А потом они уходят на другое место работы, или уезжают в Россию. Когда перерыв слишком долгий, они просто не приходят обратно. А набирать новых людей то же самое, что заново начинать» (фрагмент интервью, НПО).

В силу того, что в НПО, как правило, работают более мотивированные сотрудники, они стараются как-то выходить из такого положения.

«...У нас самые стойкие, самые верные люди работают, то есть, несмотря на то, что у нас уже третий месяц нет финансирования, вы сами можете убедиться, что работа продолжается. Несмотря на то, что я сижу без зарплаты, менеджер - без зарплаты, аутрич - без зарплаты, но, тем не менее, работа идет. Если мы сейчас полностью работу прекратим, то мы растеряем всех своих клиентов, которых мы собирали три года...» (фрагмент интервью, НПО)

- **Нехватка отдельных специалистов в организациях.** Из опроса руководителей и сотрудников организаций, предоставляющих услуги по ВИЧ/СПИД, выявилась нехватка таких специалистов, как психологи, психотерапевты, юристы («...дефицит, отправить не к кому, у них интерес

другой, не то, чтобы помочь, а деньги...»), наркологи, гинекологи, стоматологи, лаборанты (в частности, владеющие методикой определения CD-клеток), специалисты, обученные для проведения ДКТ. Высказывались мнения, что «...во всех структурах должны быть люди, ответственные за работу по ВИЧ/СПИД...» и что необходимо усилить роль ПМСП.

- **Недостаточная подготовленность врачей ГСВ к работе с ЛЖВ.** Предполагалось, что наблюдение за ЛЖВ будет передано на первичный уровень здравоохранения. Однако, по мнению респондентов, ЛЖВ не хотят идти в государственную медицинскую организацию к врачам ГСВ, так как они не обучены в достаточной мере («...они не владеют навыками общения с данной группой, не знают о принципе равный-равному...»). «...ЛЖВ и ГСВ боятся друг друга, поэтому сейчас это не получается...». Кроме того, у врачей ГСВ своя большая нагрузка и при существующем низком уровне заработных плат «никому это не интересно...».
- **Недостаток обучения вопросам инфекционного контроля в организациях здравоохранения.** Вспышка ВИЧ-инфекции в Ошской области выявила определенные недостатки в существующей практике медицинских вмешательств. Ситуацию усугубляет дефицит медицинского инструментария, средств личной защиты медперсонала, дезинфицирующих средств. Кроме того, часть медперсонала не уделяет должного внимания соблюдению правил безопасности медицинских процедур. Для предотвращения дальнейшего распространения ВИЧ по всей республике необходимо признать приоритетными направлениями обучение персонала вопросам инфекционного контроля в медицинских организациях, повышения безопасности крови и обеспечение расходными материалами (медицинский инструментарий, одноразовые перчатки и т.д.).

9.1.5. Дополнительные факторы, влияющие на доступность услуг по ВИЧ/СПИД

Ниже приводятся обобщенные мнения респондентов о других факторах, влияющих на уровень доступности.

Способствующие факторы

- **Наличие альтернативных услуг.** По убеждению отдельных респондентов, необходимо стремиться к тому, чтобы на одной территории было несколько пунктов для предоставления одной и той же услуги. Это позволит пациентам иметь выбор. «...Например, он думает «вот чего же я опять к этому врачу пойду, может быть есть другой». А к другому врачу он пойдет, пойдет и к третьему. Это вот у потребителей такая психология, т.е. наличие альтернативных услуг тоже повышает доступ...» (фрагмент интервью, НПО).
- **Работа с созависимыми помогает улучшить связь с ПИН.** Опыт привлечения созависимых для аутрич-работы показал положительные результаты. Хотя имеются примеры, когда на разных территориях в силу различий в местном менталитете такой подход срабатывает по – разному. Например, в одном из районов «*есть такое понятие, что если кто-то наркопотребителям шприцы раздает, он уже человек второго сорта*» (фрагмент интервью, НПО).
- **Обучение по программам снижения вреда.** В этом процессе большая роль отводится профессиональному обучению сотрудников организации. «...На сегодня качество зависит от того, какой уровень руководителя проектов. Если руководитель является профессионалом, то и его работники тоже достаточно эффективно и качественно оказывают эти услуги» (фрагмент

интервью, НПО). В течение 2008 года значительный вклад был сделан в рамках проекта СААР. В частности, в КР была создана рабочая группа, которая разработала 18 разных модулей по снижению вреда. По данной учебной программе планировалось обучить тренеров и сотрудников организаций, работающих в этой области.

- **Возрастающая роль религиозных лидеров.** В ходе интервью многие респонденты отметили возрастающую роль духовенства в продвижении среди населения профилактических программ по ВИЧ/СПИДу. Данная поддержка является очень значимой, особенно в сельской местности и для юга страны, где сильны религиозные традиции.

Препятствующие факторы

- **Проверка со стороны прокуратуры и правоохранительных органов.** Так как поставка шприцев по ГФСТМ идет через государственную организацию, то представители прокуратуры осуществляют периодические проверки. Они спрашивают отчеты по распределению шприцев, требуют показать клиентов. Попытки объяснить специфику работы с ПИН пока не приносят результатов («...мы подумаем, как проверить»). Это обстоятельство приводит к тому, что теряется доверие со стороны ПИН, уходят аутрич-работники, а вместе с ними теряется охват.
- **Недостаточное внимание вопросам повышения качества услуг.** Респондентами неоднократно указывалось на низкое качество отдельных партий изделий, ввозимых по линии ГФСТМ (чаще всего, презервативов). Кроме того, предоставляемые изделия (шприцы) часто не соответствуют нуждам и потребностям клиентов (предпочтения отдаются 2х мл шприцам, в то время как поставляются преимущественно 10ти мл, особенно в тюрьмы). Кроме того, со стороны менеджеров организаций неоднократно поступали жалобы на условия хранения товаров на складе ГФСТМ или отсутствие складов у самих организаций, что негативно сказывается на качестве раздаваемых изделий;
- **Недостаточное внимание комплексному предоставлению услуг.** Многие из опрошенных респондентов считают, что ориентированность только на охват является не всегда верным подходом и на первый план все-таки должна выходить забота о качестве услуг, подразумевающей предоставление полного минимального пакета услуг. «...Зачем за количеством гоняться, пусть услуги получают немногие, но до конца...» (фрагмент интервью, НПО).

