



**HEALTH
POLICY
PROJECT**



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Оцінка політики з питань ВІЛ:

Україна

ЧЕРВЕНЬ 2011 РОКУ

Цю публікацію підготувала Ніколь Джудіс
на виконання Проекту Health Policy Project.

Рекомендована цитата: Н. Джудіс, О. Заглада та Р. Мбуя-Браун. (2011). *Оцінка політики з питань ВІЛ: Україна*. Вашингтон, ОК: Ф'ючерс Груп, Проект «Health Policy Project».

Проект «Health Policy Project» - п'ятирічна програма співробітництва, що фінансується Агентством США з міжнародного розвитку (USAID) в рамках Угоди № AID-OAA-A-10-00067, розпочата 30 вересня 2010 року. Проект виконується компанією «Ф'ючерс Груп» у співпраці з Центром розвитку та діяльності у сфері народонаселення (CEDPA), Ф'ючерс Інститутом, Африканським Регіональним Офісом Партнерства з народонаселення та розвитку (PPD ARO), Референтним Бюро з питань народонаселення (PRB), науково-дослідним інститутом Triangle (RTI), а також Альянсом Білої Стрічки за безпечне материнство (WRA).

Оцінка політики з питань ВІЛ: Україна

ЧЕРВЕНЬ 2011 РОКУ

Інформація наведена в цьому документі не є офіційною інформацією Уряду США та може не завжди відображати погляди чи позицію Агентства США з міжнародного розвитку.

ЗМІСТ

| | |
|--|------------|
| Подяка..... | iv |
| Основні Положення..... | v |
| Абревіатури..... | x |
| Вступ | 1 |
| Епідемія ВІЛ в Україні..... | 1 |
| Еволюція правового, нормативного та політичного середовища у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні..... | 3 |
| Рамковий документ..... | 6 |
| Мета, методологія, вибірка дослідження та етапи оцінки політичного середовища у сфері протидії ВІЛ-інфекції..... | 7 |
| Оцінка Політичної Ситуації В Ключових Програмних Сферах..... | 9 |
| Стигма та дискримінація..... | 9 |
| Міжсекторальні дії у відповідь на епідемію та зв'язки з іншими програмами в сферах охорони здоров'я та розвитку..... | 14 |
| Гендер та насильство за гендерною ознакою..... | 19 |
| Споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН)..... | 25 |
| Діти та підлітки — медичні послуги..... | 33 |
| Діти та підлітки — соціальний захист та соціальні послуги..... | 39 |
| Добровільне консультування й тестування на ВІЛ-інфекцію (ДКТ)..... | 49 |
| Доступ до високоякісних і недорогих лікарських засобів..... | 54 |
| Закупівля та поставка лікарських засобів і виробів медичного призначення у сфері ВІЛ/СНІДу..... | 60 |
| Ко-інфекція ТБ/ВІЛ..... | 65 |
| Висновки..... | 70 |
| Додаток А. Перелік Респондентів | 72 |
| Київ..... | 72 |
| Кіровоградська область..... | 73 |
| Миколаївська область..... | 74 |
| Додаток В. Інструмент Оцінки ЗПТ | 75 |
| (Інструменти 2.1.1 та 2.1.2)..... | 75 |
| Додаток С. Загальні питання для інтерв'ю з ключовими респондентами..... | 111 |
| Посилання | 113 |

ПОДЯКА

Команду проведення оцінки політики з питань ВІЛ очолювала Ніколь Р. Джудіс з боку Проекту USAID «Health Policy Project». Олена Заглада, Головний Консультант, провела аналіз законодавчої та нормативної бази з питань ко-інфекції туберкульозу та ВІЛ, а також забезпечила координацію роботи дев'яти інших консультантів, які займалися аналізом інших аспектів нормативно-правової бази для потреб оцінки. Маї Хіджазі, Головний Технічний Радник Офісу з питань ВІЛ/СНІД Бюро USAID у Вашингтоні, ОК, та Рон МакІнніс, Заступник Директора з питань ВІЛ Проекту «Health Policy Project», приєдналися до команди оцінки в Україні для проведення інтерв'ю з ключовими респондентами та аналізу даних.

Ребекка Мбуя-Браун, Лорі Мерріт і Катріна Дусек з боку компанії «Ф'ючерс Груп» надали технічну допомогу в написанні та редагуванні документу, а також забезпечили пошук документації та відповідної літератури на підтримку команди. Тетяна Трухан надала неоціненну допомогу в Києві шляхом підготовки добірки українських та міжнародних законодавчих та регуляторних актів, складання графіку проведення інтерв'ю з ключовими респондентами, а також забезпечила загальну адміністративну підтримку.

Перелік ключових членів команди складався з 10 українських консультантів, які проводили аналіз законодавчих та регуляторних документів, допомагали в розробці проектів планів проведення інтерв'ю з ключовими респондентами, а також швидко реагували на запити щодо пояснень від Керівника Команди та Головного Консультанта. Імена консультантів та їх роль у проведенні оцінки викладено нижче:

- Роман Бойко, консультант з питань стигми та дискримінації та замісної підтримувальної терапії
- Лілія Дума, консультант із соціальних питань у сфері дітей та підлітків і ВІЛ
- Зорян Кісь, консультант з питань чоловіків, які мають секс із чоловіками
- Олена Максименок, консультант з питань консультування та тестування, а також закупівлі лабораторних і інших виробів медичного призначення
- Олена Нечосіна, консультант з питань споживачів ін'єкційних наркотиків і замісної підтримувальної терапії
- Сергій Рудий, консультант з питань замісної підтримувальної терапії та закупівлі препаратів для лікування ВІЛ/СНІД
- Олександр Савенок, консультант з гендерних питань і гендерного насилля
- Марина Шевченко, консультант з питань доступу до високоякісних недорогих препаратів, а також закупівлі та управління поставками препаратів і виробів медичного призначення для лікування ВІЛ/СНІД
- Олена Заглада, Головний Консультант і консультант з питань ко-інфекції ТВ/ВІЛ
- Надія Жилка, консультант з медичних питань у сфері дітей та підлітків і ВІЛ, ППВМД, а також між секторального реагування та взаємодії

Автори звіту висловлюють вдячність членам команди, що проводили оцінку, за високоякісне та вчасне виконання своєї роботи. Автори також вдячні за підтримку та допомогу надану з боку Місії АМР США в Україні, а саме: Харріет Дестлер, Голові Офісу з питань охорони здоров'я та соціальних перетворень; а також Енільді Мартін, Олександрові Черкасу, Елізарі Ібрагімовій, Аліні Юровій та Еріці Вітек.

ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ

Історія питання

В Україні розвивається одна за найшвидше зростаючих епідемій ВІЛ у світі, а число діагностованих випадків ВІЛ-інфекції в країні з 2001 року подвоїлося (ЮНЕЙДС, 2010). Епідемія в Україні залишається сконцентрованою у групах найвищого ризику (ГНР), зокрема, серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), робітників секс-бізнесу, підлітків найбільш високого ризику та чоловіків, які мають статеві стосунки з чоловіками (ЧСЧ) — саме у цих групах зареєстровано понад 80 відсотків всіх випадків ВІЛ-інфекції (ПЕПФАР, 2010).

Уряд України визнав серйозність епідемії ВІЛ, і країна продемонструвала прогресивний підхід до створення сприятливого політичного середовища. Зростаюча політична прихильність уряду справі національної протидії епідемії ВІЛ відображається у збільшенні державного фінансування заходів у відповідь на ВІЛ. В 2008 році держава забезпечила 45 відсотків фінансування заходів проти ВІЛ — у порівнянні з 38 відсотками у попередньому році.

Комплексна зовнішня оцінка 2009 року назвала лідерство Президента та міцну правову базу важливими сильними сторонами національних заходів у відповідь на ВІЛ в Україні. Основні недоліки у сфері політичної реформи включали непослідовне виконання національних законів та нормативних актів, ускладнених внаслідок бюрократичної зарегульованості, яка заважає швидкому реагуванню на зміни в політиці та моделях розвитку епідемії (ЮНЕЙДС, 2009). З того часу нормативно-правова база України продовжувала розвиватись. Було досягнуто чималого прогресу, включаючи прийняття нової Загальнодержавної програми протидії ВІЛ/СНІДу та нового закону про ВІЛ/СНІД.

Завдання та методологія

Метою цього аналізу є оцінка того, наскільки сприятливим є політичне середовище у зв'язку з ВІЛ в Україні, і наскільки сильна увага приділяється профілактиці ВІЛ серед ГНР. Представництво АМР США в Україні звернулося до Проекту «Політика в сфері охорони здоров'я» (НРР) з проханням провести даний аналіз з метою отримання вихідних даних для вимірювання прогресу в політичних реформах за п'ятирічний період здійснення заходів в рамках Угоди про рамкове партнерство, договір про яку було підписано 15 лютого 2011 року.

Починаючи з січня 2011 року, 10 консультантів НРР провели розгляд та аналіз документації. Консультанти зібрали та розглянули дані існуючих політичних аналізів, та склали каталог політичних документів-першоджерел. Після вивчення документації група НРР провела 72 інтерв'ю з ключовими респондентами стосовно політичного середовища та поширення і здійснення політики на національному та регіональному рівнях.

Результати аналізу

Розгляд нормативно-правової бази продемонстрував (а інтерв'ю з ключовими респондентами це підтвердили), що Україна створила міцне підґрунтя для захисту прав людей, які живуть з ВІЛ, та для надання медичних і соціальних послуг у зв'язку з ВІЛ для населення України — зокрема, для СІН — за підтримки міжнародних організацій та проектів, які фінансують донори. Ключові респонденти на національному та обласному рівнях зазначали, що багато з діючих законів та нормативних актів було розроблено за підтримки донорських проектів та за сприяння міжнародних організацій.

Хоча політична база у сфері ВІЛ є сильною, самі політики виконуються не досить ефективно та постійно. Як зазначив майже кожен ключовий респондент, як на національному, так і на

регіональному рівні «здійснення, координація дій та співпраця часто залежать від окремих особистостей та інтересів осіб, залучених до участі в процесі».

Прогалини та перепони у справі виконання політики з питань ВІЛ в Україні включають наступні:

- Нестача детальних механізмів, таких як операційні інструкції та стандарти, на підтримку виконання законодавства у сфері ВІЛ і інших нормативно-правових актів.
- Неадекватне стратегічне планування або брак деталізації виконавчих планів.
- Недостатні ресурси, мобілізовані на виконання законодавства у сфері ВІЛ і інших нормативно-правових актів.
- Недостатня обізнаність та дотримання юридичних форм захисту уразливих груп з боку ключових залучених сторін, включаючи правоохоронні органи, місцеві органи влади та структури охорони здоров'я.

В таблиці 1 представлений огляд поточної політичної ситуації у зв'язку з ВІЛ в Україні. Будь-ласка, прийміть до уваги, що «галочки» в таблиці не означають стовідсоткових досягнень у відповідних категоріях, радше вони є показником прогресу. Сфери діяльності, де прогрес був особливо низьким чи зовсім відсутнім, відзначені окремо.

Таблиця 1. Короткий огляд поточної політичної ситуації у зв'язку з ВІЛ в Україні

| Політична категорія | Число вивчених політичних документів | Залучення зацікавлених сторін у розробку політики | Поточний збір даних щодо політики | Урядове ухвалення політики | Визначення механізму реалізації | Здійснення політики | Оцінка здійснення політики |
|--|--------------------------------------|---|-----------------------------------|----------------------------|---------------------------------|--|----------------------------|
| Стигма та дискримінація | 11 | √ | Мало даних | √ | √ | Обмежене | Не проводилось |
| Гендер та насильство за гендерною ознакою | 31 | √ | Мало даних | √ | Обмежене | Обмежене | Не проводилось |
| Міжсекторальна відповідь та зв'язки | 75 | √ | Мало даних | √ | √ | Обмежене | Не проводилось |
| Споживачі ін'єкційних наркотиків | 30 | √ | Мало даних | √ | Обмежене | √ | Не проводилось |
| ЗПТ | 13 | √ | Постійний збір | √ | √ | Програми діють, однак існують перепони | Обмежена |
| Гепатит | 4 | √ | Мало даних | Розробка нових політик | Розробка нових політик | Не проводилось | Не проводилось |
| Діти та підлітки – медичні послуги | 75 | √ | Постійний збір | √ | √ | Сильний рівень, однак існують прогалини | Обмежена |
| Діти та підлітки – соціальні послуги | 134 | √ | Мало даних | √ | √ | Сильний рівень, однак існують прогалини | Обмежена |
| Консультування та тестування | 15 | √ | Постійний збір | Розробка нових політик | √ | √ | Не проводилось |
| Доступ до високоякісних та недорогих ліків | 91 | Обмежене | Постійний збір | √ | Обмежене | Покращено, однак залишаються значні перепони | Обмежена |

| Політична категорія | Число вивчених політичних документів | Залучення зацікавлених сторін у розробку політики | Поточний збір даних щодо політики | Урядове ухвалення політики | Визначення механізму реалізації | Здійснення політики | Оцінка здійснення політики |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|-----------------------------------|----------------------------|---|------------------------------|----------------------------|
| Управління закупівлями та поставками | 91 | Обмежене | Постійний збір | √ | Функціонує, однак існують значні перепони | Значні перепони | Обмежена |
| Ко-інфекція ВІЛ/ТБ | 47 | √ | Мало даних | Розробка нових політик | √ | Непостійне, існують перепони | Обмежена |

Цей звіт містить ключові результати аналізу питань широкого спектру — від стигми та дискримінації до СІН і ЗПТ. Конкретні перепони, визначені цим дослідженням, включають наступні:

- *Стигма та дискримінація*: хоч законодавство України забороняє дискримінацію на підставі ВІЛ статусу, захищає конфіденційність пацієнта та гарантує рівні права людям, які живуть з ВІЛ чи постраждали від ВІЛ, такий захист не охоплює деякі уразливі групи, а правозахисних механізмів чи систем, що допомогли б таким категоріям населення користуватися своїми законними правами, не існує.
- *Міжсекторальна відповідь*: в той час як є декілька прикладів успішної міжсекторальної співпраці, відсутність сильного координуючого органу національного рівня суттєво утруднює можливості України в акумулюванні ефективної інтегрованої національної протидії ВІЛ. Крім того, значних зусиль потребує зміцнення співпраці між міністерствами, підвищення ефективності регіональних координаційних рад та покращення комунікації й роботи з клієнтами у різних структурах сфери охорони здоров'я.
- *Гендер та насильство за гендерною ознакою*: це питання не отримало достатньої уваги в національних політиках і програмах у сфері ВІЛ, недостатньою є й спроможність урядових та громадських партнерів до недопущення й протидії насильству за гендерною ознакою. Надання комплексних послуг охорони здоров'я жертвам сексуального насильства не отримало детального викладу в законодавстві з питань ВІЛ, відсутні також клінічні протоколи й рекомендації щодо надання допомоги жертвам насильства за гендерною ознакою. Ці недоліки загострюються загальним браком обізнаності з гендерних питань і обмеженим розумінням як серед неурядових організацій (НУО) так і серед урядових структур того, як розробити програми, що враховували б гендерну специфіку.
- *Споживачі ін'єкційних наркотиків*: хоча СІН чітко визначені як одна із головних груп ризику у законодавчих і нормативних документах, а також у наданні послуг, не існує центрального органу відповідального за організацію та виконання програм, орієнтованих на СІН, включаючи догляд і підтримку для ВІЛ-позитивних СІН. Дані щодо СІН на визнані офіційно, тому не можуть офіційно використовуватись у ході планування та розподілу ресурсів. Крім того, останні зміни, внесені до нормативно-правових актів, що регулюють питання володіння чи зберігання наркотичних речовин, становлять загрозу зменшення ефективності програм обміну голочок і шприців.
- *Замісна Підтримувальна Терапія (ЗПТ)*: законодавчій базі з питань ЗПТ бракує достатньої деталізації, включаючи протоколи про метадон у рідкій формі, а нормативно-правові акти різняться, залежно від певного міністерства чи рівня, на якому вони видані. Послуги ЗПТ залишаються надзвичайно суперечливими в Україні, як на політичному рівні, так і на рівні надання послуг, власне й наявність таких послуг

є неадекватною. Програми ЗПТ стикаються з неправомірними перешкодами та труднощами, які часто встановлюються місцевою владою чи правоохоронними органами. Глобальний Фонд з Боротьби зі СНІДом, Туберкульозом та Малярією та Агентство США з Міжнародного Розвитку залишаються єдиними джерелами фінансування ЗПТ, а значний бюрократичний тягар, що лягає на виконавців програм ЗПТ, робить такі програми досить непривабливими.

- *Діти та підлітки — медичні послуги:* щоб забезпечити доступ дітей до ВІЛ послуг та гарантувати їх право на конфіденційність, інструкції та нормативно-правові акти щодо антиретровірусної терапії (АРТ) для дітей і підлітків у місцях тимчасового перебування потребують перегляду. В той час як педіатри зі знанням англійської мови та доступом до Інтернету можуть звертатись до новітніх міжнародних рекомендацій щодо їх практики, численні лікарі не мають можливості надавати послуги відповідно до міжнародних стандартів, поки діючі клінічні протоколи не пройшли оновлення.
- *Діти та підлітки — соціальні послуги:* важливі прогалини залишаються у законодавчій та нормативній базі з питань соціального захисту дітей і підлітків, особливо стосовно догляду дітей у спеціалізованих закладах. Діти, які живуть і працюють на вулиці, та «бездоглядні діти» не визначені як чітка категорія у законодавчій та нормативній базі, що ускладнює надання їм послуг. Крім того, у місцях тимчасового перебування, не дозволяється надання медичної допомоги дітям, які не отримали офіційного визнання як «діти - сироти» чи «діти, позбавлені батьківського піклування». Припинення існування Міністерства України у справах Сім'ї, Молоді та Спорту — центрального виконавчого органу влади, що займався виконанням програм соціального захисту, призвело до невизначеності щодо подальшої сфери відповідальності за такі програми.
- *Добровільне консультування й тестування на ВІЛ-інфекцію (ДКТ):* система ліцензування та акредитації закладів ДКТ ще не запроваджена, що залишає НУО, які надають такі послуги, уразливими до загрози закриття. Сьогоднішній юридичний статус мобільних клінік є невизначеним; нові нормативно-правові акти щодо надання послуг ДКТ у мобільних клініках залишаються у формі проектів документів, подібно до інших двох ключових документів політики: новий протокол ДКТ, який передбачає консультування та тестування з ініціативи медичного працівника, та Наказ МОЗ України про забезпечення якості лабораторної діагностики.
- *Доступ до високоякісних та недорогих ліків:* наявна потреба в препаратах АРТ не може бути забезпеченою через високу ціну медичних препаратів, а держава не скористалася всіма доступними можливостями щодо покращення доступу до високоякісних та недорогих генеричних препаратів. Розрахункові потреби в АРТ і відповідні цілі АРТ, викладені в Загальнодержавній програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД були переглянуті, щоб відповідати оновленим стандартам і клінічним протоколам, які передбачають раннє включення пацієнтів для проходження АРТ.
- *Управління закупівлями та поставками медичних препаратів і виробів медичного призначення:* централізовані політики закупівлі та системи управління поставками відзначалися як суттєва перепона у забезпеченні високоякісних і фінансово ефективних послуг у сфері ВІЛ. Багато ключових респондентів висловлювали сильне занепокоєння з приводу того, що медичні препарати залишаються надто дорогими і наявні потреби в АРТ неможливо задовольнити без зниження вартості АРТ та вдосконалення процесу розподілу ліків.
- *Ко-інфекція ВІЛ/ТБ:* програми боротьби з ВІЛ і туберкульозом працюють як окремі вертикальні програми і, в більшості випадків, за умов нестачі дійсної координації, співпраці та інтеграції послуг. Це часто призводить до втрати пацієнтів та недостатньої

якості послуг. Не існує також єдиного процесу реєстрації смертельних випадків серед пацієнтів із ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, що призводить до очевидного зростання смертності від СНІД, в той час як смертельні випадки, спричинені туберкульозом, залишаються прихованими. Для впорядкування цієї ситуації, Національний Центр СНІДу видав відповідні рекомендації усім Центрам СНІДу у січні місяці 2011 року.

- *Hepatitis*: доступ до діагностики гепатиту є обмеженим, а фінансування на потреби лікування цього захворювання — відсутніми. Діючі нормативно-правові акти не передбачають проведення щеплень проти гепатиту В (навіть для медичних працівників), і лише гострі випадки захворювання реєструються. Наразі відсутні як система, так і національна програма, а також державне фінансування профілактики та лікування вірусного гепатиту, хоча проект національної програми з питань вірусного гепатиту зараз розробляється.

Новий закон про ВІЛ, підписаний Президентом України в січні 2011 року, та договір про Угоди про рамкове партнерство, підписана між урядом США та КМУ в лютому 2011 року, є першими кроками до гармонізації української політики щодо ВІЛ, а здійснення Проекту розвитку ВІЛ/СНІД-сервісу в Україні й надалі підтримуватиме розробку планів та механізмів, необхідних для виконання нового закону про ВІЛ. Ці документи відкривають нові можливості для розробки нових механізмів на підтримку впровадження та виконання нормативних актів щодо ВІЛ. Угода про рамкове партнерство, зокрема, підкреслює декілька цільових напрямків, які потребуватимуть національного режиму виконання мір у відповідь на епідемію ВІЛ в Україні.

АБРЕВІАТУРИ

| | |
|-----------------|--|
| Альянс | Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні |
| АМР США | Агентство США з Міжнародного Розвитку (USAID) |
| АРП | антиретровірусні препарати |
| АРТ | антиретровірусна терапія |
| ВІЛ | вірус імунодефіциту людини |
| ВООЗ | Всесвітня Організація Охорони Здоров'я |
| Глобальний Фонд | Глобальний фонд з боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією |
| ГН | гендерне насильство |
| ГНР | група найвищого ризику |
| ГО | громадська організація |
| ДКТ | добровільне консультування та тестування |
| ДПБО | діти позбавлені батьківської опіки |
| ІПСШ | інфекції, що передаються статевим шляхом |
| ЖСБ | жінки секс бізнесу |
| ЗПТ | ЗПТ |
| КЛДЖ | Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок |
| КМУ | Кабінет Міністрів України |
| КПД | Конвенція Організації Об'єднаних Націй про права дитини |
| КТВ | консультування та тестування на ВІЛ |
| КТІМП | консультування та тестування на ВІЛ з ініціативи медичного працівника |
| ЛГБТ | лесбійки, геї, бісексуали та трансгендери |
| ЛЖВ | люди, які живуть з ВІЛ |
| МВС | Міністерство Внутрішніх Справ України |
| МЕ | Міністерство Економіки України |
| МОЗ | Міністерство Охорони Здоров'я України |
| МОН | Міністерство Освіти та наук України |
| МП | Міністерство Праці України |
| МСМС | Міністерство України з питань сім'ї, молоді та спорту |
| МФ | Міністерство Фінансів України |
| НУО | неурядова організація |
| ОІ | опортуністична інфекція |
| ПГНР | підлітки груп найвищого ризику |
| ПЕПФАР | Надзвичайний План Президента США по Боротьбі зі СНІД (PEPFAR) |
| ПКП | пост-контактна профілактика |
| ПЛР | полімеразна ланцюгова реакція |
| ППВМД | профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини |
| Проект «НРР» | Проект «Health Policy Project» |
| ПРООН | Програма Розвитку Організації Об'єднаних Націй |
| ПС | планування сім'ї |
| CD4 | кластер диференціації 4 (кількість клітин) |
| СНІД | синдром набутого імунодефіциту |
| Сід | стигма і дискримінація |
| СІН | споживачі ін'єкційних наркотиків |
| СП | секс-працівник |
| ССГАООН | Спеціальна Сесія з питань ВІЛ/СНІД Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй |
| ТБ | туберкульоз |
| УЗП | управління закупівлями та поставками |
| ЦСССДМ | Центр Соціальних Служб для сім'ї, дітей та молоді |
| ЧСЧ | чоловіки, які мають секс із чоловіками |
| ЮНЕЙДС | Об'єднана Програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД (UNAIDS) |

ВСТУП

Епідемія ВІЛ в Україні

В Україні спостерігається один із найвищих у світі темпів поширення епідемії ВІЛ, а з 2001 року число випадків захворювання на ВІЛ, діагностованих у країні, подвоїлося (ЮНЕЙДС, 2010 рік). Україна має найвищий показник поширення ВІЛ (1,1 %) та один з найвищих показників захворюваності на ВІЛ в Європі та Центральній Азії (ЮНЕЙДС, дата відсутня), що у 2009 році свідчило про найбільш стрімке поширення ВІЛ у регіоні порівняно з іншими регіонами у світі. На Російську Федерацію та Україну разом припадає майже 90 % нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції в регіоні (ЮНЕЙДС, 2010 рік).

У 2010 році було діагностовано 20 489 нових випадків ВІЛ в Україні (44,6 на 100 000 населення) — це на 15,8 % більше ніж число нових випадків, зареєстрованих у 2007 році. Приблизно 110 000 людей, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ), перебували під спостереженням на кінець 2010 року (56 % чоловіків, 44 % жінок) (дані Державної служби з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань). Ці дані не точно відображують масштаби епідемії ВІЛ в Україні, вони охоплюють лише осіб, яких було внесено до офіційного реєстру випадків ВІЛ-інфекції. За підрахунками фахівців Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні приблизно 350 000 ЛЖВ. Невідповідність між цією цифрою та числом офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції вказує на те, що лише один із чотирьох (28 %) ВІЛ-позитивних людей в Україні знає про свій ВІЛ-статус. Це вказує на необхідність розширення доступу до послуг високоякісного консультування і тестування (ДКТ) в Україні. Той факт, що в 2009 році у 49 % випадків ВІЛ-інфекції вже розвинулися клінічні ознаки СНІДу з моменту їх діагностування також вказує на необхідність покращення послуг ДКТ (Міністерство охорони здоров'я, Україна, 2010 рік).

В Україні існують значні відмінності в рівні поширення ВІЛ в регіонах; найвищий рівень поширення спостерігається в південно-східних регіонах країни: Дніпропетровській, Донецькій, Одеській, Миколаївській, Херсонській областях, м. Києві і Севастополі та Автономній Республіці Крим. З того часу показник поширення ВІЛ-інфекції зріс у західних, центральних і північних регіонах країни. Темпи зростання захворюваності на ВІЛ постійно знижувались з 2006 року. Однак між 2009 і 2010 роками значне підвищення захворюваності на ВІЛ було зареєстровано в західних і центральних областях з низьким і помірним рівнем поширення ВІЛ, а також на сході країни. Незважаючи на прогрес у розширенні діапазону заходів запобігання поширенню ВІЛ-інфекції від матері до дитини (ППВМД), темпи вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції все ще залишаються дуже високими (6,2 % у 2008 році) і загальна кількість ВІЛ-позитивних дітей в Україні продовжує зростати (Міністерство охорони здоров'я, Україна, 2010 рік).

Епідемія в Україні залишається сконцентрованою в групах найвищого ризику (ГНР), в основному серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), працівників комерційного сексу (ПКС), підлітків найбільш уразливих до інфікування на ВІЛ груп (ПГНР), і чоловіків, що мають секс з чоловіками (ЧСЧ) — з більш ніж 80 % зареєстрованих випадків ВІЛ в цих групах (Надзвичайний план Президента США з надання допомоги у зв'язку зі СНІДом (ПЕПФАР, 2010 рік). Показник поширення ВІЛ-інфекції також високий серед ув'язнених, і в Україні є приблизно 10 000 ВІЛ-інфікованих ув'язнених (ЮНЕЙДС, 2010 рік). У більшості (65 %) ВІЛ-інфікованих чоловіків віком 15 — 19 років, яких зареєстровано офіційно, ВІЛ-інфікування відбулося парентеральним шляхом (пірсинг шкіри і мембрани) та в основному через вживання ін'єкційних наркотиків. Передача інфікування статевим шляхом також відіграє значну роль у поширенні епідемії ВІЛ-інфекції в Україні. У 2008 році вперше з 1995 року статевий шлях інфікування перевищив показники парентерального як основного джерела нових випадків ВІЛ-інфекції в Україні, і більшість (89 %) ВІЛ-позитивних жінок віком 15 — 19 років інфікувалися на ВІЛ через незахищені гетеросексуальні контакти (Тельчик, 2008, стор. 10 — 11). У 2010 році

гетеросексуальний шлях передачі припадав на 45,0 % нових випадків ВІЛ-інфекції, в той час як на парентеральний — лише 33,8 % (Міністерство охорони здоров'я, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом, Інститут епідеміології та інфекційних хвороб, Центральна санітарно-епідеміологічна служба, 2011 рік). Загалом епідемія ВІЛ, як і раніше, продовжує концентруватися серед ГНР (Міністерство охорони здоров'я, Україна, 2010 рік).

Грунтуючись на оцінках, наданих соціологічним дослідженням, в Україні проживає 230 000 — 360 000 СІН, серед них приблизно 175 000 страждають на опіоїдну залежність (Аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження «Оцінка чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ в Україні» станом на 2009 рік, дата відсутня). СІН в основному проживають у районах міста, а показник поширення ВІЛ значно вищий серед СІН ніж серед будь-яких інших уразливих груп (39 — 50 %) (Круглов, 2008 рік). Аналіз 164 000 випадків ВІЛ-інфекції в 2007 році свідчить, що 41 % усіх ВІЛ-інфікованих дорослих в Україні є СІН. Є оптимістичні ознаки, що профілактичні програми можуть сприяти зменшенню випадків захворюваності на ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків. Дані різних джерел вказують, що відсоток випадків передачі ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків в Україні значно зменшився (ЮНЕЙДС, 2010 рік), а в період між 2006 і 2009 роками, кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків залишається стабільною, та загальний відсоток нових випадків ВІЛ-інфекції серед СІН знизився. Темпи лікування активних СІН залишаються низькими та становлять лише 7,5 % від загальної кількості пацієнтів, які отримували антиретровірусну терапію (АРТ) у 2009 році. У доповіді Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу (UNGASS) зазначається, що низький відсоток темпів лікування відбувається через проблеми, пов'язані з недостатнім доступом до замісної підтримуючої терапії (Міністерство охорони здоров'я, Україна, 2010). Зв'язок ризикованої сексуальної поведінки та вживання ін'єкційних наркотиків сприяє поширенню епідемії ВІЛ. Вживання ін'єкційних наркотиків часто спостерігається серед ПКС (Круглов, 2008), а ЮНЕЙДС розглядає високі темпи поширення ВІЛ серед ПКС (14 — 31 %) як накладання таких поведінок (ЮНЕЙДС, 2010).

В Україні є велика кількість вуличної молоді (від 40 000 до 300 000 осіб), і мало що відомо про моделі розповсюдження епідемії ВІЛ або фактори ризику серед цієї групи населення. Дослідження, що проводилось у 2010 році серед спільнот і у великих містах, виявило 18,5 % — поширеність захворювання серед вуличної молоді (С. Л. Роббінс та ін., 2010 рік). Дані вторинного аналізу підлітків СІН і працівниць комерційного сексу (ПКС) віком від 13 — 19 років дозорного епідеміологічного нагляду серед ГНР, що проводився у 2006 і 2007 роках, свідчать, що поширення ВІЛ серед підлітків найбільш уразливих до інфікування на ВІЛ (ПГР), ймовірно, набагато вище, ніж свідчать офіційні статистичні дані. Майже 40 % дівчат-підлітків СІН, 30 % хлопчиків СІН, 11 % підлітків-працівниць з ПКС і 4 % молодих ЧСЧ мали позитивну реакцію на ВІЛ під час проведення цих досліджень (Тельчик, 2008, стор.10 — 11).

Із 2008 до 2009 року в результаті масштабного запровадження АРТ, кількість смертей, обумовлених СНІДом в Україні, зменшилась — їх стало менше на 2,6 %, з 2710 до 2591 випадків (Тельчик, 2008, стор. 10 — 11). Однак у 2010 році негативна тенденція відновилась, і кількість смертей від хвороб, обумовлених СНІДом, зросло до 3096 (6,6 на 100 000 населення) (дані Державної служби з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань).

Неспроможність України досягти значного зменшення кількості смертей, обумовлених СНІДом, частково пов'язана з низьким рівнем охоплення населення АРТ. З 2004 року, коли широкомасштабне впровадження АРТ розпочалося в шести регіонах за підтримки Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (Глобальний фонд), АРТ стало поетапно запроваджуватися в усіх 27 регіонах України. У 2004 році всього 250 ЛЖВ в Україні отримували життєво важливі антиретровірусні препарати (АРВ) (Міністерство охорони здоров'я, Україна, 2010 рік). Станом на грудень 2009 року 15 871 ЛЖВ отримували послуги з лікування — 9 % осіб, які мають право на отримання АРТ відповідно до нових рекомендацій з

лікування Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) (2010 рік) і 15 % осіб, які мають право на отримання послуг відповідно до рекомендацій 2006 року (ЮНЕЙДС, 2010 рік). Станом на 1 січня 2011 року в Україні лише 22 697 осіб від розрахункового числа 350 000 ЛЖВ отримували АРТ. З них на лікуванні перебувало 52 % чоловіків і 48 % жінок (Міністерство охорони здоров'я, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом, Інститут епідеміології та інфекційних хвороб, Центральна санітарно-епідеміологічна служба, 2011 рік). Надання пріоритетності в отриманні лікування ВІЛ-позитивним дітям стало результатом майже загального охоплення дітей, які потребують АРТ (90 % у 2008 році і 100 % у 2009 році). Хоча рівень загального охоплення АРТ збільшився з 27 % у 2006 році до 41 % у 2008 році, повільне розширення масштабів АРТ залишається основним завданням. Крім того, велика та зростаюча кількість ВІЛ-інфікованих осіб не мають доступу до послуг з догляду та підтримки (Міністерство охорони здоров'я, Україна, 2010 рік).

Фінансування більшості АРТ (86,3 %) відбувається за рахунок державного бюджету, а решту (13,7 %) підтримує грант 6 раунду Глобального фонду, який зосереджується на клієнтах з діагнозом ТБ/ВІЛ ко-інфекція та потрійною патологією ВІЛ/ТБ/СІН. Ресурси Глобального фонду також підтримують надання АРТ 681 ув'язненому. Згідно з офіційними статистичними даними державної служби станом на 1 січня 2011 року було 30 437 ЛЖВ, які потребують АРТ, з яких 8421 (27,7 %, у тому числі 119 дітей) не отримують АРТ. Ці цифри включають лише пацієнтів, які перебувають під пильним клінічним наглядом і зареєстровані в державній системі моніторингу та лікування (Міністерство охорони здоров'я, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом, Інститут епідеміології та інфекційних хвороб, Центральна санітарно-епідеміологічна служба, 2011 рік).

Відсутність доступу до лікування посилюється проблемами із закупівлею ВІЛ-препаратів і товарів та системою управління поставками. Лікування СНІДу залишається дорогим, а дефіцит і брак АРВ-препаратів негативно позначається на прихильності до лікування, зниження ефективності програми АРТ. Починаючи з січня 2011 року збої в поставках АРВ-препаратів ще більше обмежили доступ до АРВ-терапії ЛЖВ в Україні (Данилова, 2011 рік).

Гендер, стигма та дискримінація є важливими компонентами динаміки розвитку епідемії ВІЛ в Україні. Жінки в Україні, зокрема жінки СІН і жінки, що мають сексуальних партнерів з груп найвищого ризику, все частіше стають ВІЛ-інфікованими, і зараз такі жінки становлять 45 % нових випадків захворювання. Доступ до послуг значно обмежено соціальними нормами та ставленням надавачів медичних послуг до багатьох груп ризику, включно з СІН, КПК, підлітків найбільш уразливих до інфікування на ВІЛ (ПГНР) і ЧСЧ. Жінки СІН також не мають вільного доступу до послуг, тому що в Україні через соціальний ярлик «наркоман» жінки піддаються стигматизації більше ніж чоловіки.

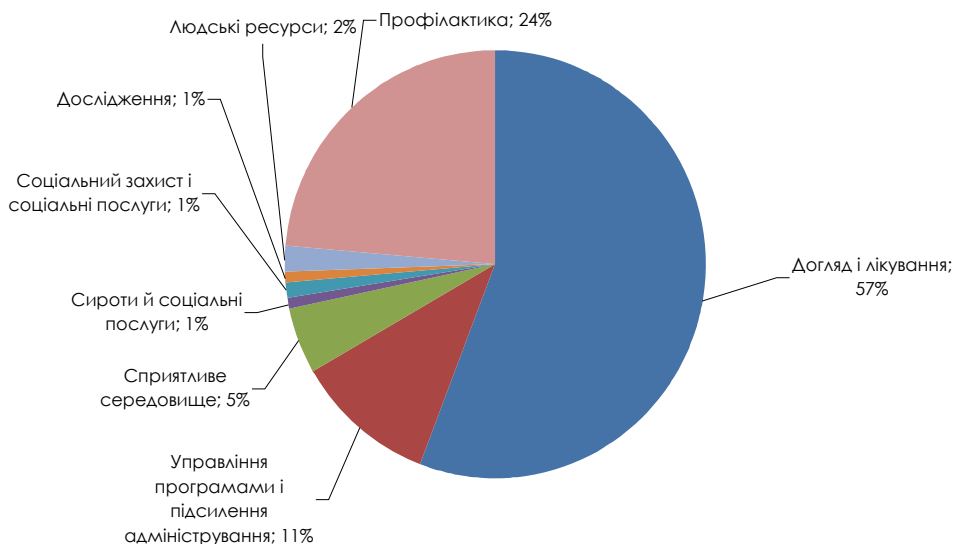
Еволюція правового, нормативного та політичного середовища у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні

Фінансування

Уряд України визнає важливість питання епідемії ВІЛ-інфекції, і країна продемонструвала прогресивний підхід до створення сприятливого політичного середовища. Підвищений рівень відданості уряду справі боротьби з ВІЛ виявляється у збільшенні Урядом України фінансування заходів у відповідь на ВІЛ. У 2008 році держава забезпечила 45 % від загального фінансування заходів у відповідь на ВІЛ у порівнянні з 38 % у минулому році. Значна частка державного фінансування заходів у відповідь на ВІЛ надходить із місцевих бюджетів (45 % і 36 % у 2007 році і 2008 році, відповідно). Фінансування ППВМД, окрім закупівлі АРВ-препаратів, також було передано на місцевий рівень. З усіх ВІЛ-позитивних людей, які отримують АРТ в Україні, 91,2 % зараз перебуває на лікуванні за рахунок державного бюджету. Решта 8,8 % АРТ фінансуються за підтримки гранту 6 Раунду Глобального фонду (Міністерство охорони здоров'я, Україна, 2010 рік).

Міжнародні організації надали 40,5 млн. дол. США для підтримки заходів у відповідь на ВІЛ в Україні у 2008 році, що становить 42 % від загального фінансування (див. мал.1). Кредит Україні від Світового банку становив ще 12 % фінансування (у порівнянні з 21 % у 2007 році). Найбільшими міжнародними донорами були Глобальний фонд (26,8 млн. дол. США), Агентство США з міжнародного розвитку (USAID) (6 млн. дол. США), та агентства ООН (1,7 млн. дол. США). Грант Глобального фонду є основним джерелом фінансової підтримки програм, орієнтованих на ГНР (8,3 млн. дол. США з 11,1 млн. дол. США від усіх джерел фінансування у 2008 році). Кошти спрямовуються через двох головних реципієнтів: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні (Альянс) та Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом (Міністерство охорони здоров'я, Україна, 2010 рік).

Мал. 1 Розподіл державних видатків на заходи боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом за категоріями програм, 2008 рік¹



Нормативно-правова база

У зведеному звіті про комплексну зовнішню оцінку національних заходів із протидії СНІДу в Україні від 2009 року відзначено виключне лідерство Президента і створення міцної правової бази як важливих і сильних сторін національних заходів України у відповідь на ВІЛ. Основними недоліками, відзначеними у сфері політичних реформ, були непослідовне виконання національних законів і законодавчих актів, що посилювалось бюрократичним регулюванням, яке перешкоджає реагуванню на політику та моделі епідемії, що змінюються (ЮНЕЙДС, 2009 рік). З того часу нормативно-правова база України продовжувала розвиватися. Було досягнуто значного прогресу, включно з прийняттям нової Загальнодержавної програми зі СНІДу і нових законів про ВІЛ/СНІД.

У 2009 році парламент прийняв нову Загальнодержавну програму у сфері СНІД на період 2009-2013 років. Програма передбачає значне збільшення фінансування на закупівлю основних

¹ Національний звіт з виконання рішень Декларації Спеціальної Сесії Генеральної Асамблеї ООН з ВІЛ/СНІДу (UNGASS) про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом: Звітний період: січень 2008 року — грудень 2009 року. Міністерство охорони здоров'я України, Київ, 2010 рік

виробів медичного призначення та розподіл ресурсів між міністерствами і відомствами поза межами сектора охорони здоров'я. Вона була розроблена на основі багатогалузевого консультативного процесу. Підвищення юридичного статусу програми боротьби зі СНІДом до «національного» надає їй можливість пріоритетного фінансування за кошти державного бюджету на всіх рівнях. ЮНЕЙДС та USAID підтримують розвиток регіональних оперативних планів і виділення бюджетних коштів на впровадження Загальнодержавної програми у сфері СНІД.