9.2. Мнение пользователей о доступности и качестве услуг по ВИЧ/СПИД

В исследовании 2008 года были проведены глубинные интервью с 24 представителями ключевого населения (ПИН, СР, ЛЖВ, молодежь, мигранты), где они описывали свой опыт использования услуг СПИД-сервисных организаций в трех регионах страны. Ниже в обобщенном виде приводятся мнения опрошенных респондентов.

9.2.1. Услуги ПОШ

Процесс приема наркотика. Один из респондентов, рассказывая о процессе приема наркотика, отметил, что приобретение очередной дозы и шприца, как правило, происходит в разное время. Обычно сначала покупается наркотик, и только потом появляются мысли о шприце («...есть такое суеверие – сначала находишь наркотик и только во вторую очередь думаешь о шприце....»). Введение наркотика может происходить при разных обстоятельствах и условиях, и уровень информированности ПИН порой мало влияет на этот процесс.

«... Бывает, что делишь дозу со случайными людьми, ты их встретил сегодня и потом может быть, их больше никогда не увидишь. Но сегодня тебя объединяет с ними наркотик, ты там не будешь говорить «мне нужен другой шприц», просто уколешься одним шприцем и разбежишься...»

«...Когда нужно ввести наркотики не думаешь об отдельном шприце»

Отношение ПИН к использованию услуг ПОШ. В группу ПИН входят очень разные люди, по возрасту, по стажу употребления наркотиков, по социальному статусу, семейному положению и т.д. Нарботанные к настоящему времени подходы в работе ПОШ подходят не всем наркопотребителям. Например, *«...среди начинающих ПИН из числа молодежи нет потребности в этой услуге, так как наркопотребителями, как правило, становятся дети состоятельных родителей, которые могут найти 600 сомов (около 15\$) для того, чтобы получить суточную дозу...»*, или при необходимости они могут позволить себе купить шприцы сами. Обмен шприцев непосредственно в самом пункте продолжает оставаться небезопасным (*«...рискованно ходить по городу со шприцами...»*), так как их могут задержать правоохранительные органы. Кроме того, *«если ходить ПИНу самому в ПОШ, то шприцы потом надо, где-то хранить, как правило, дома могут найти родные, что создаст дополнительные проблемы...»*. Поэтому важно, чтобы ПОШ были физически доступны, и туда можно было заглянуть в любое время. Было также отмечено, что многие ПИН отказываются от услуг аутрич-работников из-за желания скрыть свою наркозависимость (*«...если аутрич работник ходит по домам, а наркопотребитель скрывает свою зависимость от родных и соседей, он просто отказывается от услуг аутрич-работника...»*). Услугами аутрич-работников чаще пользуются наркопотребители со стажем, которые уже не стремятся ничего скрывать. При этом не всегда получается учесть их потребности. Они нуждаются в специальных *«...шприцах, так как у них вен уже не видно, и они колются в пах, а распространяются микронки и инсулиновые шприцы...»*. Таким образом, для достижения большей эффективности работы ПОШ необходимо больше внимания уделять индивидуальному подходу.

О нормативах для аутрич-работников. Во многих ПОШ нормативом для аутрич-работников является обслуживание 50 чел., а в отдельных организациях - даже 100 человек. По мнению одного из респондентов, очень сложно найти столько потребителей на одной территории (*«...на районе столько не бывает, ну 20 или 30...»*). Это объясняется тем, что наркопотребители очень мобильная группа и обычно они не ведут оседлый размеренный образ жизни (*«...из-за преследования правоохранительными органами, наркопотребители могут менять место жительства на длительный срок...»*). В итоге было высказано мнение, что *«...столько шприцев, сколько раздают, не нужно...из 10 шприцев до наркопотребителя доходит ну может быть 2-3, остальное теряется по дороге...»*.

О ПОШ при Центрах семейной медицины. Инициатива Министерства здравоохранения по открытию ПОШ при ЦСМ воспринимается пользователями услуг неоднозначно. Например, в г.Бишкек к этому отнеслись положительно (*«...народу много, можно затеряться...»*). А на районном уровне, где населенный пункт небольшой и все друг друга знают, ПОШ практически не используется по назначению.

О других потребностях ПИН. Необходимость расширения имеющегося пакета услуг для ПИН уже была отмечена по итогам предыдущего этапа исследования. Эти мнения неоднократно прозвучали и в исследовании 2008 года (*«...потребности ПИН постоянно растут, они хотят получать дополнительные услуги, комплексные услуги...»*). К числу наиболее востребованных были отнесены такие услуги, как детокс-терапия, реабилитация и лечение сопутствующих заболеваний.

Мнение о необходимости развития новых подходов в работе с ПИН, в частности более широкое развитие услуг по реабилитации, высказывались и поставщиками услуг.

«...все-таки для изменения в поведении наркопотребителей, первое это - изменение для самого себя и желание.... Может быть какие-то программы нужны, связанные с чисто психологическими и моральными факторами, реабилитационные центры. Не только там, в больнице наркологии, где они получают лечение. А именно такая реабилитация, где наркопотребитель сам скажет «да, я хочу, т.е. да, я буду делать».

«...вот у нас была цель собрать группы наркопотребителей, чтобы они в дальнейшем сами делали какую-то работу, вот таких активных, чтобы вот взялись за дело. Ну за эти годы были 2-3 человека, что-то они начинали самостоятельно, но не получается у них. Группа самопомощи должна сама создаваться, именно исходя из желания самих же этих групп. А когда мы диктуем и говорим, давайте соберитесь, сделайте, это опять же получается наше желание...»

Обращает на себя внимание случай, когда один из аутрич-работников, бывший ПИН, ушел из организации, оказывающей услуги по снижению вреда, для того, чтобы заняться развитием реабилитационных услуг для ПИН.

ПИН о стигме. Очень интересное мнение о стигме было получено в одном из проведенных интервью. Проявления стигмы в отношении ПИН в обществе, включая медицинские организации, сохраняется. Но ее проявления становятся особенно выраженными, когда возникает необходимость в получении бесплатных медицинских услуг (*«...когда у тебя есть деньги, то все нормально...»*).

Было озвучено такое понятие, как «самостигма», когда ПИН сам считает, что он заслуживает плохого отношения со стороны окружающих из-за своей зависимости. В таких ситуациях очень помогает повышение знаний о своих правах.

Качества, которые ПИН ценят в услуге. Очень значимыми для сохранения доступности услуги для ПИН, являются такие характеристики, как:

- **Первое впечатление.** Еще очень многое зависит от личностных характеристик работающего персонала, и в разных организациях можно встретить разное отношение персонала к пациентам (*«...для наркопотребителя очень важно первое впечатление, должны быть такие качества как терпение, толерантность...»*).
- **Конфиденциальность.** Обычно любой ПИН старается сохранить в тайне свою зависимость. И если при обращении в СПИД-сервисные организации у него хотя бы раз появились сомнения в этом отношении, то он, как правило, больше не возвращается (*«...я не хочу больше видеть эту аутрич, и ходить туда больше не буду. Зачем она сказала моей маме, что я беру шприцы...»*).
- **Безопасность.** Для ПИН важно знать, что его не будут преследовать правоохранительные органы. (*«...в дропин-центре поселился стукач, закладывает милиционерам...никто не будет посещать этот центр...»*).

9.2.2. Услуги программы по ЗТМ

Недостаток информации о ЗТМ. При проведении интервью с участниками программы по ЗТМ стало ясно, что имеет место недостаток информации, как у самих участников, так и у их окружения. Опрошенные отметили, что не все знают, что «...это

синтетический наркотик, химикат... многие думают лекарство...». Например, среди потенциальных получателей ЗТМ и их родственников распространено мнение, что метадон вызывает еще более выраженную зависимость, чем героин; имеет более серьезные отрицательные побочные эффекты на функционирование таких органов, как печень, почки («...метадон имеет много, в 5 раз больше побочных эффектов...»); и гораздо раньше приводит к смертельному исходу. Такое мнение удерживает многих от использования данной услуги. Опрошенные участники программы сами задавали вопросы о продолжительности, исходах, прогнозах ЗТМ. О программе большая часть опрошенных узнала из личных контактов («...у меня есть русский друг, он рассказал мне о метадоне»).

О процедуре получения ЗТМ. Процедура вступления в программу, по мнению респондентов, является несложной. В настоящее время дозу метадона можно подбирать амбулаторно (в исследовании 2007 года для этого требовалась 100% госпитализация, что приводило к значительным финансовым затратам). За дозой необходимо приходить каждый день с 8.00 до 13.00 (в субботу и воскресенье – до 11.00.). Иногда по семейным обстоятельствам допускается выдача 2х-дневной дозы метадона. Были высказаны предложения начинать выдачу метадона с 6 утра, чтобы успеть до работы («...утром всегда очередь, особенно в 7-8 часов...»). Один из интервьюируемых отметил, что «...наркоманов много, нужно открывать больше точек в городе, сюда ехать далеко, на дорогу уходит 30-40 сом (около 1\$), иногда денег нет...». По мнению другого респондента, «...некоторые предпочитают, наоборот, получать в другой части города, чтобы не знали знакомые...».

О влиянии ЗТМ. Практически все опрошенные участники программы отметили положительное влияние ЗТМ на общее состояние и лучшее социальное функционирование.

«...нормализуется сон, можно работать», «...чувство бодрости», «...не болееешь», «...нет тяги к алкоголю», «...выбивает желание употреблять героин», «...избавляет от психологической зависимости»

«...нет опасности, что не так подберешь дозу, а героин рано или поздно приводит к передозировке и смерти...», «...не нужно искать наркотик, деньги», «...спасает от смерти, тюрьмы»

«...сейчас живу вместе с семьей», «...в жизни появляется место для других вещей»

Неверные ожидания получателей ЗТМ. В ходе интервью участники программы высказывали некоторое разочарование, что нельзя закончить программу ЗТМ в более короткие сроки («...можно ли заканчивать за 6-7 месяцев», «...может стационарное лечение в течение 1 месяца и потом завершить ее»). Это в основном было связано с тем, что многие из них не имели постоянной работы и планировали уехать на заработки в Россию или Казахстан («...скоро начнутся сезонные работы»). Необходимость прервать ЗТМ вызывала у них беспокойство, говорили, что «...в России метадон есть, но он не жидкий, а как порошок, надо разводить. Его барыги продают как наркотик»).

Аутрич-работник отметил, что «...у программы нет цели, чтобы они сошли с дозы метадона совсем...».

О милиции. «...По идее должно быть удостоверение об участии в программе ЗТМ, но такого документа у нас нет». По мнению респондентов «...помощь от удостоверения большая, спасет от ментов». Преследования со стороны правоохранительных органов,

по признанию интервьюируемых, немного уменьшились. Хотя случаи задержания встречаются довольно часто.

«...милиция «достала»...они забирают в участок без разбора, бьют, «вешают» грабежи, убийство», «...они подбрасывают героин, «вешают» преступление, меня в прошлом году так задержали», «...сразу бьют и загоняют в машину», «...есть пример, одному подложили героин, а он был на метадоне, и его осудили в тюрьму», «...там нет вежливого обращения»

При задержании участников программы у них прерывается курс ЗТМ.

«...менты не привозят метадон», «...от героина болеют 1-2 недели, а от метадона – очень долго...», «...у метадона своя ломка»

Расширение программы ЗТМ. За последний год программа ЗТМ была значительно расширена (открыты новые пункты, увеличены штаты и обучен персонал, обслуживающий программу). О важности ЗТМ высказываются и сотрудники организаций. Они отмечают, что у ПИН очень много сочетанной патологии и на фоне ЗТМ можно было бы оказывать интегрированные услуги.