Парламент прийняв оновлений Закон про ВІЛ/СНІД наприкінці 2010 року.² Закон було розроблено в межах процесу пошуку та за всебічної участі різних партнерів і їх внеску на певних етапах його розробки. Президент підписав законопроект у січні 2011 року, і він став законом; у законі відображено дотримання передової практики, і він містить більш чіткі та конкретні визначення медичних послуг і права та обов'язки клієнтів і надавачів медичних послуг медичних працівників у порівнянні з тими, які містилися в попередньому законі про ВІЛ/СНІД. Він також вносить важливі зміни в інструкції з тестування на ВІЛ, якими молодим людям у віці від 14 до 18 років дозволяється проходити тестування на ВІЛ без дозволу одного з батьків або законного представника.

Ефект безперервної еволюції політичного середовища в Україні очевидний. Нещодавно, у 2005 році, Україна не мала програм зменшення шкоди, щоб запобігати передачі ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків, не було і навчальних предметів із статевого виховання в школах, а також не було національної стратегії розповсюдження інформації про ВІЛ/СНІД (Даен ДеБелл, 2005 рік, стор. 216). Для порівняння, у 2009 році 58,7 % шкіл викладали програми з питань ВІЛ/СНІДу на основі життєвих навичок, а програми зменшення шкоди охоплювали 52 % споживачів ін'єкційних наркотиків, 36,2 % ПКС і 63 % ЧСЧ (Міністерство охорони здоров'я, Україна, 2010 рік, стор. 13). Як наведено вище, Україна також досягла прогресу у сфері розширення доступу до АРТ, хоча є нагальна потреба в охопленні послугами лікування.

Взаємодія із зацікавленими сторонами

Адміністративна реформа розпочата Урядом України у 2010 році має потенціал для значного впливу на національну відповідь на епідемію ВІЛ. Хоча процес реформування йде безперервно, конкретні результати ще попереду. У межах цієї адміністративної реформи Комітету з питань ВІЛ і соціально небезпечних захворювань Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) було надано статус Державної служби. На момент складання цієї доповіді функції цієї Державної служби ще не були оголошено. Процес змін також відбувається в інших міністерствах. Реорганізація Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту (МСМС) має особливе значення, оскільки це міністерство бере активну участь у заходах у відповідь на епідемію ВІЛ в Україні. Функції колишнього МСМС зараз переглядаються.

Потужні та залучені організації громадянського суспільства (ОГС) відіграють важливу роль у зміщенні акценту політичного середовища України в бік більш прогресивного напрямку. ОГС є основними організаціями, які підтримують впровадження замісної підтримуючої терапії (ЗПТ) та інші заходи із зменшення шкоди, спрямовані на ГНР. Уряд України стає більш відкритим для співпраці з громадянським суспільством, про що свідчить включення Альянсу і Всеукраїнської мережі ЛЖВ як установ-співвиконавців до Загальнодержавної програми зі СНІДу від 2009 року (ЗПС). Національні та регіональні координаційні ради з ВІЛ також вимагають, щоб ВІЛ-інфікована особа обиралася на посаду одного із заступників голови ради.

² Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 23 грудня 2010 року № 2861-VI

Прогалини та бар'єри, що перешкоджають створенню сприятливого середовища

Хоча Україна досягла значного прогресу в покращенні політичного середовища у сфері протидії ВІЛ, основні проблеми все ще залишаються. Політична нестабільність продовжує призводити до частих кадрових змін у вищих ешелонах влади, що впливає на здатність підтримувати динаміку політичної реформи. У доповіді Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу (UNGASS) від 2009 року також підкреслюються «недостатньо розроблені» механізми державного фінансування неурядових організацій (НУО) (Міністерство охорони здоров'я, Україна, 2010 рік, стор. 45), недолік, що гальмує сталий розвиток національних заходів у відповідь на епідемію ВІЛ. Крім того, у ній завважується, що ЗПС від 2009 року «не змогла встановити чіткі пріоритети у відповідь на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу, які б відповідали моделі концентрованої епідемії в Україні (Міністерство охорони здоров'я, Україна, 2010, стор. 46)».

Незважаючи на те, що Уряд України збільшив фінансування програм з ВІЛ, фінансування за кошти державного бюджету залишається недостатнім, щоб у повному обсязі забезпечувати заходи, передбачені ЗПС від 2009 року. Деякі аспекти програми повністю залежать від наявності бюджетного фінансування на регіональному рівні, включно із закупівлею лікарських засобів проти інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСПШ), вірусного гепатиту та опортуністичних інфекцій (ОІ); для проведення профілактичних заходів серед ГНР, послуг з догляду та підтримки ЛЖВ. У 2009 році дефіцит коштів становив 47 %, який, за прогнозами, зросте до 48 % у 2010 році. У доповіді UNGASS за період 2008 — 2009 років процес планування, бюджетної підтримки та моніторингу заходів у сфері протидії ВІЛ, що фінансуються урядом, визначено як «надзвичайно складний та недосконалий» (Міністерство охорони здоров'я, Україна, 2010 рік, стор. 45). «Є також регіональні відмінності в масштабах охоплення та якості послуг, зокрема щодо добровільного консультування та тестування (ДКТ), як результат децентралізації бюджетної підтримки заходів у сфері протидії ВІЛ.

Повільне впровадження ЗПТ є ще одним недоліком заходів у відповідь на епідемію ВІЛ в Україні. Незважаючи на розширення програм зменшення шкоди, низка основних бар'єрів перешкоджають ефективному здійсненню програми ЗПТ, включно з тривалими затримками в погодженні розподілу лікарських засобів і відсутністю конкретних інструкцій з використання рідких форм замісних препаратів. Також на шляху впровадження проекту ЗПТ створюються бар'єри та перешкоди юридичного характеру, і вони часто створюються місцевою владою та правоохоронними органами (Міністерства охорони здоров'я, Україна, 2010 рік). Лікарі, що ведуть розподіл препаратів ЗПТ, піддаються переслідуванням із боку міліції та їх змушують розкривати конфіденційну медичну інформацію про пацієнта (Херлі, 2010 рік) (Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ і Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2011 рік) (ЮНЕЙДС, 2011 рік) (Міжнародна правозахисна організація Human Rights Watch, 2011 рік). Зміни до Положення про зберігання наркотиків на національному рівні також створюють проблеми із впровадженням програми, оскільки нові правила обмежують доступ пацієнтів до програм ЗПТ, а соціальні працівники можуть піддаватися звинуваченням у зберіганні наркотиків. У доповіді UNGASS також наголошується, що деякі фахівці-наркологи виступають проти програми ЗПТ через небажання брати на себе додаткову роботу та (або) стурбовані тим, що програми ЗПТ призведуть до скорочення попиту на традиційні наркологічні послуги (Міністерство охорони здоров'я, Україна, 2010 рік).

Угода про Рамкове Партнерство

Угода про Рамкове Партнерство між Урядом України та Урядом Сполучених Штатів. Угода про Рамкове Партнерство визначає цілі та діяльність у сфері створення програм з ВІЛ на наступні п'ять років, і її було розроблено у процесі консультацій з широким колом організацій державного сектору, недержавного сектору та іншими зацікавленими сторонами-донорами і підписано 15 лютого 2011 року. За цей рамковий період, партнерство між урядами має поглибити співпрацю та сприяти впровадженню тактичних, цілеспрямованих національних

заходів у відповідь на епідемію ВІЛ, що швидкими темпами еволюціонує та поширюється в Україні (Уряд України та Уряд США, 2011 рік).

Мета, методологія, вибірка дослідження та етапи оцінки політичного середовища у сфері протидії ВІЛ-інфекції

Мета цього дослідження полягала в оцінці ступеня сприятливості політичного середовища у сфері протидії ВІЛ-інфекції в Україні з акцентом на профілактику ВІЛ-інфекції серед ГНР. Місія USAID в Україні запросила консультантів проекту в галузі охорони здоров'я (ННР) провести таке оцінювання, щоб одержати вихідні дані для вимірювання прогресу на шляху політичних реформ протягом п'ятирічного періоду впровадження Угоди про Рамкове Партнерство, яка була підписана 15 лютого 2011 року. Команда проекту

- Документувала поточний стан впровадження законів, політик, а також інструкцій, що стосуються профілактики ВІЛ-інфекції, догляду та доступу до лікування, зокрема СІН, ЧСЧ, ПКС і ПГНР;
- Проводила огляд, наскільки чинні закони, політики та інструкції відображають вимоги міжнародних інструкцій; і
- Здійснювала аналіз прогалин і можливостей щодо основ політики у сфері протидії ВІЛ-інфекції, визначаючи аспекти, в яких політика у сфері протидії ВІЛ-інфекції могла би бути змінена, переглянута, підкріплена чи припинена

Починаючи з січня 2011 року, 10 консультантів проекту ННР проводили огляд і давали оцінку документам. Консультанти зібрали та провели огляд чинної політики і склали перелік першоджерел програмних документів. Після отримання переліку міжнародних документів, що стосуються їх тематичної сфери, консультанти розробили список запитань і критеріїв на основі міжнародних рекомендацій для проведення аналізу українських документів політики. В проведенні аналізу та оцінці цих документів, консультанти керувались форматом та підходом, відображеним у розробленому Проектом Health Policy Initiative *Інструментом Адвокації Політики Замісної Підтримувальної Терапії (ЗПТ) Наркозалежності*. Він включає Інструменти 2.1.1 та 2.1.2 (дивись Додаток В до Звіту), які були застосовані для аналізу політики з питань ЗПТ і адаптовані до кожної програмної сфери, яка аналізувалась в ході цієї оцінки. Ці інструменти забезпечили керівний формат аналізу законів і нормативно-правових актів, що стосуються ключових компонентів оцінки, а також міжнародних стандартів і рекомендацій. Проект ННР зібрав також документи, використані в якості першоджерел, до добірки документів політики.

Після аналізу документів, команда проекту ННР проводила інтерв'ю з основними респондентами стосовно політичного середовища і поширення політики та її впровадження на національному й регіональному рівні. Ключові респонденти давали відповіді по різних темах. Деякі з них відповідали на глибинні питання в рамках однієї теми, в той час як інші висловлювалися з приводу широкого кола питань, пов'язаних з кількома темами. Для отримання інформації від основних респондентів команда проекту ННР користувалась настановою з проведення частково-структурованих інтерв'ю. Інструмент містив загальні питання про політичні процеси, виконання політики та перепони, що перешкоджають виконавчим процесам (дивись зразок загального інструменту в Додатку С). Команда також використовувала адаптовані анкети для напів-структурованих інтерв'ю з тематики програмних сфер, передбачених планом робіт. Наскрізні питання про правові норми та права людини й конкретні сфери програм, які викладено в плані робіт:

- Стигма і дискримінація (СіД)
- Багатогалузеві заходи у відповідь на епідемію ВІЛ і зв'язки
- Сексуальне і гендерне насильство (СГН)
- СІН і доступ до МПТ
- Діти та підлітки

- Консультування і тестування на ВІЛ
- Доступ до високоякісних і недорогих лікарських засобів
- Препарати проти ВІЛ/СНІДу та закупівля товарів і управління поставками
- ТБ/ВІЛ ко-інфекція

Команда провела 72 інтерв'ю з основними респондентами, які представляли національний рівень і працювали у Києві (45), а також у Кіровоградській області (7) і Миколаївській області (20) у період з 2 лютого по 4 березня 2011 року. Основних респондентів визначали дослідники разом з представниками Місії АМР США в Україні та консультантами, що проводили огляд нормативно-правової бази.

До інтерв'ю з основними респондентами в основному залучались зацікавлені сторони національного рівня та організації, розташовані в Києві. Однак, з метою документування процесу поширення політики та її впровадження на регіональному рівні команда проекту НРР також проводила консультації з основними респондентами в одній із пріоритетних для USAID областей (Миколаївська область) та одній не пріоритетній області (Кіровоградська область). Вибір пріоритетної та непріоритетної області допоможе визначити різницю показників регіонів, де провадить і де не провадить діяльність USAID. Відмінності в досвіді та практиці виконання політик, що були встановлені під час візитів до цих двох областей, пояснюються не лише фактом наявності допомоги з боку USAID і інших донорів, але також різницею у поширеності ВІЛ, густині населення, та державним ресурсам, що виділяються на питання охорони здоров'я та ВІЛ в регіоні.

Деякі інтерв'ю записувались на диктофон з дозволу ключових респондентів, після чого проводилась транскрипція запису на відповідну мову (українську чи російську). Детальні нотатки велись у випадку проведення інтерв'ю без аудіо запису. Інформація інтерв'ю була проаналізована у спосіб, яким вона стосується основних тем щодо яких проводився огляд нормативно-правової бази. Коли висловлювались конкретні свідчення, що представляли певний інтерес з огляду на питання аналізу нормативно-правової бази, які відзначались консультантами проведення оцінки, то дані інтерв'ю підлягали додатковому аналізу, щоб визначити приклади того, як впроваджуються закони чи нормативно-правові акти.

Обмеження

Ця Оцінка Політики з питань ВІЛ є ситуаційним аналізом і не проводилась як оцінка програми чи ходу виконання програм. Основний акцент аналізу зроблено на національний рівень і дві конкретні області. Таким чином, результати аналізу не можуть використовуватись для оцінки конкретних проектів, а також вони не можуть надати адекватне висвітлення ситуації та стану політики з питань ВІЛ та її виконання в інших регіонах України. Методологія оцінки включала аналіз документів політики та інтерв'ю з ключовими респондентами. Результати опитування можуть бути піддані упередженням особистої думки і спогадів.

ОЦІНКА ПОЛІТИЧНОЇ СИТУАЦІЇ В КЛЮЧОВИХ ПРОГРАМНИХ СФЕРАХ

Стигма та дискримінація

Команда проекту НРР провела аналіз 11 українських норм і правил, законів, програм та інструкцій, щоб визначити (1) заходи, які гарантують захист від дискримінації ЛЖВ та різні групи населення, найбільш уразливі до інфікування на ВІЛ, (2) наслідки дискримінаційної практики, і (3) положення, які можуть загострити проблему стигми і дискримінації (Сід) ЛЖВ та груп найвищого ризику (ГНР), зокрема СІН, ЧСЧ і найбільш уразливих до інфікування на ВІЛ підлітків.

Стислий огляд результатів

Сильні сторони

- Сильний законодавчий захист ЛЖВ від дискримінації.
 - Закони про ВІЛ/СНІД від 1991 і 2010 років забороняють дискримінацію на підставі ВІЛ статусу.
 - Порушення прав людини на підставі дискримінації вважається злочином.
 - Конституція України та законодавство про ВІЛ/СНІД гарантують право громадян на судовий розгляд відповідної справи чи скарги.
 - Кримінальний Кодекс захищає конфіденційність ЛЖВ, не допускаючи розкриття ВІЛ статусу медичним персоналом.
- Законодавство про ВІЛ/СНІД передбачає включення питань, пов'язаних зі стигмою та дискримінацією, до навчальної програми закладів середньої, професійної та технічної, а також вищої освіти.
- Ключові респонденти відзначають зниження дискримінації дітей, які живуть з ВІЛ, та підвищення доступу до освітніх і інших програм і послуг.

Прогалини політики

- Деякі уразливі групи (ЧСЧ, інші сексуальні меншини, трансгендери) не мають офіційного визначення в ключових законах і політиках (наприклад, Законодавство та Загальнодержавні Програми з ВІЛ/СНІД).
- Відсутні системні механізми реєстрації випадків Сід проти ЛЖВ і інших уразливих груп (за винятком неофіційних реєстрів звернень, що ведуться НУО та використовуються головним чином для адвокації).
- Загальнодержавні Програми з ВІЛ/СНІД не містять показників для оцінки виконання чи ефективності законів чи політик, що стосуються Сід.
- Зміни в законодавстві щодо зберігання наркотиків закріплюють криміналізацію СІН та сприйняття СІН як злочинців.
- Працівники сфери охорони здоров'я, які працюють з ЛЖВ, клієнтами, хворими на туберкульоз, та клієнтами наркологічних клінік отримують «надбавки за шкідливість», що заохочує стигматизацію.
- Розробка та запровадження навчальних програм з урахуванням тематики Сід залежить від наявності фінансування через Загальнодержавні Програми з ВІЛ/СНІД.
- Трудовий Кодекс, який забороняє дискримінацію на підставі ВІЛ статусу, залишається у формі проекту.
- Відсутні законодавчі вимоги для роботодавців щодо запровадження програм профілактики ВІЛ чи політик з питань ВІЛ.
- Плани дій різних міністерств на виконання Загальнодержавної Програми з ВІЛ/СНІД не передбачають розробки чи запровадження навчальних програм для протидії Сід проти ГНР, а також не поширюються на приватний сектор та правоохоронні служби / служби безпеки.

Інші перепони

- ЛЖВ та уразливі категорії населення демонструють недостатню обізнаність про можливості захисту своїх прав та небажання звертатися за правовим захистом.
- ЛЖВ, інші уразливі групи та постачальники послуг демонструють недостатнє розуміння явища СІД.
- Стигматизуюче та дискримінативне ставлення постачальників послуг до ЛЖВ та інших уразливих груп спричиняється робочим перевантаженням, браком інформації щодо ВІЛ та страхом інфікування, а також недостатніми комунікаційними навичками.
- Медичні працівники часто не бажають свідчити про потенційний контакт чи звертатись за пост-контактною профілактикою через острах дискримінації чи втрати робочого місця.

Загальні положення про права людини стосовно ЛЖВ

Загалом, є суттєві правові заходи щодо захисту від дискримінації ЛЖВ в Україні, а також конкретні заходи боротьби з дискримінацією та зусилля щодо зниження стигми, викладені в положеннях інструкцій освітньої галузі з питань праці, охорони здоров'я. Закон про ВІЛ/СНІД від 2010 року (Закон № 2861, далі - Закон про ВІЛ/СНІД)³ відповідає міжнародним положенням, оскільки чітко забороняє загальну дискримінацію на підставі ВІЛ-статусу, як і попередній Закон про ВІЛ/СНІД від 1991 року.⁴ Стаття 14 Закону про ВІЛ/СНІД гарантує рівні права на правовий захист і забороняє дискримінацію ЛЖВ і «найуразливіших до інфікування на ВІЛ» груп населення. Ця стаття гарантує, що ЛЖВ та ГНР «користуються всіма правами і свободами, передбаченими Конституцією та законами України». Хоча Закон від 2010 року забороняє дискримінацію щодо уразливих груп, ці групи не визначено. ГНР визначено в законі як «групи найвищого ризику інфікування на ВІЛ» через свою поведінку чи поведінку свого соціального середовища». Закон також вказує на те, що перелік «груп населення має бути складений і розглянутий спеціально уповноваженим центральним виконавчим органом охорони здоров'я на основі критеріїв та керівних принципів ВООЗ».

Кримінальний кодекс (Стаття 161)⁵ передбачає кримінальну відповідальність за вчинення дій, які безпосередньо чи опосередковано обмежують права громадян України за ознакою раси, кольору шкіри, політичних або релігійних переконань, статі, етнічної належності чи соціального статусу, місця проживання, мови та інших характеристик. Новий Закон про ВІЛ/СНІД безпосередньо забороняє дискримінацію ЛЖВ та уразливих груп населення. Як Конституція, так і Закон про ВІЛ/СНІД гарантують права громадянина на подання справи чи скарги до суду.⁶

Один основний респондент, з яким проводилось інтерв'ю, відмічав, що «зараз в Конституції немає положення про сексуальну орієнтацію» як критерію захисту рівних прав. Респондент відмічав, що за відсутності прав у лесбійок, геїв, бісексуалів і трансгендерів (ЛГБТ), гарантованих Конституцією чи іншим нормативно-правовим документом, ЛГБТ-спільнота має недостатній захист від дискримінації. Важливо відзначити, що в той час як Конституція не розглядає сексуальну орієнтацію, як конкретний критерій рівного захисту прав, він входить у перелік під категорією «та інші характеристики» після конкретних критеріїв статусу. Статус здоров'я, віку та інвалідності, також не зазначено як критерії рівності захисту прав людини. Ці характеристики, а також і сексуальна орієнтація, можуть тлумачитись як «інші характеристики».

³ Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 23 грудня 2010 року № 2861-VI

⁴ Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 12 грудня 1991 року № 1972—XII

⁵ Кримінальний кодекс України: Закон України № 2341—III від 4 травня 2001 року

⁶ Конституція України: Закон України № 254к/96—ВР від 28 червня 1996 року

Сектор праці

Права ЛЖВ у сфері праці захищаються з 1991 року попередньою версією Закону про ВІЛ/СНІД. Стаття 16 Закону про ВІЛ / СНІД від 2010 року забороняє дискримінацію щодо ЛЖВ та членів їх сімей на підставі їх ВІЛ-статусу з боку роботодавців або потенційних роботодавців. У проекті Трудового кодексу, який зараз розглядається, зокрема, йдеться про те, що дискримінація за ознакою ВІЛ-статусу не допускається на робочому місці. Загальнодержавна програма зі СНІДу від 2009 року⁷ містить діяльність стосовно розробки програм з профілактики ВІЛ-інфекції на робочому місці; однак, там немає юридичної вимоги, щоб роботодавці створювали такі програми або політики з профілактики ВІЛ-інфекції на робочому місці. Спілки в минулому брали активну участь у розробці і реалізації політик на робочому місці.

На зайнятість людей, які вживають опіоїди на ґрунті вживання наркотиків, існують обмеження. Якщо особі з наркотичною залежністю призначається обов'язкове лікування, ця особа може бути звільнена з роботи або виключена із навчального закладу чи програми.⁸

Сектор охорони здоров'я

Закони про ВІЛ/СНІД від 1991 і 2010 років забороняють «відмовляти у прийомі до ... медичних учбових закладів» чи «відмовляти в наданні медичних і соціальних послуг» особам за ознакою їх ВІЛ-статусу чи статусу членів їх сімей, які є ЛЖВ. Однак, ці права не надавалися ГНР до прийняття нової версії Закону в 2010 році. Закон про ВІЛ/СНІД також на крок випереджає Закон від 1991 року, в якому йдеться про те, що ЛЖВ та ГНР не мають піддаватися дискримінації в наданні їм медичних послуг і вони мають рівні права на отримання послуг з догляду.

Стаття 132 Кримінального кодексу захищає конфіденційність інформації про ЛЖВ щодо неправомірного розголошення їх ВІЛ-статусу медичним працівником. Ця стаття Кримінального кодексу особливо стосується сфери ВІЛ, і передбачає більш суворе покарання, ніж за порушення умов конфіденційності інформації про пацієнта з іншим захворюванням. Основні респонденти Всеукраїнської мережі ЛЖВ, організації, що надає юридичну підтримку із захисту прав ЛЖВ, повідомляли, що «незважаючи на те, що вони знають про численні порушення прав ЛЖВ щодо конфіденційності інформації, вони не знають жодного випадку, коли б пацієнт подавав скаргу на лікаря за порушення статті 132 Кримінального кодексу». Пацієнти подають скарги до Мережі та її філії, але потім додають: «Я все ще змушений буду отримувати послуги з лікування від того ж лікаря, тому я і не буду подавати жодних скарг до офіційних органів».

Основні респонденти на національному та регіональному рівнях підкреслювали важливість підготовки медичних працівників, а також ЛЖВ з питань дискримінації у сфері охорони здоров'я та соціальних послуг. Проекти в Україні, що фінансуються USAID, та одержувачі гранту Глобального фонду надають тренінги надавачам медичних послуг і педагогам з питань ВІЛ і значимості зменшення рівня дискримінації, а також прояву «толерантного ставлення до ЛЖВ». Наводилось кілька інноваційних прикладів, включно з проектом у Миколаєві, що підготовка лікарів, які надають первинну допомогу, проводиться для роботи з СНІ, молоддю та ЛЖВ з тим, щоб не тільки працівники центрів профілактики та боротьби зі СНІДом могли надавати якісні послуги ЛЖВ і ГНР. Оскільки в багатьох областях Центри профілактики та боротьби зі СНІДом є лише в обласних центрах, через проект буде забезпечено доступ ЛЖВ та уразливих груп населення до інших видів послуг з охорони здоров'я в місцях ближче до місць їх проживання. Фахівці проекту для ВІЛ-позитивних жінок і жінок, що піддаються ризику

⁷ Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки» № 1026-VI від 19 лютого 2009 року»

⁸ Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними»

зараження ВІЛ, зокрема жінок СІН та ПКС в Миколаєві, надають послуги з консультування та навчання своїм клієнтам, щоб допомогти зменшити СіД в медичних закладах. Вони надають такі послуги:

- Сприяння у пониженні рівня стигми в закладах охорони здоров'я
- Сприяння клієнтам у формуванні їх довіри до медичних робітників, і
- Розвиток навичок клієнтів з міжособистісного спілкування з медичними працівниками

Фахівці проекту пояснювали, що такий компонент міжособистісного спілкування було додано після того, як вони з'ясували через обговорення питання з медичними працівниками, що СіД підживлюється розумінням того, що клієнти були «вибагливі» та погано пояснювали свої потреби. Проект допомагає жінкам у виконання ними своїх обов'язків як ефективних прибічників свого підходу до послуги з догляду.

Сектор освіти

Закон про ВІЛ/СНІД від 1991 року забороняє «відмовляти у прийомі до ... навчальних закладів і наданні соціальних послуг» особам за ознакою їх ВІЛ-статусу чи статусу членів їх сімей». Проте, він не містить жодних конкретних заборон чи інструкцій щодо того, як слід ставитись до ВІЛ-позитивних студентів, щойно вони будуть прийняті до навчального закладу. А Указ Президента від 2008 року містить вимоги до Міністерства освіти і науки вживати заходів з усунення та недопущення стигматизації ВІЛ-позитивних дітей, забезпечувати їм можливість здійснювати своє право на освіту.⁹ Спільний наказ, виданий різними міністерствами (від 2007 року) передбачає, що ВІЛ-позитивні діти відвідують навчальні заклади «на загальних підставах» з усіма іншими.¹⁰ Закон про ВІЛ/СНІД також гарантує включення питань, що пов'язані з СіД і зниженням стигми, в навчальні плани середніх, професійно-технічних та вищих навчальних закладів. Однак, розробка та здійснення цих навчальних планів залежить від фінансування через Програму з протидії СНІДу. Деякі школи та регіони, наприклад, Миколаївський, вже реалізують шкільні та позашкільні програми з навчання студентів у початкових і середніх школах питанням ВІЛ і зменшити СіД, пов'язану з ВІЛ.

Нормативно-правові положення, що провокують стигму та дискримінацію

Нещодавно МОЗ видав наказ, що істотно зменшує дозу опіоїдів, дозволену до застосування за законом, і, якщо особа зберігає при собі більшу дозу, це розглядається як кримінальний злочин.¹¹ Це положення може активно сприяти поширенню дискримінації та виступає як бар'єр на шляху до отримання послуг споживачами ін'єкційних наркотиків. Основні респонденти відзначали, що положення сприяє підвищенню рівня криміналізації серед СІН, а також створює уявлення про СІН як злочинців, що, у свою чергу, сприяє підвищенню рівня СіД. Основні респонденти також відзначали, що це відвертає СІН від доступу до програми обміну голком, шприців, а також може перешкоджати пошуку іншим медичним послугам для СІН.

Інша інструкція, що може призвести до поширення дискримінації, - це виділення більших обсягів коштів на оплату праці медичних працівників, які надають послуги ЛЖВ, клієнтам, хворим на туберкульоз, а також клієнтам наркологічних клінік.¹² Відповідно до цієї інструкції, працівники центрів профілактики і боротьби зі СНІДом отримують додаткові 60 % від основного окладу як надбавки, робітники інших медичних установ, які працюють безпосередньо з ЛЖВ та ВІЛ-інфікованих матеріалами, отримують 60 % надбавку за час, який

⁹ Указ Президента України «Про додаткові заходи щодо забезпечення захисту прав і законних інтересів дітей» від 5 травня 2008 року № 411/2008 (пункт 4)

¹⁰ Спільний Наказ МОЗ, МОН, МСМС, Державного департаменту України з питань виконання покарань, МПСП «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей» від 23 листопада 2007 року № 740/1030/4154/321/614а

¹¹ Наказ МОЗ «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 1 серпня 2000 року № 188» від 9 липня 2010 року № 634

¹² Спільний наказ МПСП і МОН «Умови оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» від 10 травня 2005 року № 308/519

вони приділяють таким процедурам. Персонал туберкульозних диспансерів тепер також буде отримувати до 60 % додатково від основного окладу як надбавку.¹³ Працівники наркологічних клінік також отримують надбавки в розмірі 25 % від основного окладу, а лікарі-наркологи підрозділів отримують надбавки за час, проведений з ЛЖВ. Такі надбавки виплачуються «у зв'язку зі шкідливими і важкими умовами праці». «Медичні працівники часто розглядають таку додаткову плату як «надбавку за шкідливість».

Вирішення питань стигматизації та дискримінації на основі Державної програми

Загальнодержавна програма зі СНІДу від 2009 року містить план дій різних міністерств, що певною мірою стосуються питань СіД. Наприклад, план дій Міністерства освіти і науки містить декілька видів діяльності, що мають за мету зменшення рівня СіД у суспільстві через зусилля в секторі освіти. Такі заходи містять запровадження «факультативного курсу» в системі середньої освіти з профілактики ВІЛ-інфекції та навчального модуля з питань «розвитку толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних дітей» у післядипломній підготовці вчителів і керівників дошкільних закладів і середніх шкіл. План дій не містить жодних заходів, направлених на розвиток чи реалізацію навчальних програм навчання з вирішення питань СіД серед ГНР у навчальних закладах середньої, вищої освіти чи аспірантурі (медичній, педагогічній тощо). Важливо зазначити, що процес впровадження та моніторинг цих програм і діяльності залишаються обмеженими, а в багатьох випадках не фінансуються. Загалом відсутня конкретика, яка б могла підвищити рівень захисного ефекту багатьох таких заходів.

Загальнодержавна програма зі СНІДу від 2009 року і план дій МОЗ із впровадження програми містить види діяльності, направлені на зменшення проявів СіД до «груп ризику», які провадяться «молодшими підрозділами, що надають послуги у галузі охорони здоров'я, праці і соціальних послуг». Вони не містять конкретної згадки про приватний сектор і служби охорони правопорядку, а також не містять положень про залучення у процес ЛЖВ як тренерів.

Участь ЛЖВ і ГНР у процесі розробки політики

Хоча команда не мала мандату на оцінювання рівня змістовної участі ЛЖВ у процес розробки політик, команда все ж оцінювала правові та нормативні положення про залучення ЛЖВ, як значимого компонента участі ЛЖВ і постраждалих громад, що визнається на міжнародному рівні як програмний інструмент, який використовується для зниження рівня стигми. Деякі обмежені положення про залучення ЛЖВ в процес розробки політик впроваджуються через їх представників у Національній раді з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу. Постановою Кабінету Міністрів України (КМУ) від липня 2007 року¹⁴ передбачається призначення заступником Голови Ради «представника громадськості з числа людей, що живуть з туберкульозом або ВІЛ (за згодою)» в межах Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу. Така особа обирається іншими членами Ради, що викликає питання щодо фактичного представництва такого «залучення», оскільки не зрозуміло, чи можуть ЛЖВ самі висловлювати свою точку зору щодо призначення свого представника. Як наведено нижче,¹⁵ Національна рада не достатньо ефективно забезпечила координацію національної протидії ВІЛ, зосередившись в основному на справах, пов'язаних з діяльністю Глобального Фонду. Це ставить під сумнів міру, якою представництво ЛЖВ в Раді насправді підвищує загальне залучення ЛЖВ в процес розробки політик. На регіональному рівні, наказом від 2007 року передбачено створення регіональних Рад з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та яким рекомендовано включати у свій склад представників ЛЖВ. Як наведено нижче, оперативність регіональних рад і включення до свого складу представників ЛЖВ відрізняється в регіонах. Не всі області мають ради, які активно діють, і не всі області

¹³Постанова КМУ України «Про деякі заходи щодо підвищення престижності праці медичних працівників, які надають медичну допомогу хворим на туберкульоз» від 16 лютого 2011 року № 123 (набуває чинності з 1 липня 2011 року)

¹⁴ Постанова КМУ «Деякі питання протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу» від 11 липня 2007 року № 926

¹⁵ Див. розділ звіту під заголовком «Міжсекторальні заходи і зв'язки з іншими програмами охорони здоров'я і розвитку»

сприяють участі ЛЖВ та організацій громадянського суспільства в процесі розробки політик. Проект розвитку ВІЛ/СНІД-сервісу в Україні заохочує включення/залучення уразливих груп населення у процес розробки політик для представництва інтересів їх громад у обласних координаційних радах.

Впровадження та правове забезпечення

У Законі про ВІЛ/СНІД йдеться про те, що «відповідальність за порушення законів про захист прав ЛЖВ тягне за собою дисциплінарну, цивільну, адміністративну чи кримінальну відповідальність, як визначено законами України».

У той час, як існує механізм документації та обліку випадків СіД проти ЛЖВ та уразливих груп населення, такі механізми державою не врегульовано. Різні НУО розробляють проекти та ведуть реєстрацію випадків СіД (наприклад, «Гідність», «ЛІГА» і Всеукраїнська мережа ЛЖВ). Такі реєстри в основному використовуються з метою пропаганди, а не притягнення до відповідальності. Деякі НУО надають юридичні консультації та послуги ЛЖВ і ГНР, але такі організації повідомляють про те, що клієнти часто не бажають подавати офіційних скарг або позиватися до суду. Часто такі клієнти не бачать альтернативи продовженню спілкування з лікарем чи іншою посадовою особою, які порушують їх права, і не бажають «ускладнювати ситуацію». Крім того, жодними заходами не передбачено оцінку рівня стигматизації серед будь-яких уразливих груп чи ЛЖВ. В Загальнодержавній програмі зі СНІДу показники оцінки рівня впровадження чи примусового правового забезпечення чи навіть досягнення прогресу у зменшенні рівня СіД відсутні.

Міжсекторальні дії у відповідь на епідемію та зв'язки з іншими програмами в сферах охорони здоров'я та розвитку

Аналітична група НРР розглянула 75 українських законів, кодексів, нормативних актів, стандартів, протоколів та керівних принципів для оцінки того, чи забезпечують політичні документи, механізми та координаційні органи на національному та регіональному рівнях зв'язок програм з ВІЛ/СНІДу з іншими програмами охорони здоров'я, включаючи програми охорони материнства та дитинства, безпечного материнства, лікування туберкульозу (ТБ) та наркозалежності; та чи є програми з ВІЛ/СНІДу в секторі охорони здоров'я пов'язаними з іншими секторами, такими як соціальний захист населення та освіта.¹⁶ Група також проаналізувала політичні документи, які забезпечують участь в цьому процесі приватного сектора та громадянського суспільства, включаючи релігійні та громадські організації, жінок, ЛЖВ, СІН, МСМ, РСБ та ГНР у розробці та здійсненні програм з протидії ВІЛ/СНІДу.

Стислий огляд результатів

Процес проведення адміністративної реформи, що триває, може докорінно змінити політичну ситуацію щодо ВІЛ, однак його точний вплив все ще важко оцінити, оскільки реформи ще не завершені. Дві основні теперішні зміни включають підвищення статусу Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам МОЗ України до статусу Державної Служби (функції підлягають визначенню) та розпуску МСМС (функції та сфери обов'язків перерозподіляються).

¹⁶ Розгляд зв'язків між програмами з туберкульозу та ВІЛ представлено в розділі «Ко-інфекція ВІЛ/ТБ» даного звіту на ст. 52. Розгляд зв'язків між наркологією та програмами з ВІЛ представлено в розділі «Споживання ін'єкційних наркотиків» на ст. 22. Розгляд зв'язків між пунктами КТВ та центрами СНІДу представлено в розділі «Консультації та тестування на ВІЛ» на ст. 40.

Сильні сторони

- Співпраця між соціальними та медичними службами забезпечується сильним рівнем співробітництва між МОЗ і МСМС (хоч МСМС нещодавно було розформовано).
- Уряд демонструє всезростаюче бажання до співпраці та залучення громадянського суспільства та приватного сектору (Законодавство про ВІЛ/СНІД наголошує важливість залучення НУО та приватного сектору до надання послуг).

Прогалини політики

- Відсутній сильний національний координуючий орган у сфері ВІЛ — позбавлена Кабінетом Міністрів України своєї «координуючої» ролі, Національна Рада концентрує свою увагу в основному на питаннях виконання діяльності, що підтримується Глобальним Фондом.
- Координація між ключовими міністерствами обмежена, а інші міністерства не дотримуються виконання Наказів МОЗ, навіть у випадку їх офіційної реєстрації та ухвали Міністерством Юстиції України.
 - Міністерство внутрішніх справ (МВС) концентрує свої зусилля на контролі за наркотиками, а не виступає в якості партнера в сфері охорони громадського здоров'я.
 - Фінансові рішення Міністерства Фінансів України (МФ), що стосуються виконання політик і програм МОЗ, виявляються недостатньо поінформованими з позицій технічного обґрунтування.
 - Пенітенціарна служба не забезпечує того, щоб притулки для бездомних в обов'язковому порядку направляли клієнтів до медичних закладів для лікування туберкульозу.
- Спроможність та ефективність регіональних рад з питань ВІЛ має значні відмінності.
- Координація допомоги та підтримки для ЛЖВ покращилась, однак значною мірою залежить від особистого втручання; процеси пере направлення та обміну інформацією потребують покращення (в аспектах діагностики, ведення випадку та контролю ко-інфекції ВІЛ/туберкульоз).
- Державне замовлення соціальних послуг не має достатньої нормативно-правової бази; ключові респонденти відзначають, що дійсною перепорою часто є брак політичної волі до закупівлі послуг НУО чи приватного сектору.

Інші перепони

- Політична нестабільність продовжує викликати часті кадрові зміни на найвищому рівні, пригнічуючи політичний імпульс з питань ВІЛ.

Законодавче забезпечення міжсекторальних зв'язків

Українське законодавство керується міжнародними конвенціями та правовими документами, визнаючи ефективність міжсекторальних підходів у сферах профілактики, лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ, та захисту прав ЛЖВ. Міжсекторальна співпраця в сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні регулюється на законодавчому, міжсекторальному та регіональному рівнях.

Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» 1991 року¹⁷ передбачає співпрацю між різними секторами на національному та регіональному рівнях. Стаття 5 цього Закону визначає повноваження органів виконавчої влади, місцевого самоврядування, установ та організацій щодо здійснення заходів з протидії ВІЛ-інфекції. Відповідальність за координацію дій покладено на спеціально утворений орган центральної виконавчої влади у сфері охорони здоров'я. У 2006 році Українському центру профілактики і боротьби зі СНІДом при МОЗ було доручено здійснювати керівництво, координацію та моніторинг заходів з протидії та профілактики ВІЛ/СНІДу.¹⁸ У

¹⁷ Закон № 1972—XII, від 12 грудня 1991.

¹⁸ Наказ МОЗ № 225, від 14 квітня 2006.

Загальнодержавній програмі з протидії ВІЛ/СНІДу 2009 року передбачене подальше зміцнення міжсекторальних підходів для вирішення проблем ВІЛ/СНІДу.

Діючий Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», прийнятий у 2010 році¹⁹, передбачає державні гарантії надання більш ефективних послуг шляхом здійснення діяльності в різних секторах. Положення цього закону в першу чергу зосереджені на наданні послуг шляхом залучення організацій різних форм власності, включаючи організації громадянського суспільства, благодійні, релігійні організації та профспілки. Загальнодержавна програма з протидії СНІДу 2009 року та Закон про ВІЛ 2010 року демонструють прихильність на високому рівні справі пом'якшення наслідків епідемії ВІЛ для українського суспільства. Втім, за словами ключових респондентів, багато чого ще доведеться зробити для залучення політичних лідерів високого рівня та інших впливових осіб, та для забезпечення їх сталої участі в роботі з вирішення проблем ВІЛ.

Координація на національному рівні

Національна координаційна рада з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу при КМУ була створена у 2005 році, відповідно до рекомендацій UNAIDS щодо створення в країнах системи «Трьох Одиниць»²⁰. Це стратегічне рішення спочатку мало намір створити національний координаційний орган високого рівня для заохочення партнерства між урядом, громадянським суспільством, спільнотою ЛЖВ та міжнародними організаціями. Втім, КМУ вирішив, що Національна координаційна рада має відігравати лише дорадчу та консультативну роль і не наділив її повноваженнями щодо реалізації її координаційних рішень. Назву ради було змінено, щоб відобразити відсутність координаційної ролі. Національна рада має широке міжсекторальне представництво з різних міністерств, НУО, наукових та релігійних організацій, та спільноти ЛЖВ. Декілька ключових респондентів відзначили, що інші міністерства, такі як МВС та МОН, кожного разу присилали різних представників, які брали не дуже активну участь у роботі засідань. За виключенням колишнього МСМС, участь інших міністерств, за словами ключових респондентів, була «спорадичною, неефективною, та на низькому рівні». Наприклад, один з ключових респондентів пояснив, що більшість міністерств на вважають себе зобов'язаними виконувати чи реалізовувати розпорядження чи накази МОЗ, навіть якщо вони ухвалені Міністерством юстиції.