«...Для потребителей надо развивать метадоновую программу для того, чтобы антивирусная терапия хорошо шла, и не только ВИЧ, но и лечение туберкулеза, гепатита. У около 70-80% потребителей сейчас есть туберкулез. Если он находится на метадоне, то больше осознания, он начинает принимать другое лечение. Это тоже помогало бы улучшить доступность» (фрагмент интервью, гос.организация).

9.2.3. Услуги для ЛЖВ

Изучение опыта ЛЖВ на основе данных, полученных в ходе интервью с получателями услуг и сотрудниками СПИД-сервисных организаций, выявило наличие барьеров к целому ряду услуг.

Низкая информированность о путях передачи ВИЧ. Практически во всех изученных историях пациентов прослеживалась общая характеристика – недостаточная осведомленность о путях передачи ВИЧ. После постановки данного диагноза некоторые пациенты словно оказывались в информационном вакууме, не зная, что дальше делать с этим диагнозом и к кому обратиться за помощью.

История 1

...Мужчина средних лет рассказал, что в течение многих лет является наркопотребителем. 6 месяцев назад ему установили ВИЧ-позитивный статус. После постановки данного диагноза связь с врачами областного центра СПИД прервалась. Он не получил исчерпывающей информации о путях передачи инфекции и что ему необходимо предпринять в дальнейшем. Он сказал, что живет со своей семьей, старается не контактировать с детьми, женой, имеет отдельную посуду. Он был не уверен, что его действия правильны и не знал, что он должен делать со своей болезнью. У него не было денег на поездку из района в областной центр. Кроме того, он опасался показываться в людных местах, так как боялся встречи с милицией, которые хорошо знали его как наркомана.

Проявления стигмы и дискриминации со стороны членов семьи. После постановки диагноза ВИЧ-инфекция, многие пациенты столкнулись с проблемой непонимания со стороны своих близких родственников. Недостаток своевременной и полной информации о ВИЧ-инфекции, о методах лечения и прогнозах, практически отсутствие

профессионального психологического консультирования приводили к дополнительным психо-эмоциональным травмам. Примером могут служить истории двух женщин, которые приводятся ниже.

История 2

...Молодая женщина, 25 лет, мать двоих детей 4х лет и 7ми месяцев. 2003 году она вышла замуж, не зная, что будущий супруг в прошлом употреблял наркотики и имел ВИЧ-позитивный статус. В начале 2007 года у нее наступила вторая беременность. Она проходила все необходимые обследования, включая тестирование на ВИЧ, и все анализы были в норме. В сентябре 2007 года сразу после родов ей сообщили о том, что у нее положительные результаты на ВИЧ-инфекцию. В соответствии с рекомендациями врачей ребенка с первых дней перевели на искусственное вскармливание. Мужа в скором времени посадили в тюрьму за наркотики и кражу. Мать, узнав о ВИЧ-положительном статусе дочери, отказалась ей помогать. Молодая женщина была вынуждена уйти из дома и снимать комнату. Так как у нее двое маленьких детей ей тяжело найти подходящую работу. За 7 месяцев она три раза получила продуктовые пакеты, 2 раза молочные смеси и один раз памперсы. Последний месяц малыш болел, была высокая температура и судороги. Врач прописал дорогостоящее лекарство за 600 сом (15 \$). Денег у нее не было, и она взяла это лекарство в аптеке в долг, заложив свой паспорт.

История 3

...Пожилая женщина рассказывала о том, что «врачи заразили ВИЧ-инфекцией ее внука». Сначала она постаралась их изолировать, выделила для внука со снохой отдельную комнату и посуду. Ее муж перестал приходить из-за них домой. Женщина сказала, что не хотела, чтобы ее сын жил со снохой и боялась, что заразятся другие члены семьи. Через некоторое время она выгнала сноху с внуком из дома.

История 4³⁹

...малышу и был поставлен диагноз...свекор срочно вызвал сына из России, где он находился на заработках и который, по мнению отца, мог передать внуку опасный вирус. Однако тот оказался здоровым, но, узнав о случившемся, отказался от семьи, обвинив жену в измене, так как считал это единственной причиной заражения.

Отсутствие своевременной информации для семьи порождает страх и непонимание. По мнению одного из опрошенных врачей, есть необходимость проведения регулярных передач по ВИЧ-инфекции, где данный вопрос должны освещать медики, чтобы информация была достоверной и вызывала у населения доверие, рассеивала беспокойства.

Отсутствие социальной помощи со стороны государства. Как правило, ВИЧ-позитивные пациенты проживают в бедности, не имеют своего жилья, постоянной работы, получаемый доход обычно не обеспечивает минимальные базовые потребности, по тем или причинам отсутствуют документы и не всех поддерживают родственники. В этих условиях особенно актуальным становится возможность получения социальных льгот, официально предусмотренных государством. К сожалению, процедура оформления пособия и льгот является практически непреодолимым барьером для ВИЧ-позитивных. Многие пациенты остаются наедине со своей проблемой (история 2, 5).

³⁹ Абдумомун Мамараимов, «Кыргызстан: Желание вылечить детей обернулось заражением ВИЧ и потерей семьи», 07.04.2008, <http://www.ferghana.ru/article.php?id=5659>

История 5⁴⁰

...мать Вич-инфицированного ребенка рассказала, что по ее инициативе двое старших детей и муж, находящийся в России, также прошли тест на ВИЧ-СПИД. Они оказались здоровы. Но муж, который раньше присылал из России деньги на лечение ребенка, теперь помогать отказался. «Где зацепила вирус, там и вылечишь!» - такова была реакция мужа, который снова уехал в Россию и не дает о себе знать. С ее слов «все эти семьи являются малообеспеченными, из некоторых ушли отцы, а матери не работают».

Об АРВ-терапии. Во время вспышки ВИЧ-инфекции большей части детей требовалось назначение АРВ терапии. Но медики столкнулись с сопротивлением со стороны многих матерей, так как назначение специфической терапии ВИЧ-положительным детям воспринималось населением, включая родственников, как проведение эксперимента по испытанию новых препаратов. В связи с этим имели место случаи, когда отдельные родители ВИЧ-инфицированных детей отказывались от медицинского наблюдения.