Цілий ряд міністерств, таких як МВС та МФ можуть вчинити надзвичайно великий вплив на політику та реалізацію політичних рішень в сфері ВІЛ. Наприклад, МВС спрямував своїх співробітників для проведення аудиту НУО та державних закладів, які надають послуги СІН, і багато ключових респондентів на всіх рівнях зазначали, що це дуже важливо для забезпечення адекватної участі в роботі та режиму національного виконання заходів у відповідь на ВІЛ різних міністерств. Програма розвитку Організації Об'єднаних Націй (ПРООН), ЮНЕЙДС, АМР США та інші організації очолювали ініціативи в сфері політики та врядування у зв'язку з ВІЛ в усіх секторах.

Заступник голови національної ради є представником спільноти ЛЖВ; втім, заступника голови обирає весь склад ради, а не призначає лише спільнота ЛЖВ. За словами ключових респондентів (а також згідно з протоколами засідань ради), рада займається переважно справами, пов'язаними з Глобальним фондом, тобто ухвалює кварталні звіти та грантові заявки. Декілька ключових респондентів, які представляли як державний, так і неурядовий сектор, зазначили, що рада «наразі не є тим форумом, який здатен обговорювати та вирішувати проблеми».

¹⁹ Закон № 2861-VI, від 23 грудня 2010.

²⁰ «Основні Принципи Трьох Одиниць: Керівні принципи для органів державної влади та їх партнерів». UNAIDS. 25 квітня, 2004. http://data.unaids.org/UNA-docs/three-ones_keyprinciples_en.pdf

Обласні координаційні ради

Обласні та місцеві координаційні ради було створено в областях та районах України. До їх складу входять представники різних організацій, залучених до протидії ВІЛ/СНІДу в кожному регіоні, включаючи релігійні організації та надавачів послуг. Заступник голови, як правило, представляє громадянські організації чи спільноту ЛЖВ. Обласні та районні ради функціонують майже без підтримки з боку Національної ради, але деякі області отримують активну підтримку з боку проектів, які діють за фінансування з боку донорів. В областях, де існує така підтримка, наприклад, в Миколаївській області, координаційна рада є в вищому ступені ефективним механізмом, незважаючи на відсутність додаткових ресурсів для здійснення діяльності чи участі в раді. Ключові респонденти також указали, що успіх роботи координаційної ради може бути різним в залежності від ступеня присутності НУО та лідерства представників уряду. Один державний службовець в Миколаєві сказав:

«Обласна координаційна рада є дуже корисним, важливим механізмом для співпраці та координації роботи, а також для вирішення проблем. Співпраці чомусь не приділяється належної уваги в нашій системі в цілому. Ми дуже вдячні сектору НУО — вони знають існуючі проблеми і допомагають знаходити рішення».

Для порівняння: Кіровоградська обласна координаційна рада не проводила засідань впродовж шести місяців до даної оцінки, і деякі представники НУО вважають, що їхні голоси не враховувались належним чином під час засідань ради. Вони зазначили, що «неможливо виступати на підтримку якихось питань чи підіймати дійсно важливі питання для обговорення в раді». Кіровоград не одержує міжнародної донорської підтримки у зв'язку з ВІЛ.

На регіональному рівні НУО відіграють життєво важливу роль контролюючих органів, які проводять моніторинг дій обласних органів влади у вирішенні проблем ВІЛ, у реалізації комплексних програм в сфері ВІЛ, а також займаються адвокацією в інтересах клієнтів, чий права можуть порушуватись. В деяких областях НУО налагодили сильні зв'язки з урядовими органами та медичними закладами. В інших областях ці стосунки є обмеженими, і НУО стикаються з перешкодами в наданні послуг чи захисті прав ЛЖВ.

Планування та фінансування

За словами ключових респондентів, незважаючи на те, що МОЗ відповідає за розробку та здійснення Загальнодержавної програми з протидії ВІЛ/СНІДу та за її відповідний бюджет, Мінфін відмовляється фінансувати певні види діяльності чи статті витрат, які він вважає недоречними чи такими, які не слід фінансувати за рахунок національного бюджету. Ці рішення, схоже, приймаються за відсутності достатнього технічного досвіду для оцінки різних програмних заходів. Це було також документально зафіксовано у звіті Комплексної зовнішньої оцінки 2009 року (ЮНЕЙДС, 2009).

Часто відсутній зв'язок між національними законами та політичними рішеннями, та бюджетними асигнуваннями для їх реалізації. Це може привести до прямого протиріччя з українськими законами, які гарантують безоплатний доступ до профілактики ВІЛ, КТВ, послуг з лікування, догляду та підтримки. В той же час, у МОЗ не вистачає фінансових повноважень для забезпечення більш широкої співпраці з іншими міністерствами. Ці фактори ускладнюють спроможність МОЗ розробляти плани на майбутнє і конкретні стратегії для пом'якшення наслідків ВІЛ/СНІДу.

Перенаправлення та координація дій між медичним та соціальним сектором

Співпраця між соціальними та медичними службами забезпечується за рахунок широкої участі МОЗ, колишнього МСМС та соціальних служб, які входять до МСМС, у наданні послуг у зв'язку з ВІЛ/СНІДом. Ключові респонденти розповідали про ініціативні заходи МСМС та

соціальних служб у розробці власних деталізованих керівних принципів та нормативів надання послуг. Регіональні представники цього міністерства також розповідали про свою активну участь у розробці цих стратегій та керівних принципів. Один з представників відзначив, що в його області «знають про недоліки та працюють над їх усуненням. Ми надсилали повідомлення до МСМС щодо наших проблем та потреб, і міністерство допомагає їх вирішувати». Цей представник також сказав, що коли виникають питання співпраці між медичним та соціальним секторами, ці питання можна було вирішувати за допомогою спільних наказів МОЗ та МСМС.

МСМС розробило широкі стратегії та нормативні документи, які допомагають організувати надання послуг ЛЖВ та ГНР, але необхідно провести додаткову роботу для забезпечення безперервності послуг. Крім того, існують прогалини у співпраці з установами виконання покарань. Наприклад, за словами ключових респондентів, притулки для бездомних не завжди забезпечують спрямування клієнтів до медичних закладів для одержання лікування туберкульозу. Одна НУО з Миколаєва повідомила, що 80 відсотків бездомних в області є колишніми в'язнями, які можуть буди зараженими ТБ та іншими інфекціями. Соціальна та медична підтримка людям, які звільняються з місць позбавлення волі, та бездомним громадянам є дуже важливою для забезпечення доступу до адекватних медичних послуг.

Перенаправлення та координація дій між програмами профілактики вертикальної передачі ВІЛ

Існують чіткі механізми видачі направлень та протоколи координації між деякими програмами профілактики вертикальної передачі, але в інших програмах це визначено не досить ясно та чітко. Законодавство щодо медичної та соціальної підтримки матерів та дітей є одним з найбільш тривалих, деталізованих і добре розроблених у порівнянні з іншими законами у зв'язку з ВІЛ в Україні. Втім, ключові респонденти відзначали, що існує потреба в оновленні нормативно-правової бази з ППМР. Спільний наказ, яким було ухвалено Національну програму з ППМР та підтримки постраждалих дітей на 2006 – 2008 роки, визначив стратегію профілактики вертикальної передачі ВІЛ та передбачив створення системи медичного та соціального нагляду за ВІЛ-позитивними жінками, дітьми, яких вони народили, та їхніми сім'ями, що включає забезпечення штучним дитячим харчуванням для немовлят віком до одного року. Ще одним Спільним Наказом створено міждисциплінарні групи для надання медичних та соціальних послуг ВІЛ-позитивним та постраждалим сім'ям.²¹ Успішна стратегія, передбачена в Наказі про прийняття Національної Програми з питань ППВМД та допомоги постраждалим дітям на період 2006 – 2008 років продовжує здійснюватися і надалі згідно з поточним законодавством в рамках Загальнодержавної програми з протидії ВІЛ/СНІДу 2009 року.²²

Діюча Загальнодержавна програма з протидії ВІЛ/СНІДу не містить окремого розділу щодо профілактики ВІЛ серед жінок чи щодо доступності та якості послуг з репродуктивного здоров'я для жінок, які живуть з ВІЛ (включаючи акушерські і гінекологічні послуги, профілактику небажаних вагітностей та застосування допоміжних технологій репродуктивного здоров'я для ВІЛ-позитивних жінок).

Державне замовлення соціальних послуг – закупівля державою послуг НУО

Під час інтерв'ю на національному та регіональному рівні респонденти неодноразово підкреслювали важливість ефективного використання механізму державного замовлення послуг НУО. Існує обмежена нормативно-правова база, яка регулює державне замовлення соціальних послуг, тобто «соцзамовлення», і хоча його часто згадували серед недостатньо ефективних механізмів державного регулювання, бар'єри частіше зумовлені відсутністю

²¹ Спільний наказ МОЗ, МОН, МСМС, Держдепартаменту виконання покарань, МПСП № 740 / 1030 / 4154 / 321 / 614 від 23 листопада 2007 року, «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей»

²² Закон № 1026–VI, лютий 2009.

політичної волі для замовлення послуг у НУО.²³ Під час візиту до Миколаївської області заступник голови обласної адміністрації та голова відділу у справах молоді Обласних соціальних послуг розповіли про невелику пілотну програму, які вони створили для надання малих грантів НУО. Представник соціальних служб відзначили, що «навіть невеликі обсяги фінансування можна успішно використовувати». Представники також повідомили, що «із задоволенням поділяться власним досвідом надання малих грантів» і планують продовжити цю практику.

Гендер та насильство за гендерною ознакою

*«Ми не знаємо, що означає гендер»
— керівник Миколаївської НУО*

Група проекту НРР розглянула 31 міжнародну конвенцію, українські закони, програми, інструкції і нормативно-правові акти, щоб оцінити, (1) як у політичному середовищі відображено питання гендерної нерівності, та як розглядається гендерна нерівність в галузі ВІЛ; (2) якою мірою ці закони та нормативно-правові акти визначають, які особи більш схильні до ризику зараження ВІЛ-інфекцією чи чому виникають перепони на шляху до пошуку та (або) доступу до послуг, і (3) правову та нормативну базу щодо приділення уваги питанням сексуального і гендерного насильства (СГН) в межах національної політики з питань ВІЛ/СНІДу, спроможність держави протидіяти та реагувати на випадки СГН, а також політичні заходи й закони, в яких можуть бути закріплені положення про протидію СГН.

Стислий огляд результатів

Сильні сторони

- ЧСЧ визначені як уразлива група в Рамковій Угоді про Партнерство та є ключовою цільовою групою протоколу з ДКТ в Україні.
- Закони України та інші нормативно-правові акти надають визначення насильства за гендерною ознакою та передбачають право жертв такого насильства на ПКП (хоча такі обставини є єдиним контекстом згадування про сексуальне насильство у нормативно-правовій базі з питань ВІЛ).

Прогалини політики

- Прогалини у визначенні уразливих груп і визнанні їх цільовими.
 - ЧСЧ, трансгендери та інші сексуальні меншини не визначені як уразливі групи щодо ВІЛ чи насильства за гендерною ознакою у Загальнодержавній Програмі з ВІЛ/СНІД чи Законі про ВІЛ/СНІД від 2010 року.
 - Законодавча база не конкретизує рівні права трансгендерів чи представників сексуальних меншин (однак вони можуть підпадати під категорію «інших», зазначену у відповідних положеннях Конституції України).
 - Жінки — статеві партнери СІН — не вказані як група ризику.
 - Працівниками комерційного сексу вважаються виключно жінки, жодного згадування про ЧСЧ, які також займаються комерційним сексом.
- Національні політики та програми з питань ВІЛ/СНІД приділяють недостатню увагу питанням насильства за гендерною ознакою.
 - Комплексні медичні послуги для жертв СГН не виписані в законодавстві з ВІЛ так само як не існує рекомендацій щодо клінічного ведення таких випадків і надання відповідних послуг.

²³ Розпорядження Кабінету Міністрів України від 13 квітня 2007 р. № 178-р «Про схвалення Концепції реформування соціальних послуг»; та Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 липня 2008 р. № 1052-р «Про затвердження плану дій з реалізації Концепції реформування системи соціальних послуг на період до 2012 року».

- Сексуальне насильство згадується лише одноразово, без жодних посилань щодо насильства за гендерною ознакою проти сексуальних меншин, трансгендерів чи чоловіків.
- Слабкий зв'язок між соціальними та медичними послугами на випадок насильства за гендерною ознакою.
- Обтяжливі вимоги до подання офіційної заяви відвертають жертв насильства за гендерною ознакою від свідчення про такі випадки та отримання ПКП.
- Покарання за насильство в сім'ї мають переважно грошовий характер, вражаючи таким чином всю сім'ю, а не власне особу, що скоїла його.
- Виконання та моніторинг Закону України «Про попередження насильства в сім'ї» досить обмежені, а державні службовці потребують додаткового навчання з питань СГН.
- Загальнодержавна Програма з ВІЛ/СНІД не містить окремого розділу про профілактику ВІЛ серед жінок та послуги репродуктивного здоров'я для ВІЛ-позитивних жінок (включаючи якість і доступність послуг репродуктивного здоров'я).
- Існує брак даних, особливо даних у розрізі за статтю, та відсутні офіційно погоджені дані щодо чисельності категорії ЧСЧ чи рівня поширеності ВІЛ серед ЧСЧ.

Прогаалини послуг

- Багато послуг підтримки у сфері ВІЛ та СГН, включаючи реабілітацію від наркозалежності, орієнтовані на чоловіків, утруднюючи доступ жінок.
- Програми тестування на ВІЛ, догляду та підтримки часто ефективніше охоплюють чоловіків ніж жінок.
- Сім'ї, які живуть в сільській місцевості, та маргіналізовані сім'ї мають обмежений доступ до послуг у випадку СГН,

Інші перепони

- Соціальні норми можуть наражати жінок та дівчат на підвищений ризик ВІЛ та створюють перепони в доступі до послуг.
 - Жінки-СГН часто виявляються останніми в групі споживачів наркотиків, хто користується спільними шприцями.
 - Острах стигми через ВІЛ може перешкоджати жінкам використовувати молочні суміші для немовлят.
 - Жінки можуть зіткнутися з опором від партнерів-чоловіків, коли намагаються отримати доступ до послуг, пов'язаних з ВІЛ.
 - Жінкам може бракувати необхідних ресурсів, щоб отримати такі послуги.
- НУО та урядові організації недостатньо обізнані з гендерних питань та не знають, як розробити відповідні програми підтримки.
- Міністерства, установи, постачальники послуг та громадянське суспільство недостатньо обізнані про потребу в програмах протидії СГН та відповідної спроможності щодо недопущення та протидії такому насильству.
- Жертви СГН не бажають свідчити про випадки СГН через стигму та / або острах перед правоохоронцями (які могли бути підбурювачами).
- Місцева влада демонструє стигму, дискримінацію та переслідування осіб та організацій.

У відповідях на питання про рівноправ'я статей та забезпечення послуг з врахуванням гендерного фактора, відчувалась, що основні респонденти, зазвичай, не розуміли, «що означає рівноправ'я статей», і вони вважали, що «рівноправ'я статей є західною концепцією, яка не вписується в українське суспільство». Хоча гендерна нерівність часто стосується негативного впливу на жінок, гендерний фактор не є лише питанням жінок. Фактор статі охоплює економічні, соціальні, політичні і культурні характерні риси і можливості стосовно того, що означає «бути чоловіком» чи «бути жінкою» (USAID, 2007). Гендерна нерівність може також охоплювати права ЛГБТ-спільноти і ЧСЧ. У положеннях Надзвичайного плану боротьби зі СНІДом Президента США визнається, що соціальна та економічна нерівність жінок і

чоловіків, а також шкідливі культурні норми і практики, що ґрунтуються на гендерній нерівності, сприяють уразливості жінок і чоловіків до ВІЛ.

Стаття 24 Конституції України констатує, що «громадяни мають рівні конституційні права і свободи та є рівними перед законом. Не може бути привілеїв чи обмежень за ознаками раси ..., статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, мовними або іншими ознаками».²⁴ Загальна правова та нормативна база України надає рівні права чоловікам і жінкам; однак, закони і нормативні акти не є єдиними чинниками визначення рівня гендерної рівності в суспільстві.

Дівчата та жінки

Надавачі медичних послуг і юристи відзначали, що багато послуг з лікування ВІЛ-інфекції та підтримки орієнтовано на чоловіків, оскільки послуги у сфері ВІЛ «спрямовані на задоволення потреб СІН загалом», і, як правило, вважається, що більшість СІН становлять чоловіки. Однак, важливо відзначити, що немає чіткої оцінки чисельності жінок СІН чи жінок - статевих партнерів СІН. Оскільки СІН, здебільшого, асоціюються з чоловіками, а деякі установи, такі як стаціонарні реабілітаційні центри і притулки, не мають ресурсів для забезпечення сприятливих умов життя для чоловіків і жінок в одній тій самій установі, жінки не розглядаються як цільові групи. Як зазначав представник НУО в Миколаївській області:

«Деякі уразливі жінки та дівчата лише формально отримують послуги, коли вони стають вагітними чи навіть коли йдуть народжувати. Жінки-партнери СІН, жінки з ПКС та вагітні жінки, принаймні, можливо, мали б мати спеціально розроблені програми для задоволення їх потреб, але жінки-статеві партнери СІН випадають з процесу».

Основні респонденти зазначали, що закони і нормативні акти не можуть вирішити питання деяких аспектів рівноправ'я статей і нерівності. Наприклад, соціальні норми й концепції підвищують рівень уразливості дівчат та жінок до ВІЛ-інфекції. Респонденти підкреслювали, що Україна «патріархальне суспільство» і, що шкідливі практики все ще превалюють серед жінок. Наприклад, жінки піддаються ризику примусового незахищеного сексу, а три респонденти відмітили, що на практиці соціальний порядок серед СІН є таким, що жінки є останніми, хто користується шприцом вже після того, як ним користувалися чоловіки.

Керівники НУО та організацій ЛЖВ в Миколаївській області також доповідали, що програми з тестування на ВІЛ-інфекцію, догляду та підтримки не є ефективними для охоплення жінок за різних причин. Наприклад, жінки в маленьких містах чи сільській місцевості стурбовані тим, що можуть піддаватися стигматизації через розкриття свого статусу. ВІЛ-позитивні жінки з немовлятами і малолітніми дітьми вагаються з використанням харчових сумішей для дітей, що надає державний заклад чи НУО, оскільки це викликатиме питання з боку їх сусідів, членів сім'ї, друзів щодо грудного годування.

Чоловіки іноді переконують своїх партнерок, що їм не слід звертатися за послугами; вони можуть не надавати їм можливості звертатися за послугами, погрожуючи їм застосуванням насильства, чи забороняти їм звертатися за послугами. Жінки з дітьми також стикаються з економічними перепонами на шляху до отримання послуг. Якщо жінка працює дома, вона може зіткнутися з перепонами, пов'язаними з доглядом за дитиною, щодо її участі в групах взаємодопомоги чи отримання інших послуг. В Миколаївській області, прогресивна програма намагається подолати такі перепони, працюючи зі статевими партнерами-чоловіками / чоловіками, спонукаючи їх приводити своїх партнерів на тестування та консультування і для надання їм послуг з профілактики ВІЛ та підтримки.

²⁴ Конституція України: Закон № 254к/96—ВР від 28 червня 1996 року (Стаття 24)

Чоловіки, що мають секс з чоловіками

Хоча стаття 14 Закону про ВІЛ/СНІД гарантує рівні права на правовий захист і забороняє дискримінацію щодо ЛЖВ та груп "високого ризику щодо ВІЛ-інфікування,²⁵ група ЧСЧ не чітко визначена як найуразливіша група в Законі про ВІЛ/СНІД, а також ці групи не згадуються у наступних Загальнодержавних програмах зі СНІД.²⁶ Групи ЧСЧ згадується лише один раз разом з оцінкою цілей, що викладено у Додатку до Закону. Фінансування цих заходів здійснюється виключно за використання гранту, наданого Глобальним фондом.

На основі огляду нормативно-правових документів, ЧСЧ згадуються як уразлива група лише у двох інших документах, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом: (1) Порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протоколу), що містить конкретні процедури надання ДКТ ЧСЧ, ув'язненим та іншим конкретним групам населення²⁷; а також (2) спільному наказі міністерств, що містить докладний опис стандартів надання соціальних послуг ГНР і визначає ЧСЧ як основну цільову групу, яку охоплюють такі стандарти.²⁸ Для прийняття обґрунтованих рішень і ефективного планування послуг різним ГНР, міжнародні положення рекомендують збір точних даних щодо чисельності груп такого населення та поширеності. Як зазначалося раніше, сьогодні рівень узгодження оцінки чисельності населення та поширеності ВІЛ серед ЧСЧ в Україні недостатній.