Один из опрошенных респондентов рассказал опыт своего ВИЧ-инфицированного знакомого, также отрицательно относящегося к получению АРВ-терапии. Но если в первом случае причиной отказа скорее явилось недостаточное понимание целей назначения АРВ препаратов, то во втором случае это, наоборот, результат достаточно хорошей информированности. Так, респондент во время интервью рассказал, что его близкий знакомый старался больше узнать об АРВ препаратах и выяснил, что *«...эти препараты вызывают сильные побочные эффекты, как ухудшение памяти, сильные боли, депрессия и т.д.. Наличие сильных отрицательных эффектов означает, что эти препараты тебе просто не подходят, и надо подбирать другие, альтернативные АРВ-препараты, А это практически невозможно, поскольку в Кыргызстан завозится очень ограниченный список лекарств. К тому же существуют перерывы в поставках, что делает бессмысленным все лечение...».*

Также был описан опыт одного бывшего заключенного, которому *«...в тюрьме назначили АРВ-терапию, он даже сначала не понял, для чего ему дают таблетки, рассказывал, что два раза был перерыв в приеме таблеток. После выхода из тюрьмы опять наступил перерыв в лечении, потом он узнал, что АРВ-терапию прерывать вообще нельзя и сказал, что больше не будет их принимать, «какой смысл...».*

На районном уровне аутрич-работник и врач ГСВ рассказали историю бывшего заключенного, молодого парня, которому в тюрьме поставили диагноз ВИЧ-инфекции. После освобождения он очень хотел начать АРВ лечение. Оказалось, что нужно пройти ряд лабораторных тестов, которые нужно оплачивать самому (рентген – 75 сом, УЗИ – 50 сом, дополнительные биохимические анализы). Рассказывали, что он старался заработать деньги, сдавал анализы и собирал результаты тестов, оставался только рентген. Но в один день его задержали милиционеры, обвинили в совершении воровства и снова посадили в тюрьму. «Не успел...» говорили они.

Еще одним препятствием для получения АРВ терапии, по мнению респондентов, является недостаток видимых и положительных эффектов от приема АРВ препаратов. Пациенты наблюдают за побочными эффектами, но не видят каких-либо очевидных выгод для общего самочувствия. Одной из причин, особенно на начальном этапе внедрения АРВТ, медики видят в неправильных подходах при назначении терапии (без учета активности оппортунистических инфекций). Но за последние 2 года была

⁴⁰ Абдумомун Мамараимов, «Кыргызстан: Желание вылечить детей обернулось заражением ВИЧ и потерей семьи», 07.04.2008, <http://www.ferghana.ru/article.php?id=5659>

проведена очень активная работа по пересмотру клинических протоколов при технической поддержке ВОЗ, обучение медицинского персонала при финансовой поддержке ГФСТМ и ЮНИСЕФ и назначение АРВТ идет только после лечения активной фазы сопутствующих оппортунистических инфекций (туберкулез и др.).

О наблюдении за ВИЧ-позитивными. После подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции на уровне СПИД - центров, наблюдение за данным пациентом передается врачам ГСВ (первичный уровень здравоохранения). В обязанности семейных врачей входит наблюдение за общим состоянием пациента, обеспечение контроля лабораторных показателей, включая уровень CD4-клеток (1 раз в три месяца), при назначении АРВ препаратов – выдача таблеток и контроль их переносимости. Но на практике такая схема срабатывает не очень эффективно по нескольким причинам:

- Практически во всех регионах КР, особенно на юге страны, первичный уровень здравоохранения испытывает дефицит кадров (см. раздел 8.1. по ЧР). Имеющиеся врачи работают с высокой нагрузкой и наблюдение за ВИЧ-позитивными воспринимают как нежелательную дополнительную нагрузку;
- Кроме того, имеется недостаток навыков по общению с представителями ключевых групп населения, проведению консультирования и лечения АРВ-препаратами. Необходимо отметить, что решение о назначении АРВ-терапии или коррекции схем лечения принимается на уровне СПИД-центров, зачастую без вовлечения в данный процесс семейного врача пациента;
- По мнению семейных врачей, они не располагают какими-либо рычагами для эффективного воздействия и оказания помощи ВИЧ-позитивным пациентам. «...Сами на прием они не приходят, мы ходим по домам, но они не открывают двери или просто многократно обещают прийти и обследоваться, но так и не приходят. Или у них нет денег на дорогу до СПИД-центра, на анализы. Мы ничем не можем им помочь, ни предоставить им какие-то льготы или материальную помощь, от нас им никакого толку. Мы можем только ходить и звать на обследование...»;
- Описывая свой опыт, одна врач ГСВ рассказала, что на участке у нее 3 ВИЧ пациента, одному из них для назначения АРВ терапии надо было сдать перечень анализов, процесс шел очень медленно («...они недисциплинированы, мнительны, надо долго уговаривать...»), в течение 1,5 лет им совместно удалось собрать все необходимые результаты анализов. «...Потом оказалось, что при назначении АРВТ обязательно надо информировать супругу, он сразу порвал все анализы, которые мы с таким трудом собирали, и отказался от лечения. Очень много нюансов...»;
- Есть также препятствия со стороны самих пациентов, многие из которых предпочитают получать помощь в СПИД-центрах, подальше от места жительства, считая, что так легче скрывать свой статус.

С увеличением количества пациентов с ВИЧ/СПИД, становится очевидным, что прежние подходы, которые использовались при обслуживании единичных случаев, уже не срабатывают. По мнению респондентов есть необходимость в изменении организации помощи больным с ВИЧ/СПИД («...нужно искать новые подходы, надо делать систему»), продумать какая система предоставления услуг будет наиболее оптимальной, пересмотреть функциональные обязанности, определить права и ответственность специалистов на каждом уровне оказания помощи, только затем решить кого и чему обучать, кому и сколько дополнительно оплачивать.