Як наводилось вище,²⁹ один основний респондент висловлював стурбованість, що відсутність у ЛГБТ-спільноти гарантованих рівних конституційних і реальних юридичних прав зумовлює недостатній захист від дискримінації. Цей керівник НУО відмічав, що «організації було б легше і ЛГБТ-спільноті, якщо б у нас була основа, на якій би ґрунтувалась наша діяльність і наша активна роль у впровадженні Загальнодержавної програми зі СНІДу».

Випадки порушення прав людини, порушення конституційних прав і переслідування ЧСЧ документували НУО та групи спільноти. Представники НУО ЛГБТ в Україні повідомляли про свій досвід як об'єктів переслідування за звинуваченням у «сприянні гомосексуалізму». Керівник цієї НУО підкреслював, що:

«Коли ЧСЧ-спільнота отримує деякі погрози, або стосовно спільноти здійснюються грубі правопорушення, члени спільноти не можуть звернутися за допомогою до міліції чи органів правосуддя. Міліція часто сама є серед тих, хто переслідує нашу спільноту ... Якщо групи ЧСЧ не мають нормативно-правової бази, то вони не мають статусу та їх права є незахищеними»

Миколаївська місцева НУО висунула цивільний позов проти місцевих органів влади через заборону організації ЛГБТ проводити спортивно-розважальний захід. Суд постановив, що місцеві органи влади не мали права забороняти проведення заходу. Після прийняття рішення, місто направило до місцевої НУО лист, підписаний мером, зазначаючи, що, незважаючи на рішення суду, місто буде, як і раніше, забороняти проведення подібних заходів, щоб «запобігати правопорушенням, злочинам і масовим заворушенням».³⁰

²⁵ Закон України № 2861-VI від грудня 2010 року

²⁶ Закон України № 1026-VI від 19 лютого 2009 року «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки» <http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/global/Zakon%20Ukrainu.indd.pdf>

²⁷ Наказ МОЗ № 415 від 19 серпня 2005 року «Про удосконалення добровільного консультування й тестування на ВІЛ-інфекцію»

²⁸ Спільний Наказ МСМС, МПСП і МОЗ № 3123/275/770 від 13 вересня 2010 року «Про затвердження стандартів надання соціальних послуг представникам груп ризику»

²⁹ Див. стор. 9

³⁰ Лист мера міста Миколаєва до Миколаївської Асоціації геїв, лесбіянок і бісексуалів «Ліга» від 17.01.2011 року стосовно листа № 14397/510-14-15

Миколаївська НУО активно документує окремі ситуації і часто реєструє скарги, які залишаються без відповіді. Представники цієї НУО повідомляли про те, що її дискотеці погрожували, її фотовиставка була заблокована, а фотографії викрадені, і що багато хто з її робітників отримували погрози на свою адресу. Керівник організації зазначив, що коли когось жорстоко поб'ють в місті, міліція збирає всіх робітників їх організації і допитує, не повідомляючи причин. Міліція також втручається в роз'яснювальну діяльність організації, погрожуючи клієнтам.

Включення ЧСЧ як ГНР в Рамковий документ між урядом США та урядом України є значним кроком вперед у забезпеченні більшої уваги питанням надання соціальних послуг і медичних послуг з урахуванням гендерного фактора групам ЧСЧ (уряд США і уряд України, 2011 рік).

Працівники комерційного сексу

Працівники комерційного сексу включені як соціальна група найвищого ризику ГНР в Державну програму зі СНІДу без визначення чоловічих чи жіночих гендерних ролей. Кілька НУО надають консультації та медичні послуги працівникам комерційного сексу, зокрема жінкам з ПКС. У процесі інтерв'ю з основними респондентами було очевидно, що працівником комерційного сексу, як правило, вважається жінка. Враховуючи рівень дискримінації щодо ЛГБТ-спільноти, не було жодної згадки про конкретні програм для ПКС, які також є ЧСЧ. Дві НУО, що надають послуги цій групі населення відзначили, що вони стикаються з обмеженнями у наданні послуг ПКС, які ще не мають правового статусу дорослих. Ці організації вагаються надавати послуги у зв'язку зі скаргами, що вони «сприяють поширенню проституції». Основні респонденти відзначили, що декриміналізація комерційного секс-бізнесу (що було змінено на адміністративне правопорушення)³¹ багато років тому мала своїм наслідком зменшення кількості контактів з міліцією і зниження ймовірності проявів насильства чи образ з боку міліції.

Гендерне насильство

СГН — це «будь-який небезпечний акт, що здійснюється проти волі особи та ґрунтується на різниці соціального (гендерного) характеру між чоловіками та жінками (Міжвідомчий постійний комітет ООН (МПК), 2005)». В Україні прийнято суворі державні закони, які забороняють сексуальне та домашнє насильство чи насильство в сім'ї, особливо стосовно дітей, але майже не приділяється увага сексуальному насильству в межах державних стратегій і програм з ВІЛ/СНІДу. Коротка згадка про сексуальне насильство стосується лише жінок. У законах і нормативно-правових актах не виокремлюються сексуальні меншини, транссексуали і насильство, як і не згадується про сексуальне насильство серед чоловіків. Єдина згадка про сексуальне насильство в законодавчій та нормативно-правовій базі у сфері ВІЛ міститься у положенні статті 4 Закону про ВІЛ/СНІД, що гарантує «вільний доступ до постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції для осіб, які наражалися на ризик ВІЛ-інфікування внаслідок сексуальної експлуатації, виконання професійних обов'язків чи інших випадків, включно з відповідним консультуванням в межах процедури, затвердженої спеціально уповноваженим центральним виконавчим органом охорони здоров'я».³² У законодавстві стосовно ВІЛ немає докладного опису повноцінних послуг з охорони здоров'я для тих, хто пережив сексуальне насильство, а також немає клінічних рекомендацій з надання послуг тим, хто пережив гендерне насильство.

Можливості урядових міністерств, організацій, надавачів послуг і цивільного суспільства недостатні для запобігання та реагування на випадки сексуального насильства. Підсумовуючи результати спостережень у періодичному звіті Комітету з ліквідації всіх форм дискримінації

³¹Постанова Верховної Ради СРСР № 8073-Х від 07.12.1984 року Кодекс України про адміністративні правопорушення із змінами та доповненнями, внесеними статтею 181-1 відповідно до Постанови Президії Верховної Ради СРСР від 12.06.1987 року із змінами та доповненнями, внесеними Законом України № 55/97-ВР від 07.02.1997 року

³² Закон України № 2861-VI від грудня 2010 року

щодо жінок (CEDAW) України у 2010 році³³, висловлювалось постійне занепокоєння відсутністю достатніх доказів ефективного впровадження Закону України «Про попередження насильства в сім'ї».³⁴ У звіті також висловлювалося занепокоєння з приводу покарань, які встановлювали суди для осіб, звинувачених у насильстві в сім'ї, що в основному, зводилося до стягнення грошових штрафів. Комітет CEDAW назвав цей вид покарання «дуже неефективним... оскільки він поширюється не на самого злочинця, а на сім'ю в цілому».³⁵ Крім того, у звіті вказувалося, що ступінь насильства над особами різної статі не документується. Рекомендації, надані у звіті, передбачали значну потребу в статистичних даних у сфері сексуального насильства з розподілом за статтю, даних моніторингу за впровадженням закону, проведенні тренінгів для посадових осіб з питань насильства, забезпеченні доступу до послуг сільським та іншим ізольованим сім'ям, а також у забезпеченні ефективних покарань за звинуваченням у насильстві в сім'ї.

Незважаючи на наявність державних програм, які проводить колишній МСМС, рівень поінформованості про потребу розробки програм у сфері сексуального насильства серед надавачів медичних послуг і деяких НУО низький. Один надавач послуг зазначав, що «немає потреби в допомозі тим, хто пережив сексуальне насильство на нашій малій території». Замість відкритого обговорення та визнання потреби в послугах із запобігання сексуальному насильству в уразливих сім'ях, деякі основні респонденти жартували з цього приводу та стверджували, що «випадків насилля над чоловіками більше, ніж над жінками». Один представник Миколаївської НУО, яка впроваджує прогресивні рішення для сімей, зазначав, що, хоча він зосереджений на послугах для жінок, він часто встановлює контакт із жінками через їх чоловіків/партнерів. Надаючи первинну допомогу через чоловіків, він консулює чоловіків та обговорює такі питання, як домашнє насильство й насильство над сексуальним партнером, що якнайкраще відповідає кращим міжнародним практикам, які стоять на позиції того, аби програми протидії СГН працювали як із чоловіками так і з жінками. Зазвичай, наша команда відмічала пробіли у зв'язках між соціальними та медичними послугами, включно з тими, що надаються у сфері СГН.

Деякі основні респонденти, зазначали, що наявні інструкції містять докладну інформацію про великий обсяг документації та досліджень, необхідних, щоб офіційно повідомляти про сексуальне насильство й надати ПКП — і ці вимоги є значною перешкодою на шляху надання тим, хто пережив сексуальне насильство, послуг з лікування та підтримки. Ці респонденти зазначали, що масштабні юридичні вимоги стосовно забезпечення правосуддя у сфері сексуального насильства, фактично, можуть закріпити його. Ті, хто пережив сексуальне насильство часто не бажають повідомляти про випадки сексуального насильства через «упереджене ставлення до жертви насилля». Представники НУО пояснювали, що жінки побоюються, щоб їх не кваліфікували як працівників комерційного сексу, чи щоб до них погано ставилися в міліції. Представник Миколаївської НУО зазначав, що секс-меншини й транссексуали побоюються повідомляти міліцію про випадки сексуального насильства, оскільки міліція також буває ініціатором фізичного та сексуального насильства. На запитання, чи вони пропонують ПКП особам, які повідомляють про сексуальне насильство, надавачі відповідали, що багато тих, хто пережив сексуальне насильство, не погоджуються проходити чи продовжувати проходити повний курс ПКП через токсичність і побічну дію препаратів, тому «насправді немає потреби це обговорювати».

³³ Заключні спостереження Комітету з ліквідації всіх форм дискримінації жінок ООН до 6-ої і 7-ої періодичної доповіді України на 4-ій сесії; 18 січня — 5 лютого 2010 року

³⁴ Закон України № 2789-III від 15.11.2001 року «Про попередження насильства в сім'ї»

³⁵ Заклучні спостереження Комітету з ліквідації всіх форм дискримінації жінок ООН до 6-ої і 7-ої періодичної доповіді України на 4-ій сесії; 18 січня — 5 лютого 2010 року

Споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН)

Команда спеціалістів програми НРР з оцінки розглянула 30 українських законів, стратегій, протоколів та стандартів, що мають вплив на доступ СІН до програм обміну шприців та голок, а також замісної підтримувальної терапії. Під час оцінки також було розглянуто відповідні міністерства залучені до процесу надання замісної підтримувальної терапії (тобто замісної підтримуючої терапії агоністами опіоїдів), щоб краще зрозуміти їхній вплив на державну медичну політику щодо профілактики споживання наркотиків та здійснення замісної підтримувальної терапії. До огляду політики було також включено закони щодо споживання наркотичних засобів та зберігання наркотичних засобів та інструментів для їх споживання. Під час оцінки було також розглянуто нормативно-правову базу стосовно будь-яких вимог щодо доступу до лікування наркотичної залежності або АРТ, які обмежують чи негативно впливають на можливість доступу СІН до послуг.

Стислий огляд результатів

Споживачі ін'єкційних наркотиків

Сильні сторони

- СІН чітко визначені ключовою групою ризику в нормативно-правових документах та процесах надання послуг.
- Закон про ВІЛ/СНІД від 2010 року та Загальнодержавна Програма з ВІЛ/СНІД від 2009 року підтримують обмін та розповсюдження голок і шприців.
- Протокол АРТ для СІН та нормативно-правові акти засвідчують, що клієнтові не може бути відмовлено в доступі до АРТ на підставі споживання ін'єкційних наркотиків, а також наголошують, що ЗПТ може посилити прихильність до АРТ.

Прогаляни політики

- Відсутній центральний орган, відповідальний за організацію та виконання програм для СІН.
- Дані щодо СІН на визнані офіційно, тому не можуть офіційно використовуватись у ході планування та розподілу ресурсів.
- Останні зміни, внесені до нормативно-правових актів, що регулюють питання володіння чи зберігання наркотичних речовин, відштовхують СІН від здавання та обміну використаних шприців та наражають на небезпеку працівників програм зменшення шкоди, які перевозять використані шприци.
- Відсутня чітка стратегія утилізації використаних голок і шприців, які зібрані через програми обміну та розповсюдження поза межами державних медичних закладів.
- Програми обміну та розповсюдження голок на базі аптек залишаються експериментальними та не мають можливості проводити збір шприців через заборону, встановлену нормативно-правовими актами санітарно епідемічної служби.
- МОЗ ще не затвердив синдромного лікування ІПСШ, незважаючи на наявність численних проектів протоколів.
- Загальнодержавна Програма з ВІЛ/СНІД не передбачає спеціальних програм, націлених на статевих партнерів СІН.
- Проходження офіційного лікування може обернутися для СІН його / її звільненням з роботи чи виключенням з освітнього закладу чи програми.

Прогаляни послуг

- Переважно вважається, що СІН — це чоловіки, таким чином жінки-СІН не мають повноцінного доступу до послуг.

Інші перепони

- Співпраця між міністерствами обмежена (дивись розділ про ЗПТ для більш детального викладу).

Замісна Підтримувальна Терапія

Сильні сторони

- Нормативно-правова база забезпечує сильне підґрунтя для ЗПТ (заходи зменшення шкоди виконуються вже впродовж 15 років).
- МОЗ сформував нову робочу групу з питань ЗПТ.

Прогалини політики

- Законодавчій та нормативній базі з питань ЗПТ бракує достатньої деталізації та не існує комплексної стратегії надання послуг зменшення шкоди.
- Не передбачено фінансування на потреби ЗПТ з державного бюджету — кошти надходять лише через грант Глобального Фонду та Проект SUNRISE, що підтримується USAID.
- Нормативно-правові акти (наприклад, щодо обмеження віку) різняться, залежно від певного міністерства чи рівня, на якому вони видані.
- Керівництво зі зберігання, дозування та безпеки не є ні достатньо поширеним явищем, ні частиною обов'язкової підготовки для медичних працівників.
- Не існує нормативно-правових актів, що регулюють видачу та облік метадону в рідкій формі, який офіційно дозволено до використання, однак не закуповується державними коштами.
- Відсутні положення, що дозволяли б клієнтам ЗПТ продовжувати терапію під час ув'язнення, або ув'язненим починати курс ЗПТ під час їх перебування в місцях позбавлення волі.
- Процес отримання дозволів на розповсюдження препаратів пов'язаний із тривалими затримками.
- Клієнти, які потребують лікування на дому, не мають доступу до ЗПТ.
- Клієнти, госпіталізовані до закладів, що не надають ЗПТ, мають обмежений доступ до ЗПТ.
- Нормативно-правові акти, що стосуються ЗПТ, вимагають реєстрації клієнтів у клініках ЗПТ (раніше клієнти могли залишатись анонімними).
- Складні вимоги ліцензування щодо ЗПТ та обтяжливі вимоги щодо документації та звітності обмежують кількість пунктів надання послуг ЗПТ та знижують якість таких послуг.
- «Позапланові» перевірки пунктів ЗПТ ускладнюють процес надання цих послуг, оскільки присутність офіційних осіб та допити клієнтів відштовхують останніх від користування послугами ЗПТ та перешкоджають лікуванню.

Прогалини послуг

- Наявність ЗПТ є недостатньою, що відбивається на рівні прихильності до АРТ серед СІН, який і так низький.

Інші перепони

- Процеси надання послуг ЗПТ залишаються вкрай суперечливими; все ще трапляються конфліктні ситуації з цього приводу у стосунках медичних служб, прокуратури та міліції.
- Деякі наркологи не бажають брати на себе додаткове робоче навантаження або / чи переймаються через те, що ЗПТ зменшить попит на традиційні послуги наркології.
- Місцеві органи влади та правоохоронні служби створили неправомірні перепони та труднощі у справі надання ЗПТ (наприклад, змушуючи лікарів розкривати конфіденційну інформацію про пацієнтів).

Гепатит

Сильні сторони

- Існують клінічні протоколи для гепатитів В та С.

Прогалини політики

- Розробку національної програми вакцинації та лікування вірусного гепатиту щойно розпочато.
- Відсутня стійка система, національна програма та державне фінансування на потреби профілактики, діагностування лікування вірусного гепатиту.
- Нормативно-правові акти не передбачають обов'язкової вакцинації проти гепатиту В (навіть для медичного персоналу).
- Обмежені можливості діагностування гепатиту та відсутнє фінансування на потреби його лікування.
- Лише гострі випадки захворювання реєструються а у випадках хронічного захворювання не проводиться моніторинг.
- Бракує даних регіонального рівня для інформаційного забезпечення національної програми.

Загальний стан політики щодо СН

Хоча протягом останніх трьох років, за даними звітів, статевий шлях передачі ВІЛ посідав перше місце, СН досі залишаються рушійною силою концентрованої епідемії в Україні. За даними оцінок соціологічного дослідження, кількість СН в Україні становить від 230 000 до 360 000 осіб, близько 175 000 з яких страждають на опіїдну залежність. Виходячи з такої оціночної кількості СН, рекомендовано рівень охоплення 290 000 осіб програмами з профілактики ВІЛ (Аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження «Оцінка чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ в Україні» станом на 2009 рік). Для забезпечення універсального доступу СН до профілактики, лікування, догляду та піклування, необхідний всебічний підхід до надання медичних та соціальних послуг.

Згідно з міжнародними рекомендаціями ВООЗ, Управління ООН з наркотиків та злочинності, ЮНЕЙДС та інших міжнародних агенцій, всебічні програми, спрямовані на задоволення потреб СН, мають включати наступні компоненти:

1. Програми розповсюдження та обміну шприців та голочок.
2. Замісну терапію опіїдної залежності та інші різновиди лікування наркозалежності.
3. КТВ
4. АРТ
5. Профілактику та лікування ПСШ.
6. Програми розповсюдження презервативів для СН та їх сексуальних партнерів.
7. Цільові програми в галузі розповсюдження інформації, підвищення рівня обізнаності, інформування громадськості, спрямовані на СН та їх сексуальних партнерів.
8. Вакцинацію, діагностику та лікування вірусних гепатитів.
9. Вакцинацію, діагностику та лікування туберкульозу.

Аналіз нормативно-правової бази було проведено стосовно з урахуванням міжнародних рекомендацій щодо вищевказаних компонентів, деякі з яких охарактеризовано зазначено нижче.

Загалом, програми, пов'язані з ВІЛ, орієнтовані на СН, визнано пріоритетними в національній політиці. У Загальнодержавній програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки СН визначено, як одну з груп високого ризику інфікування ВІЛ, а також зазначено необхідність надання їм медичних та соціальних послуг. Однією з цілей програми є забезпечення 60 відсотків СН

відповідними послугами. Було розроблено стандарти та методичні рекомендації щодо надання СН медичних та соціальних послуг, пов'язаних з ВІЛ.

Проте, важливо відмітити, що не зовсім зрозуміло, який з органів виконавчої влади несе відповідальність за здійснення програм для СН. У Загальнодержавній програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки СН визначено, що відповідальними мають бути Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту, а також Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді, яка підпорядкована Міністерству України у справах сім'ї, молоді та спорту. Проте, це міністерство було реорганізовано, а його функції наразі перерозподіляються в рамках адміністративної реформи.^{36,37} Хоча послуги зменшення шкоди згадуються в законодавстві України та різних нормативно-правових актах, а також надаються в різній формі вже впродовж останніх 15 років, на державному рівні все ще не прийнято стратегії надання послуг зменшення шкоди. Стандарти надання таких послуг вже пройшли процеси розробки та ухвалення, однак стратегія, що містила б виклад заходів, розрахункові дані щодо чисельності уразливих груп та відповідні цілі охоплення, все ще відсутня. Ключові респонденти відзначали, що наразі планується створити робочу групу з питань розробки стратегії та підготовки її до погодження та ухвалення на рівні міністерств цього року.

Хоча соціологічні дослідження було проведено для оцінки кількості різних груп ризику, включаючи СН, ці дослідження було проведено не за замовленням уряду, в результаті чого отримані дані не було офіційно визнано урядом України.³⁸ Ці дані не враховано в процесі формування цілей Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки (Загальнодержавній програмі з протидії ВІЛ/СНІДу) та визначення необхідного фінансування з державного бюджету.

Процес надання медичних послуг СН визначено в клінічних протоколах та стандартах з догляду, затверджених в наказі МОЗ.³⁹ В цих документах визначено курс дій для різних лікарів, але не відображено відповідні механізми організаційної співпраці між різними медичними закладами (зокрема, центрами СНІДу, наркодиспансерами, тубдиспансерами, поліклініками та ін.). Створення інтегрованих центрів з надання послуг, яке зазначено, як одне з основних завдань Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки, ще й досі не завершено. Декілька ключових респондентів відзначили, що ці питання мають бути вирішені в рамках основної стратегії реформи в сфері охорони здоров'я.

Програми з розповсюдження та обміну голоч і шприців

Програма розповсюдження та обміну голоч і шприців є обов'язковим компонентом базових послуг з профілактики ВІЛ або зменшення шкоди для СН. Ця програма офіційно дозволена і підтримується новим законом про ВІЛ/СНІД, а також Загальнодержавною програмою з протидії ВІЛ/СНІДу 2009 року. Перелік послуг, що надаються у пунктах обміну шприців та голоч, штатний розклад, та умови надання цих послуг викладено в стандартах соціальних

³⁶Указ Президента України №1085/2010 від 9.12.2010 «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади»

³⁷Питання щодо передачі повноважень та функцій Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту новоствореним органам уряду досі не зрозуміле.

³⁸Наразі в Україні укладання домовленостей щодо оціночної кількості груп ризику інфікування ВІЛ відбувається під час обговорень на зустрічах зацікавлених сторін та на засіданнях Національної координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ/СНІДу. Незважаючи на те, що вони певною мірою дійшли згоди щодо оціночної кількості груп ризику, цього недостатньо, щоб вважати такі дані офіційними.

³⁹Наказ МОЗ № 476 від 19.08.2008 «Про затвердження Стандарту лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків»; та Наказ МОЗ №276 від 28.05.2008 «Про затвердження клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання - туберкульоз та ВІЛ-інфекцію»; та Наказ МОЗ № 551 від 12.07.2010 «Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків».

послуг. Захист конфіденційності клієнта та відповідності етичним нормам є обов'язковими вимогами надання соціальних послуг СІН та закріплені в стандартах з надання соціальних та медичних послуг.⁴⁰

За законом уряд, приватний сектор та громадянські організації мають право здійснювати програми обміну та розповсюдження голочок і шприців для СІН.⁴¹ Втім, програми розповсюдження та обміну шприців, використаних СІН, на базі аптек досі знаходяться на експериментальній стадії.⁴² Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД намагався запровадити програму обміну голочок та шприців на базі аптек. Хоча аптеки можуть розповсюджувати шприци, вони не можуть збирати використані шприци, бо за вимогами державної санітарно-епідеміологічної служби це не припустимо, оскільки обмін голочок і шприців є надто небезпечним в такому «публічному місці».

Наразі не існує чіткої стратегії щодо утилізації та дезінфекції або знищення використаних шприців та голочок, зібраних поза межами державних закладів охорони здоров'я. Хоча медичні заклади мають чіткі протоколи та рекомендації з їх розповсюдження, немає жодних вимог до медичних закладів щодо прийому використаних шприців від НУО. Замість цього НУО мають укладати договори з медичними закладами, вони мають придбати необхідні засоби для знищення або дезінфекції шприців, або мають укласти договір з комерційними службами з утилізації.⁴³

Серед НУО зростає занепокоєння щодо нового наказу МОЗ «Про визначення невеликих, великих та особливо великих кількостей наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, що перебувають у незаконному обігу», в якому максимально допустимий поріг зберігання опіоїдів, який тягне за собою кримінальну відповідальність, знижено до такої кількості, яка залишається в шприці після ін'єкції.⁴⁴ Ключові респонденти з НУО, а також надавачі послуг з державних медичних закладів пояснили, що це перешкоджає програмам зменшення шкоди, оскільки деякі клієнти бояться віддавати свої використані шприци. СІН можуть приходити, щоб отримати чисті шприци, але не хочуть, щоб їх упіймали з використаними. Перевезення використаних шприців соціальними робітниками також може бути небезпечним у відповідності до цього закону. Працівники програм зменшення шкоди мають спеціальні сертифікати, в яких зазначено, що вони працюють в цій сфері, для того, щоб уникнути переслідування.

Замісна підтримувальна терапія (замісна терапія опіоїдної залежності)

ЗПТ — це не окрема ініціатива, а один з ключових елементів подолання ВІЛ/СНІДу в Україні. Без надання медичних та соціальних послуг СІН, було б неможливо стримувати поширення епідемії ВІЛ. Інформація, підтримка та лікування, що надаються в рамках Програм ЗПТ є необхідними для зниження впливу СІН на розвиток епідемії в Україні. До того ж, надання замісної підтримувальної терапії може суттєво зменшити самостійне та колективне використання голочок, що є одним з видів ризикованої поведінки, розповсюдженої в колі СІН та одним з основних шляхів передачі ВІЛ.

Станом на 1 лютого 2011 року, за даними МОЗ, 6 044 наркозалежні пацієнти отримують ЗПТ, з них 2 722 особи (45%) є ВІЛ-позитивними, 3 147 осіб (52%) хворі на вірусні гепатити (В та/чи

⁴⁰Спільний наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства праці та соціальної політики України, МОЗ України № 3123/275/770 від 13.09.2010 «Про затвердження стандартів надання соціальних послуг представникам груп ризику», Стандарт надання соціальних послуг хворим з потрійним діагнозом (ВІЛ-інфекція, туберкульоз, залежність від наркотичних речовин); та Наказ МОЗ України № 476 від 19.08.2008 (див. вище).

⁴¹ Закон України №1972-ХІІ від 12.12.1991 «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини(ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» в редакції Закону №2861-VI від 23.12.2010.

⁴²Наказ МОЗ № 56 від 03.02.2009 «Про організацію пілотного проекту щодо обміну використаних шприців».

⁴³ Наказ МОЗ № 223 від 22.10.1993 «Про збір, знезараження та здачу використаних медичних виробів одноразового застосування із пластичних мас»

⁴⁴Наказ МОЗ № 634 від 29.07.2010 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 01.08.2000 № 188».

С), та 1 024 особи (16,9%) хворі на туберкульоз. Програму ЗПТ реалізують 127 медичних закладів (наркодиспансери, центри СНІДу, тубдиспансери) (Міністерство Охорони Здоров'я, 2011 рік).

ЗПТ було започатковано в Україні за Указом Президента України⁴⁵ та двома наказами МОЗ⁴⁶, що дозволяють надання метадону та бупренорфіну особам, що мають опіоїдну залежність, в державних та недержавних установах. З самої назви цього указу та наказів можна зрозуміти наскільки складними є бюрократичні перешкоди, які довелося подолати при впровадженні концепції медикаментозного лікування та ухваленні проектів цих наказів. Хоча впровадженням замісної підтримувальної терапії займається МОЗ, до затвердження даних наказів залучено правоохоронні органи. Це основоположні документи, оскільки в них визначено розуміння і офіційне визнання урядом переваг стратегії зменшення шкоди. Хоча програма замісної підтримувальної терапії привернула увагу та має підтримку з боку уряду, вона ніколи не фінансувалася з державного бюджету, вона й досі цілковито залежить від фінансування, що надається в рамках гранту Глобального фонду та від USAID. Після створення в МОЗ робочої групи та заяви МОЗ про те, що ЗПТ є частиною національної відповіді на ВІЛ, уряд продовжує виявляти зацікавленість та певною мірою підтримує ЗПТ.

Існує достатня кількість правових норм для реалізації національної програми замісної підтримувальної терапії, проте, ці норми не можуть бути узгоджені міністерствами на різних рівнях, оскільки є недостатньо деталізованими, і через це можуть мати різне тлумачення. Одним з прикладів неузгодженості та потенційно невизначених обмежень щодо клієнтів замісної підтримувальної терапії, є питання надання ЗПТ СНІ у віці до 18 років. У відповідності до норм на національному рівні, немає жодних вікових обмежень для клієнтів замісної підтримувальної терапії;⁴⁷ проте, нормами на муніципальному та регіональному рівні може бути передбачене вікове обмеження для отримання замісної підтримувальної терапії для осіб до 18 років. Головне управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації не дозволяє надавати послуги замісної підтримувальної терапії наркозалежним особам віком до 18 років.⁴⁸

Метадон та бупренорфін зареєстровані в Україні, як ліки для надання замісної терапії опіоїдної залежності у відповідних програмах.⁴⁹ Один з бар'єрів, які можуть потенційно чинити перешкоди провадженню замісної підтримувальної терапії пов'язаний з участю в процесі і розумінням проблеми різних міністерств, включаючи МВС, які беруть участь у нормативно-правовому регулюванні та наданні послуг замісної підтримувальної терапії. Існує занепокоєння з приводу того, що ліки, які використовуються і програмах замісної підтримувальної терапії, можуть потрапити на незаконний ринок наркотиків, або не будуть безпечно і відповідним чином зберігатися. Незважаючи на те, що медичні картки клієнтів та інша медична інформація клієнтів замісної підтримувальної терапії мають бути конфіденційними,⁵⁰ з усієї країни надходили численні повідомлення про те, що представники

⁴⁵Указ Президента України №1208/2007 від 12.12.2007 «Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні», (Стаття 3, Параграф 2).

⁴⁶Наказ МОЗ № 827 від 13.12.2006 «Про затвердження графіку розподілу препарату «Еднок» для закладів охорони здоров'я, в яких проводиться замісна підтримуюча терапія»; та Наказ МОЗ № 295 від 04.06.2007 «Про затвердження графіків розподілу препаратів «Еднок» (бупренорфіну гідрохлорид) і «Метадол» (метадону гідрохлорид)».

⁴⁷Наказ МОЗ № 645 від 10.11.2008 «Про затвердження методичних рекомендацій «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні із синдромом залежності від опіоїдів».

⁴⁸Спільний наказ Головного управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації та МОЗ № 593 від 09.11.2005 «Про провадження замісної підтримуючої терапії для осіб, що мають опіоїдну залежність та ВІЛ-інфекцію на базі Київської міської клінічної лікарні №5».

⁴⁹Постанова КМУ № 333 від 25.03.2009 «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і виробі медичного призначення»; Наказ МОЗ №631 від 29.07.2010 «Про затвердження Змін та доповнень до Переліку лікарських засобів вітчизняного та іноземного виробництва, які можуть закуповувати заклади й установи охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів»; Наказ МОЗ № 645 від 10.11.2008 «Про затвердження методичних рекомендацій «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні із синдромом залежності від опіоїдів».

⁵⁰Цивільний кодекс України, Глава 21, Стаття 286 «Право на таємницю про стан здоров'я».

МВС вимагали інформацію про клієнтів замісної підтримувальної терапії в січні 2011 року. Ще одним прикладом необхідності співпраці між міністерствами може бути відсутність положень, що дозволяють пацієнтам, які отримували ЗПТ до ув'язнення, продовжувати отримувати його протягом перебування в місцях позбавлення волі, або ж починати отримувати ЗПТ під час перебування в тюрмах.⁵¹

Забезпечення безпеки використання метадону

Методичні рекомендації щодо зберігання, дозування та забезпечення безпеки не розповсюджені достатньо широко та досі не є обов'язковою частиною підготовки медичних працівників. В результаті цього виникають певні непорозуміння і підозри щодо незаконного обігу наркотиків серед клієнтів та медичних працівників. Існують положення щодо зберігання та розповсюдження метадону в формі таблеток, але немає чітких правил в наявних методичних рекомендаціях щодо метадону у формі розчину для перорального застосування.⁵² Ключові респонденти виявили зацікавлення у використанні метадону у формі розчину для перорального застосування («рідкого метадону») з метою попередження крадіжок та незаконного привласнення. Хоча метадон у рідкій формі офіційно зареєстровано в Україні, його майже не закупають. Метадон у рідкій формі важче викрасти та пустити в незаконний обіг порівняно з метадоном у формі таблеток. До перешкод для використання рідкого метадону можна віднести відсутність нормативно-правових актів і методичних рекомендацій щодо використання та призначення метадону у рідкій формі, а також утилізації чи знищення рідкого метадону, термін дії якого вже вийшов, а також відсутність відповідних насосів-дозаторів та пробірок для зберігання та приготування доз рідкого метадону.

Доступ клієнтів

Хоча у відповідності до первісних положень щодо замісної підтримувальної терапії було дозволено анонімну участь в програмах (клієнти не мали реєструватися), поточні положення вимагають обов'язкову реєстрацію клієнтів в медичному закладі, де вони отримують ЗПТ. Асоціація Наркологів України рекомендує, що для того, щоб клієнти змогли отримувати ЗПТ, вони мають пройти програму реабілітації або інший вид лікування наркозалежності щонайменше тричі. На час проведення цієї оцінки, офіційні вимоги щодо включення клієнтів до програм ЗПТ ще не були затверджені нормативним документом. Один з ключових респондентів розповів, що дотримання цієї частини методичних рекомендацій не досить активно відстежується, і що це «не рідкість, коли клієнти отримують ЗПТ без попередніх спроб пройти інші види лікування».

Додатковою перешкодою є кількість і географічне розташування закладів, що надають ЗПТ. Якщо клієнту необхідне лікування на дому, або він/вона немає можливості виходити з дому, клієнт позбавлений можливості отримувати ЗПТ. Ключові респонденти повідомили, що, у рідкісних випадках заклади можуть видавати дозу для клієнта одному з членів його/її родини або ж передавати з медичним працівником та охоронцем клієнту додому. Така практика не дозволяється та не регламентується ні законодавством ні нормативними актами. До того ж, якщо клієнт перебуває в лікарні або іншому медичному закладі, що не надає послуг замісної підтримувальної терапії, його можливість отримувати ЗПТ буде залежати від того, чи має медичний заклад відповідну ліцензію для надання такого лікування, або ж від здатності клієнта самостійно пересуватися між цими двома закладами. Нещодавно, МОЗ прийняв наказ від 22.03.2011 №150 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 19.07.2005 №360», яким дозволив виписку метадону по рецептам. Таким чином, метадон в рідкій формі можна отримати із аптек на підставі рецепта.⁵³

⁵¹ Наказ МОЗ № 645 від 10.11.2008.

⁵² Постанова КМУ №589 від «Про затвердження порядку провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом» (зареєстрована Міністерством Юстиції України 27.05.2010 під номером 347/17642).

⁵³ Наказ МОЗ від 22.03.2011 №150 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 19.07.2005 №360»

Надавачі послуг ЗПТ

Хоча за законом ЗПТ можуть надавати як громадський, так і приватний сектори, існують складні вимоги щодо ліцензування такої діяльності, через які багато організацій та медичних закладів відмовляються брати участь в наданні замісної підтримувальної терапії. На додаток до наркодиспансерів деякі тубдиспансери також надають ЗПТ агоністами опіоїдів наркозалежним особам. Наприклад, в Миколаєві, за даними респондентів, ЗПТ агоністами опіоїдів надається і в наркодиспансерах, і в тубдиспансерах. Наркологи також стикаються з перешкодами в наданні високоякісних послуг з приділенням уваги пацієнтам. Ключові респонденти відмітили, що наркологи «мають приділяти більше часу роботі з документацією та паперами, аніж пацієнтам». Також вони відмітили, що наркологи стикаються із певними обмеженнями на лікарську практику. Наприклад, для того, щоб підібрати для клієнта оптимальну дозу метадону та/чи бупренорфіну, наркологи мають підготувати та підписати велику кількість необхідних документів, що може негативно вплинути на якість догляду за пацієнтами.

Ключові респонденти стверджують, що конфлікти між медичними закладами, прокуратурою та міліцією з приводу послуг замісної підтримувальної терапії продовжуються. Стає все складніше надавати послуги замісної підтримувальної терапії в умовах постійних перевірок медичних закладів, які можуть проводитись в будь-який час. Присутність представників влади під час перевірок та допити клієнтів перешкоджають лікуванню.

Антиретровірусне лікування для СІН

Кількість активних СІН, які проходять лікування, складало лише 7,5 відсотків від загальної кількості пацієнтів, що отримували АРТ у 2009 році. національний Звіт до Генеральної Асамблеї ООН засвідчив, що низька статистика лікування пояснюється проблемами з прихильністю до лікування, пов'язаними із недостатньою наявністю замісної підтримувальної терапії (МОЗ України, 2010 рік). Ключові респонденти також відзначали обмеженість доступу ЛЖВ до АРТ через недостатню кількість наявних курсів АРТ.

Наявні протоколи та стандарти з АРТ в Україні мають особливі положення щодо надання лікування СІН. В цих протоколах чітко зазначено, що споживання наркотиків ін'єкційним шляхом не є підставою для звільнення клієнта від доступу до АРТ, а також, що ЗПТ підсилює прихильність пацієнтів до АРТ.⁵⁴

Послуги з немедичного догляду та підтримки, як правило, надаються НУО. Це стало очевидно після наших інтерв'ю з ключовими респондентами, а також зазначено в новому законі про ВІЛ/СНІД та у Загальнодержавній програмі з протидії ВІЛ/СНІДу. Не існує чіткого визначення центрального органу виконавчої влади, відповідального за організацію та провадження соціальних послуг (догляду та піклування) ВІЛ-позитивним СІН.

Профілактика та лікування ІПСШ серед СІН

Профілактика, діагностика та лікування ІПСШ серед груп ризику (включаючи СІН) включені до розділу про заходи з профілактики ВІЛ Загальнодержавної програми з протидії ВІЛ/СНІДу. Фінансування цих заходів відбувається головним чином в рамках гранту Глобального фонду. Хоча протоколи з лікування ІПСШ для загального населення вже введено в дію, міжнародні рекомендації⁵⁵ щодо застосування синдромного лікування ІПСШ, як одного з підходів задоволення потреб груп ризику не були прийняті МОЗ. Було створено проекти протоколів з синдромного лікування ІПСШ, проте їх затвердження неодноразово відкладалося.

⁵⁴ Наказ МОЗ № 476 від 19.08.2008 та Наказ МОЗ № 551 від 12.07.2010.

⁵⁵ «Рекомендації щодо лікування інфекцій, які передаються статевим шляхом». ВООЗ. 2003 рік. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546263.pdf>

Програми розповсюдження презервативів для СІН та їх сексуальних партнерів

Хоча розповсюдження презервативів включено до списку соціальних та медичних послуг з профілактики ВІЛ для СІН, немає окремих програм, зосереджених на наданні послуг сексуальним партнерам СІН, зазначених в Загальнодержавній програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки або в НУО, з представниками яких ми спілкувалися.

Вакцинація, діагностика та лікування вірусних гепатитів

Відповідно до міжнародних рекомендацій, клінічні та соціальні послуги для СІН повинні включати профілактику, діагностику та лікування вірусних гепатитів. Незважаючи на те, що всі заходи у відповідь на епідемію гепатиту регулюються наказом МОЗ СРСР 1989 року,⁵⁶ до 2008 року не відбувалося активного процесу реєстрації нових випадків гепатиту.⁵⁷ Навіть зараз реєструються лише гострі випадки, а хронічні випадки не відстежуються.

В Україні, державна протидія конкретним захворюванням чи вирішення певних питань у галузі охорони здоров'я зазвичай скеровується національною програмою, що описує захворювання, масштаби такого захворювання в країні та конкретні пріоритетні сфери, що потребують уваги. Хоча в стандартах лікування ВІЛ-позитивних СІН зазначено, що «хворим на гепатит слід надавати медичну допомогу»⁵⁸, немає національної програми, що стосується вірусних гепатитів, а фінансування для лікування гепатитів також не виділяється. Ключовий респондент з органів влади міста Миколаєва запропонував наступне: «Ми повинні зібрати дані щодо випадків захворювання на гепатит В і С на регіональному рівні, щоб сприяти розробці національної програми». Вартість лікування є надзвичайно високою, наші ключові респонденти відмітили, що гепатити В і С сприймаються як «смертний вирок». В правових нормах немає жодних вимог щодо вакцинації медичних робітників або СІН, проте ключові респонденти зазначили, що деякі НУО та медичні заклади м. Миколаєва за кошти донорів проводять пілотні проекти з діагностики та вакцинації гепатиту В.

Невдовзі після написання проекту цього звіту, команда Проекту НРР отримала інформацію про те, що Кабінет Міністрів України схвалив нещодавно концепцію нової програми діагностики та лікування вірусного гепатиту.⁵⁹ Концепція описує незадовільний рівень своєчасного виявлення вірусного гепатиту, недостатній рівень проведення щеплень проти гепатиту В та брак потужностей лікування і лікарів, які пройшли відповідну підготовку для забезпечення лікування. Концепція засвідчує, що вказані вище сфери є пріоритетними для вчинення відповідних заходів, а національна програма з вірусного гепатиту наразі перебуває на стадії розробки.