9.2.4. Услуги для заключенных

Министерство юстиции КР, включая ГУИН, активно принимает участие в мероприятиях по противодействию ВИЧ/СПИД среди заключенных. К настоящему времени в

тюремной системе на пилотной основе внедряется практически весь спектр услуг, связанных с ВИЧ. В рамках реализации грантов ГФСТМ поддерживается деятельность ПОШ, услуги ДКТ, АРВ-терапия, социальная помощь, информационно-образовательные мероприятия, решается вопрос о расширении программы ЗТМ. Интервью с ПИН, бывшими в заключении, показало наличие некоторых барьеров в доступе к ВИЧ/СПИД услугам.

Перерывы в поставках шприцев. Опрошенные респонденты, указывали на периодические перерывы в работе ПОШ из-за отсутствия шприцев. Некоторые заключенные предусмотрительно делали запасы, и когда наступал перерыв обменивали шприцы на продукты питания, мыло - моющие средства и др. Персонал ПОШ объяснял данную ситуацию нехваткой шприцев на складах ГФСТМ, также перерывами финансирования между траншами и проектами. В такие периоды, НПО, работающие «на воле» в нарушение всех правил отправляли часть шприцев в колонии «по своим каналам», чтобы не допустить перерыва в обмене.

Слабая преемственность услуг между тюремным и гражданским секторами. Данная проблема была озвучена в ходе нескольких интервью.

«...Заключенного, который, например, начал получать АРВ терапию или услуги ПОШ, очень важно связать с гражданским здравоохранением с тем, чтобы выходя из заключения, они продолжили получать лечение или обменивать шприцы, чтобы продолжали свое безопасное поведение.... На самом деле, это очень проблемное поле, прежде всего потому, что нет никаких нормативных документов, которые регулировали бы все это....» (фрагмент интервью)

«...У нас выходят из заключения и опять же некуда идти, и абсолютно нет денег, например, чтобы добраться с Бишкека в Ош. Вот он получил этот волчий билет, вышел и все, делайте, что хотите. Естественно он опять возвращается в криминальный мир, рецидивный преступник. Вот этот круговорот можно было бы каким-то образом прерывать, нужна определенная поддержка в этом плане...» (фрагмент интервью)

В 2008 году была разработана и утверждена программа «Подготовка к освобождению осужденных и их социальная адаптация» на 2008-2010 г.г. В соответствии с данной программой в 11 колониях страны на пилотной основе создано социальное бюро, чтобы апробировать подходы в работе с теми, кто готовится к освобождению. Отрабатываются механизмы связи с гражданским сектором, расширяется спектр услуг (ПОШ, реабилитационная программа, помощь при восстановлении документов и др.). Данная деятельность преимущественно поддерживается CARHAP и AFEW. По мнению респондентов, обязательно должна быть такая организация, «куда можно направить и где каждый получит поддержку».

9.2.5. Услуги Дропин-центров

Как показали результаты интервью, услуги «Дропин-центров» являются востребованными практически для всех групп ключевого населения. В настоящее время потребность в них не удовлетворена. Так, в «Дропин-центр» для СР поступают просьбы принять «...ВИЧ-инфицированных, ПИН (мужчин), беременных, заключенных...». Есть большая потребность в отдельных шелтерах для ПИН, имеющих туберкулез («...часто обращаются больные туберкулезом...»).

«Дропин-центры», наряду с предоставлением информации по профилактике ВИЧ-инфекции, стараются оказать помощь при восстановлении документов, получении

консультации по медицинским проблемам (например, консультация фтизиатра, врача ЦСМ и др.). Сотрудники центров считают, что «...проведение обучения простым профессиям способствует социализации...».

9.2.6. Услуги по профилактике ИППП

В связи с тем, что в 2008 году многие организации не получили финансирование ГФСТМ или имели длительный перерыв между проектами, услуги по профилактике ИППП оказывались в меньших объемах, чем в предыдущем году. Основной проблемой, озвученной во время проведенных интервью, было «...низкое качество презервативов, поставляемых по линии ГФСТМ».

Одной из причин, снижающей эффективность профилактических мероприятий, является недооценка СР факторов риска. А именно, во время интервью некоторые признались, что «...если клиент предлагает доплатить, то можно не использовать презерватив».

9.2.7. Услуги по ДКТ

Недостаток информации о возможности прохождения анонимного бесплатного тестирования на ВИЧ/СПИД. Обращает на себя внимание факт, что при проведении информационно-образовательных мероприятий, не особо делается акцент на возможности прохождения теста на ВИЧ/СПИД анонимно и бесплатно. Так, один из опрошенных пользователей услуг, который являлся лидером местного сообщества, говорил о том, что он инициировал прохождение тестирования на ВИЧ/СПИД семей из своего сообщества. При этом они должны были оплатить по 60 сом за каждый тест, и если семья многодетная (плюс транспортные расходы), то получалась существенная сумма. Т.е. говорилось о финансовых барьерах к получению данной услуги. Недостаток информации об анонимном и бесплатном тестировании среди населения был отмечен также в ходе предыдущего этапа исследования.

9.2.8. Услуги общей лечебной сети

Как уже неоднократно было отмечено, представители групп ключевого населения, как правило, имеют достаточное количество сопутствующих проблем здоровья. И если в последние годы, благодаря реализации «Третьей Государственной программы по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа...», поддерживаемой международными донорскими организациями и, прежде всего ГФСТМ и СААР, доступность услуг, непосредственно связанных с ВИЧ/СПИД, значительно улучшилась, то доступность услуг общей лечебной сети для ключевого населения остается еще проблематичной. На основе данных, полученных в ходе интервью, были выделены основные ограничивающие факторы.

- **Конфиденциальность.** Потенциальные пользователи услуг опасаются обращаться в общую лечебную сеть из-за того, что обычно необходимо предоставлять документы, и нет гарантии сохранения конфиденциальности («...боялась в больницу идти, может, кто узнает меня, здесь никто меня не знает, прихожу»);
- **Финансовые барьеры.** Для многих представителей уязвимых групп населения общие медицинские услуги финансово недоступны. При обращении за амбулаторной и особенно за стационарной помощью требуются финансовые средства («...надо платить за справку, анализы, лекарства, услуги специалистов...»), «...у меня трудности были в 17 лет, пошла лечиться, там дорого очень...»). Наличие медицинской страховки позволяет иметь льготы при получении услуг, но представители уязвимых групп обычно ее не имеют;

- **Недостаток сети дружественных врачей в общей лечебной сети.** Аутрич-работник во время интервью отметила, что «...они все чем-нибудь больны, когда они обращаются сами, то им могут отказать. А к кому посылать и чем помочь не знаешь...дружественных врачей почти нет...»).
- **Преимственность.** На практике в неправительственных организациях находятся потенциальные получатели услуг, а все необходимые медицинские услуги концентрируются в основном в государственных медицинских организациях. Связь между НПО и государственным сектором улучшается ежегодно, но еще недостаточна для обеспечения приемлемого уровня доступности.
- **Стигма и дискриминация в государственных медицинских организациях.** Отношение медицинского персонала к представителям уязвимых групп не всегда является дружественным. Есть примеры, когда им отказывают в госпитализации, или узнав о том, что они являются ПИН или ВИЧ-позитивный стараются быстрее выписать, не оказав помощи в полном объеме и т.д.

9.3. Заключение

- В целом за период деятельности ГФСТМ (с 2004 г.) и СААР (с 2006 г.) произошли значительные положительные изменения в улучшении экономической и физической доступности услуг, связанных с ВИЧ/СПИД, как для общего населения страны, так и для основных ключевых групп (ПИН, СР, МСМ, ЛЖВ, молодежь, мигранты и заключенные);
- Широкое вовлечение НПО, а также государственных и частных организаций позволило начать оказывать услуги, связанные с ВИЧ/СПИД, во всех регионах страны. Наиболее широкий спектр услуг оказывается в городах Бишкек и Ош, Чуйской и Ошской областях (регионы с наибольшей распространенностью ВИЧ-инфекции). Однако, потребности южных регионов (Ошская, Жалалабатская, Баткенская области) и в сельской местности (районный уровень) на сегодняшний день удовлетворяются не полностью;
- Представители уязвимых групп населения имеют бесплатный доступ к базовым услугам (профилактика и лечение ИППП, ПОШ, тестирование на ВИЧ, ИОМ). Поставка АРВ-препаратов и метадона также полностью осуществляется на средства гранта ГФСТМ. Увеличиваются объемы помощи по уходу и поддержке ВИЧ-инфицированных;
- Результаты проведенных исследований свидетельствуют о положительных тенденциях в приобретении навыков безопасного поведения среди ключевых групп населения, повышение их информированности в отношении своих прав и о предоставляемых услугах;
- Вместе с тем, сохраняются некоторые барьеры для дальнейшего улучшения доступности и качества услуг, связанных с ВИЧ. На институциональном/программном уровне это такие, как перерывы в финансировании деятельности организаций, недостаточная эффективность мероприятий по повышению уровня информированности (качество тренингов, язык информационных материалов, корректность и своевременность подачи информации и др.), низкое качество предоставляемых средств индивидуальной защиты (презервативы, шприцы, салфетки), недостаточное развитие преимущественности в оказании услуг между НПО и государственными медицинскими организациями, тюремным и гражданским секторами, финансовые барьеры для получения услуг в общей лечебной сети и практическая недоступность социальной помощи для ВИЧ-позитивных лиц;
- На уровне сообществ/индивидуума наиболее значимыми являются все еще недостаточная информированность о предоставляемых услугах, своих юридических правах, стигма и дискриминация со стороны членов

семей/сообществ, правоохранительных органов и в отдельных случаях со стороны медицинских работников.

9.4. Рекомендации

Рекомендация #1. Принимая во внимание факт, что общий уровень информированности оказывает влияние на различные аспекты личностных установок и поведения в отношении ВИЧ/СПИД, необходимо усилить мероприятия по повышению уровня знаний о путях передачи ВИЧ-инфекции с целью предупреждения стигмы и дискриминации со стороны общества;

Рекомендация #2. Расширение пакета услуг с акцентом на развитие реабилитационных программ, психо-социального консультирования, юридических услуг, мероприятий по обеспечению преемственности между секторами (НПО, гражданский, тюремный);

Рекомендация #3. С учетом увеличения количества ВИЧ-позитивных лиц в стране необходимо пересмотреть механизм выделения пособий и социальных льгот с целью упрощения процедуры и обеспечения конфиденциальности.

Приложения

Приложение 1. Перечень организаций, принявших участие в исследовании

А. Государственные организации

№	Название организации	Направление деятельности
г. Бишкек и Чуйская область		
1	РО СПИД	Информационно-образовательная и методическая деятельность, консультирование, проведение диагностики и лечения ВИЧ/СПИД (включая назначение АРВ - терапии), распространение изделий медицинского назначения и средств личной профилактики (шприцы, презервативы и др.)
2	Бишкекский центр профилактики и борьбы со СПИДом	Распространение информации по профилактике ВИЧ/СПИД, презервативов, обмен шприцев, диагностика и лечение ИППП, ВИЧ/СПИД, консультирование, социальная поддержка и сопровождение
3	Чуйский областной Центр профилактики и борьбы со СПИДом	Распространение информации по профилактике ВИЧ/СПИД, презервативов, обмен шприцев, тестирование, консультирование и лечение ВИЧ/СПИД, ИППП
4	Главное Управление Исполнения Наказаний (ГУИН) Министерства Юстиции КР	Распространение информации по профилактике ВИЧ/СПИД, презервативов, программы снижения вреда (организация ПОШ, подготовка к проведению заместительной терапии метадоном), программы по реабилитации
5	Республиканский центр наркологии	Предоставление услуг дружественной клиники, программа заместительной терапии метадоном
6	Республиканская клиническая инфекционная больница	Лечение ВИЧ/СПИД, вирусных гепатитов, других оппортунистических инфекций
7	Чуйская область, Жайыльский ЦСМ	ПОШ, ЗТМ
г. Ош и г. Жалалабат		
8	Ошский областной Центр профилактики и борьбы со СПИДом	Информационно-образовательная деятельность, консультирование, тестирование и лечение ВИЧ/СПИД (включая назначение АРВ-терапии), обмен шприцев, распространение презервативов
9	Ошский областной Центр санитарно-эпидемиологического надзора	Областные центры Государственного санитарно-эпидемиологического надзора были упразднены согласно Приказа МЗ КР от 27.03.2008г. № 124 «О совершенствовании организационной структуры и нормативах финансирования организаций санитарно-эпидемиологического надзора на 2008 год».
10	Ошский областной наркологический диспансер	Распространение информации по профилактике ВИЧ/СПИД, проведение детокс-терапии, заместительной терапии метадоном, реабилитация
11	Ошский областной противотуберкулезный диспансер	Проведение лечения туберкулеза у пациентов с ВИЧ/СПИД

Иссык-кульская область		
12	Иссыккульский областной Центр профилактики и борьбы со СПИДом	Информационно-образовательная деятельность, распространение информации по профилактике ВИЧ/СПИД, консультирование, тестирование на ВИЧ/СПИД
13	Иссыккульский областной наркологический диспансер	Распространение информации по профилактике ВИЧ/СПИД
14	Иссыккульский противотуберкулезный диспансер	Проведение лечения пациентов с туберкулезом
15	Иссыккульский областной ЦСМ	Распространение информации по профилактике ВИЧ/СПИД

Б. Неправительственные организации

№	Название организации	Направление деятельности
г. Бишкек и Чуйская область		
1	«Таис Плюс»	РКС – распространение информации по профилактике ВИЧ/СПИД, презервативов, программы снижения вреда, работа с дружественными клиниками, социальное сопровождение
2	«Научмедлайт»	РКС, МСМ – предоставление дружественного сервиса (диагностика и лечение ИППП, консультирование и тестирование на ВИЧ/СПИД)
3	«Социум»	ПИН – распространение информации, презервативов, обмен шприцев
4	«Ранар»	ПИН, освобожденные заключенные, МСМ – программа снижения вреда, общинный центр, программа ухода и поддержки
5	«Коз Караш»	ЛЖВС – программы лечения, ухода и поддержки
6	Общественный Фонд «Здоровье для всех»	Распространение информации по профилактике ВИЧ/СПИД среди мигрантов из Узбекистана и Таджикистана для снижения уязвимости в отношении ВИЧ/СПИД
7	Общественное Объединение «Специалисты семейной медицины»*	Обучение медицинских работников, подготовка тренеров для обучения ГСВ, разработка учебных планов и руководств
г. Ош и г. Жалалабат		
8	«Родители против наркотиков»	ПИН – распространение информационных материалов, презервативов, обмен шприцев
9	«Здоровое поколение» (г. Жалалабат)	ПИН – распространение информационных материалов, презервативов, обмен шприцев, дружественный сервис
10	«Подруга»	РСК – распространение информационных материалов, презервативов, дружественный сервис (диагностика и лечение ИППП), обучение, социальное сопровождение
11	«Мастер радости»	Повышение информированности среди неорганизованной молодежи (уличные дети)
12	Телерадиокомпания «Дастан ТВ»**	Повышение информированности по вопросам ВИЧ/СПИД среди узбекского и кыргызского населения Ферганской долины

Иссык-кульская область		
13	«Медер и Эмб»*** (г.Каракол)	РСК – повышение информированности среди молодежи, диагностика и лечение ИППП
14	«Сакбол» (г.Балыкчи)	РСК – распространение информации по профилактике ВИЧ/СПИД, презервативов, диагностика и лечение ИППП, обучение
15	«Улукман Дарыгер» (г.Каракол)	Повышение информированности среди молодежи, диагностика и лечение ИППП

Примечание: *Общественное Объединение при Кыргызском государственном институте повышения квалификации и переподготовки, получатель малого гранта СААР;
 **Частная организация, получившая малый грант СААР;
 ***Частная ГСВ

Приложение 2. Источники финансирования исследованных НПО, 2007- 08 гг.

Б. Неправительственные организации

№	Название организации	Источник финансирования	
		2007	2008
г. Бишкек и Чуйская область			
1	«Таис Плюс»	ГФСТМ	ГФСТМ
2	«Научмедлайт»	ГФСТМ	ГФСТМ
3	«Оазис»	ГФСТМ	Деятельность прекращена
4	«Социум»	ГФСТМ	ГФСТМ (в составе Консорциума)
5	«Ранар»	ГФСТМ	СААР (реабилитация)
6	Общественный Фонд «Иссык-Куль» проекта «Анти-СПИД»	ГФСТМ	Деятельность прекращена
7	«Коз Караш»	ГФСТМ	СААР (завершение проекта)
8	Общественный Фонд «Здоровье для всех»	ГФСТМ + СААР (начало проекта)	СААР (продолжение проекта)
9	Общественное Объединение «Специалисты семейной медицины»	СААР (начало проекта)	СААР (завершение проекта)
г. Ош и г. Жалалабат			
10	«Родители против наркотиков»	ГФСТМ	ГФСТМ + СААР (региональный проект «Тумар» с участием 7 организаций)
11	«Здоровое поколение» (г. Жалалабат)	ГФСТМ	ГФСТМ
12	«Подруга»	ГФСТМ	ГФСТМ + СААР (региональный проект «Тумар» с участием 7 организаций)
13	«Мастер радости»	ГФСТМ	Нет финансирования, перерыв в деятельности
14	Телерадиокомпания «Дастан ТВ»***	СААР (начало проекта)	СААР (проект завершен)
Иссык-кульская область			
15	«Афият» (г.Каракол)	ГФСТМ	Деятельность прекращена
16	«Медер и Эмб»**** (г.Каракол)	ГФСТМ	Перерыв между проектами ГФСТМ
17	«Сакбол» (г.Балыкчи)	ГФСТМ	Перерыв между проектами ГФСТМ
18	«Улукман Дарыгер» (г.Каракол)	ГФСТМ	Перерыв между проектами ГФСТМ