Діти та підлітки – медичні послуги

Команда спеціалістів НРР з оцінки розглянула 75 законів та нормативних актів, що мають вплив на ВІЛ-позитивних та постраждалих від ВІЛ дітей, зокрема політику щодо (1) доступу дітей до догляду та лікування; та (2) включення заходів з профілактики, догляду та лікування у зв'язку з ВІЛ для дітей як у діяльність існуючих центрів АРТ для дорослих, так і у роботу медичні закладів для матерів, новонароджених та дітей.

Стислий огляд результатів

Сильні сторони

⁵⁶Наказ МОЗ СРСР №408 від 7.12.1989 «Про заходи щодо зниження захворюваності на вірусні гепатити в країні»

⁵⁷ Наказ МОЗ № 476 від 19.08.2008.

⁵⁸ Наказ МОЗ № 476 від 19.08.2008.

⁵⁹ Постанова Кабінету Міністрів України № 206-р від 9 березня 2011 року «Про Концепцію цільової соціальної програми профілактики, діагностики та лікування вірусного гепатиту на період до 2016 року».

- Загальнодержавна Програма з ВІЛ/СНІД АРТ для усіх дітей, передбачає повне фінансування послуг ППВМД, та визначає молодь як одну з пріоритетних груп для охоплення заходами профілактики ВІЛ.
- Законодавство у сфері ВІЛ дозволяє КТВ для молоді у віці 14 — 18 років без присутності законного представника та гарантує ВІЛ-позитивним жінкам доступ до послуг ППВМД.
- Програма ППВМД доволі ефективна (наприклад, вільний доступ вагітних жінок до КТВ; інструкції щодо акушерської допомоги включають методики, рекомендовані ВООЗ; інструкції щодо надання послуг планування сім'ї для ЛЖВ, а також протоколи інтеграції послуг планування сім'ї та послуг щодо ВІЛ).

Прогалини політики

- Медичний персонал все ще непевний щодо потреби присутності батьків чи опікунів при проведенні після-тестового консультування для молоді у віці 14 — 18 років.
- Застарілі інструкції щодо проведення АРТ для дітей та підлітків.
- Відсутність спеціальної сертифікації для надання послуг ВІЛ-позитивним дітям у галузі охорони здоров'я (лише положення МСМС для сектору соціальних послуг).
- Хоча законодавство забороняє проведення обов'язкового тестування неповнолітніх на ВІЛ, положення, що регулюють догляд дітей у дитячих будинках та центрах соціальної та психологічної реабілітації дозволяють обов'язкове тестування на ВІЛ.
- Брак нормативно-правових актів щодо тестування на ВІЛ у закладах тимчасового перебування дітей та недостатня професійна підготовка персоналу призводять до порушення права дитини на конфіденційність.
- Брак підготовлених викладачів та комплексних заходів підвищення обізнаності про ВІЛ в освітніх закладах.
- Існують недоліки в системі моніторингу.
 - Система неадекватно відображає епідемічну ситуацію через реєстрацію усіх дітей, народжених ВІЛ-позитивними матерями, як ВІЛ-позитивних та не своєчасно вилучає ВІЛ-негативних дітей з реєстру.
 - Діючі форми моніторингу ППВМД не відповідають клінічним протоколам.
 - Дані моніторингу ППВМД Українським Центром СНІДу суттєво відрізняються від подібних даних Департаменту Материнства та Дитинства МОЗ України.

Прогалини послуг

- Ключові респонденти відзначають неадекватність послуг планування сім'ї потребам населення в цілому та обмеженість доступу уразливих груп до консультування, послуг та методик планування сім'ї.

Інші перепони

- Недостатній рівень розповсюдження документів політики, навчання новим стандартам та протоколам, а також комунікації між надавачами послуг та урядовими структурами.
- Відсутність посади педіатра в Українському Центрі СНІДу вважається респондентами суттєвою перепорою.

Загальнодержавною програмою забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки у 2009 році молодь визначено однією з пріоритетних груп для проведення профілактичних заходів. Програмою також визначено дітей вулиці та дітей, сім'ї яких перебувають у складних життєвих обставинах, як групи високого ризику. В червні 2009 року МОЗ видало наказ про затвердження тимчасових стандартів надання медичної допомоги підліткам та молоді, які включають консультування та тестування на ВІЛ (КТВ)⁶⁰ та «Клініки, дружні до молоді», основною метою

⁶⁰Наказ МОЗ №382 від 02.06.2009 «Про затвердження Тимчасових стандартів надання медичної допомоги підліткам та молоді».

яких є профілактика ВІЛ.⁶¹ Аж до 2004 року педіатри, акушери, гінекологи та інші спеціалісти, що надавали медичну допомогу ВІЛ-позитивним жінкам та дітям, не мали жодних наявних керівних принципів чи протоколів надання ППВМД та інших супутніх послуг.

Тестування та діагностика ВІЛ

Міжнародні угоди щодо прав людини та рекомендації що консультування й тестування молоді на ВІЛ передбачають право на надання згоди, конфіденційність та нерозголошення у сфері доступу до послуг охорони статевого та репродуктивного здоров'я, включаючи консультування й тестування на ВІЛ.⁶² В законі України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» 1991 року⁶³ визначено процедури тестування на ВІЛ для молоді. До прийняття поправок до Цивільного Кодексу, неповнолітні віком до 18 років могли пройти тестування лише за згоди або присутності їхніх батьків/опікунів або законних представників, які мали бути присутні під час процесу тестування. Нова редакція Цивільного Кодексу України⁶⁴ свідчить, що молоді люди віком 14 років і старше можуть отримувати медичні послуги за власної згоди, а згода законного представника не є обов'язковою. У переглянutoму законі України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» 2010 року внесено зміни у норми, що стосуються проведення тестування на ВІЛ для молоді віком 14 років та старше, і наразі присутність батьків або законних представників не є обов'язковою.⁶⁵ Важливо відмітити, що хоча у законі зазначено, що присутність батьків чи законних представників не є обов'язковою під час тестування, настійно рекомендується присутність батьків чи законних представників під час повідомлення ВІЛ-позитивного статусу молодим людям.

Обов'язкове тестування на ВІЛ неповнолітніх заборонене законодавством України (зокрема законом України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»). Проте, у наявних процедурах надання медичної допомоги дітям, що перебувають у закладах для неповнолітніх та центрах соціально-психологічної реабілітації, є положення, які можна розглядати як такі, що дозволяють проводити обов'язкове тестування на ВІЛ, а тестування дітей у приймальниках-розподільниках без їхньої згоди або дозволу їхніх законних представників досі є розповсюдженою практикою. Також відсутні правила щодо проведення тестування на ВІЛ у закладах тимчасового перебування, до того ж це посилюється відсутністю професійної підготовки серед співробітників інтернатних закладів і, на додаток, відсутністю поваги до права дітей на конфіденційність (Бордуніс, неопублікований документ).

Профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини

Українська програма з ППВМД досягла значних успіхів у порівнянні з іншими програмами профілактики ВІЛ. така ситуація завдячує, в тому числі, значній увазі, що приділялась питанням ППВМД при розробці відповідної нормативно-правової бази, починаючи з 2000 року. Після розробки першої Національної Програми з ППВМД у 2001 році⁶⁶, охоплення

⁶¹ Наказ МОЗ № 383 від 02.06.2009 «Про удосконалення організації надання медичної допомоги підліткам та молоді», Примірне положення про Центр/відділення медичної допомоги підліткам та молоді «Клініка, дружба до молоді».

⁶² Комітет Організації Об'єднаних Націй з прав дитини, Конвенція про Права Дитини, Загальний Коментар № 3: Права дитини щодо ВІЛ і СНІД. Січень 2003 року. Декларація Прихильності Боротьбі з ВІЛ і СНІД, видана на Спеціальній Сесії з питань ВІЛ/СНІД Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй (ССГАООН) червні 2001 року.

⁶³ Закон України №1972-ХІІ від 12.12.1991 «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини(ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».

⁶⁴ Цивільний кодекс України (Розділ 3, стаття 284).

⁶⁵ Закон України № 2861-VI, від 23.12.2010, «Про внесення змін до закону України «про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення».

⁶⁶ Наказ МОЗ № 488 від 7 грудня 2001 року «Профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини у 2001 - 2003 роках»

ППВМД виросло до 95 відсотків вагітних жінок (за даними Міністерства охорони здоров'я України, 2010). Крім того, на відміну від інших послуг у сфері ВІЛ / СНІД, послуги ППВМД були інтегровані до інших державних програм охорони здоров'я, в тому числі у сфері акушерсько-гінекологічної допомоги, ще на початку запровадження національної протидії епідемії.⁶⁷ У 2010 році 92 відсотків немовлят віком до двох місяців, народжених ВІЛ-позитивними жінками було проведено тестування методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) (Міністерство охорони здоров'я України, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом, 2010). В Миколаєві рівень передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини (ПВМД) різко знизився протягом останніх шести років. У 2004 році діагноз ВІЛ було поставлено 8,2 відсотків немовлят, народжених ВІЛ-позитивними матерями⁶⁸, а у 2010 році лише 3,9 відсотку.

Тим не менш, перешкоди залишаються. Найбільшою перешкодою є відсутність надійних поставок АРВ-препаратів, що знижує ефективність зусиль із провадження ППВМД. Хоча процедури управління поставками та розповсюдження АРВ-препаратів для ППВМД включені до спільного наказу 2007 року та оновленого наказу 2009 року, а також зазначені методи розрахунку необхідної кількості АРВ-препаратів⁶⁹, процедури мають суттєві недоліки, і регіональні центри СНІДу часто їх не дотримуються⁷⁰. У Комплексній зовнішній оцінці національних заходів з протидії СНІДу в Україні зазначена нагальна необхідність покращення ранньої діагностики новонароджених та покращення загальної координації та моніторингу (ЮНЕЙДС, 2009). Нормативно-правовий огляд показав два значних недоліки в системі моніторингу: по-перше, наявні моніторингові форми не відповідають наявним клінічним протоколам, а по-друге, дані моніторингу ППВМД, зібрані національним центром СНІДу, значно відрізняються від даних, зібраних Департаментом материнства, дитинства та санаторного забезпечення МОЗ. Ці прогалини вказують на необхідність створення уніфікованих процедур моніторингу, які б включали покращені технології та міждисциплінарні підходи.

Уряд України продемонстрував свою прихильність до програми ППВМД, що сприяло її успіху. До постанови КМУ 2008 року було включено вдосконалення програми ППВМД як стратегічного пріоритетного напрямку з профілактики,⁷¹ і поліпшення ППВМД є одним з основних завдань Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки у 2009 році, спрямованих на 5-відсоткове скорочення вертикальної передачі ВІЛ. Законом України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» 2010 року гарантовано вільний доступ до ППВМД для всіх ВІЛ-позитивних жінок. Урядом також було вжито заходів для поліпшення підготовки з ППВМД для надавачів послуг. У 2009 році МОЗ ухвалило навчальну програму для студентів медичних вищих навчальних закладів, яка включає підготовку з ППВМД, а також навчальний план з ППВМД для студентів програм післядипломної підготовки та аспірантів медичних вищих навчальних закладів.⁷²

Послуги з ППВМД надаються децентралізовано. В 2006 році МОЗ делегувало повноваження щодо надання послуг з ДКТ, включаючи такі, що пов'язані з ППВМД, регіональним органам

⁶⁷ Наказ МОЗ № 503 від 28 грудня 2002 року «Про покращення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».

⁶⁸ Інтерв'ю з ключовими інформантами в Миколаєві, лютий 2011 року.

⁶⁹ Наказ МОЗ №936, від 16.12.2009, «Про затвердження Методики розрахунку потреби в антиретровірусних препаратах».

⁷⁰ Це питання більш детально обговорюється в розділі про закупівлі і поставки ліків та товарів медичного призначення для профілактики і лікування ВІЛ/СНІДу.

⁷¹ Розпорядження Кабінету міністрів України №728-р, від 21.05.2008, «Про схвалення Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки».

⁷² Наказ МОЗ №313, від 08.05.2009, «Про оптимізацію підготовки спеціалістів з питань ВІЛ-інфекції та попередження передачі ВІЛ від матері до дитини».

охорони здоров'я.⁷³ починаючи з 2009 року, програми ППВМД фінансуються з бюджету країни. Тестування на ВІЛ вагітних жінок проводиться за згодою пацієнта під час реєстрації або перед пологами. Проведення дослідження на наявність антитіл до ВІЛ у пуповинній крові є обов'язковим для того, щоб забезпечити своєчасне лікування новонародженим.⁷⁴ Національна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки гарантувала вагітним жінкам вільний доступ до ДКТ.⁷⁵

В листопаді 2007 року МОЗ прийняло клінічний протокол з акушерської допомоги, що стосується ППВМД, з урахуванням всіх методів, рекомендованих ВООЗ.⁷⁶ У спільному наказі⁷⁷, виданому того ж місяця, визначено методичні рекомендації для ППВМД, включаючи проведення ППВМД у виправних установах. Наказом гарантується доступ до послуг з ППВМД для всіх ВІЛ-позитивних жінок, а також підтримка для формування прихильності до АРТ протягом вагітності. Це гарантує регулярні поставки АРВ-препаратів до центрів СНІДу та пологових будинків, щоб вони могли надавати послуги з ППВМД. Однією з вимог наказу також є обов'язкове навчання як медичного, так і немедичного персоналу, що надає послуги з ППВМД, та соціальної підтримки ВІЛ-позитивним жінкам, їх новонародженим дітям та родинам. В спільному наказі визначено відповідальність лікарів за оцінку прихильності до лікування серед вагітних жінок. Якщо прихильність є недостатньою, лікар повідомляє (за інформованої згоди пацієнта) спеціаліста з відповідного Центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (ЦСССДМ), який має розпочати надання послуг з психологічної та соціальної підтримки.

Послуги з планування сім'ї (ПС) є другим компонентом системи ППВМД, а профілактика ВІЛ серед дітей та підлітків є одним із головних завдань послуг з ПС в Україні. МОЗ ухвалило методичні рекомендації з надання послуг з ПС для ЛЖВ. В декількох наказах МОЗ викладено клінічні протоколи та передбачено засоби інтеграції ПС у послуги з профілактики ВІЛ. В спільному наказі 2007 року зазначено чіткі завдання для розробників та виконавців послуг з ПС для ВІЛ-позитивних осіб в розділі «Організація послуг для ВІЛ-інфікованих з питань планування сім'ї».⁷⁸ Незважаючи на включення питань з планування сім'ї до нормативно-правових документів, ключові респонденти, на жаль, повідомляють, що послуги з ПС є недостатніми для населення в цілому, і зокрема уразливі групи мають недостатній доступ до консультування з питань ПС, послуг та методів ПС.

Рання діагностика ВІЛ у дітей

Спільним наказом 2007 року⁷⁹ передбачено процедури ранньої діагностики ВІЛ у немовлят віком до 18 місяців методом ПЛР.⁸⁰ На жаль, наявна система діагностики та моніторингу ВІЛ-позитивних дітей спотворює епідеміологічні дані в Україні. Ключові респонденти відмітили, що наразі усіх дітей, народжених ВІЛ-позитивними матерями, включено до списку ВІЛ-

⁷³Наказ МОЗ №421, від 27.06.2006, «Про затвердження Типового положення про кабінет «Довіра».

⁷⁴ Постанова КМУ №2026, від 18.12.1998, «Питання запобігання та захисту населення від ВІЛ-інфекції та СНІДу».

⁷⁵ Постанова КМУ № 264 від 04.03.2004, «Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки».

⁷⁶Наказ МОЗ №716, від 14.11.2007, «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини».

⁷⁷ Спільний наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства праці та соціальної політики України № 740/1030/4154/321/614а, від 23.11.2007, «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей».

⁷⁸Там же.

⁷⁹ Спільний наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства праці та соціальної політики України № 740/1030/4154/321/614а, від 23.11.2007, «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей».

⁸⁰Полімеразна ланцюгова реакція.

позитивних осіб, незважаючи на той факт, що лише в 6,2 відсотків (у 2008 – 2009 роках) з них в кінцевому результаті підтверджується ВІЛ-позитивний статус. Через включення дітей, чий ВІЛ-статус ще не підтверджено, до таких списків, статистичні дані є неточними і оманливими.

Доступ до догляду та лікування

В декількох нормативних документах зазначено методичні рекомендації з лікування ВІЛ-інфекції в дітей та підлітків, а за даними уряду України охоплення дітей АРТ є стовідсотковим (Міністерство охорони здоров'я України, 2010). Клінічні протоколи з АРТ та медичного ведення ВІЛ-позитивних дітей викладено в Наказі МОЗ № 182 від 13.04.2007.⁸¹ Спільний наказ 2007 року включає інструкції з інтеграції АРТ для дітей до системи первинної медичної допомоги.⁸² В Миколаївській області надавачі послуг, урядовці та НУО повідомили, що надання лікування, догляду та підтримки дітям є одним з основних пріоритетів. В Миколаєві зареєстровано 550 дітей, народжених ВІЛ-позитивними матерями, з них 138 мають підтверджений діагноз ВІЛ-інфекції, і 12 живуть зі СНІДом. Наразі в Миколаєві 102 дитини отримують АРТ.

Ключовий респондент, що працює в Центрі «Клініка для лікування дітей, хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД» національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ», повідомив, що незважаючи на копівку роботу експертів під час розробки цих методичних рекомендацій, наразі вони є вже застарілими, а також існує необхідність у внесенні змін до бюрократичних процедур, пов'язаних з оновленням та переглядом нормативних документів, які мають безпосередній вплив на процес надання послуг. Вона відмітила, що основними політичними перешкодами в галузі педіатричних послуг, пов'язаних з ВІЛ, є:

«Недостатньо широке розповсюдження документів з викладенням політики... не проводиться навчальних тренінгів з питань впровадження нових стандартів та протоколів... обмежений обмін інформацією між надавачами послуг та урядом... відсутність лікаря-педіатра в Українському центрі СНІДу... і бюрократичні процедури, що застосовуються в оновленні документів з викладенням політики є неприйнятними.»

Зокрема, ключовий респондент зазначив, що щорічне навчання вимагається для участі у робочих групах з розробки політики, та відмітив, що затвердження документів з викладенням політики щодо надання послуг пов'язане з тривалим та ретельним процесом, і цього вимагають особи, які не обізнані про проблеми, викладені в документі. Цей лікар також зазначив, що «лише люди, які мають доступ до Інтернету та знають англійську мову, можуть читати та використовувати міжнародні кращі практики та нововведення».

Існує прогалина в нормативно-правовій базі України, пов'язана з сертифікацією осіб, що здійснюють догляд, як в медичному секторі, так і поза його межами. В медичному секторі сертифікація медичного персоналу, що надає послуги ВІЛ-позитивним дітям, регулюється тими ж правилами, що й для загального населення. Не існує спеціальної сертифікації для надання догляду ВІЛ-позитивним дітям. В закладах, що підзвітні Міністерству України у справах сім'ї, молоді та спорту, сертифікація надання послуг ВІЛ-позитивним дітям регулюється Наказом № 1695 від 22 квітня 1998 року.⁸³

⁸¹Наказ МОЗ №182, від 13.04.2007, «Про затвердження клінічних протоколів».

⁸² Спільний наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства праці та соціальної політики України № 740/1030/4154/321/614а, від 23.11.2007, «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей».

⁸³Наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту № 1695 від 22.04.1998, «Про затвердження Порядку атестації працівників центрів соціально-психологічної допомоги, центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями, соціальних гуртожитків для дітей-сиріт та дітей, позбавлених

Діти та підлітки — соціальний захист та соціальні послуги

Фахівці програми НРР розглянули 134 політичних документи, нормативи та керівні принципи щодо захисту сиріт та уразливих дітей у сфері прав наслідування; захисту від насильства; та доступу до освіти, притулку, харчування та соціальної підтримки.

Стислий огляд результатів

Сильні сторони

- Дітям, які живуть з ВІЛ, гарантовано соціальний захист та безкоштовні медичні та соціальні послуги (на тих, кому не виповнилось 16 років, виплачується щомісячна державна допомога), а їх батьки отримують відповідні виплати та / або мають право на відпустку по догляду за дитиною.
- Кілька нормативно-правових актів заохочують НУО до участі в наданні соціальних послуг ВІЛ-позитивним та уразливим дітям.
- За законом, ВІЛ-позитивні діти повинні прийматись до шкіл, таборів та будь-яких інших громадських закладів; ключові респонденти відзначають зменшення проявів дискримінації проти ВІЛ-позитивних дітей.
- Міністерство України у справах Сім'ї, Молоді та Спорту сформувало мультидисциплінарні команди для надання соціальних і профілактичних послуг підліткам груп найвищого ризику.

Прогалини політики

- Припинення існування Міністерства України у справах Сім'ї, Молоді та Спорту — центрального виконавчого органу влади, відповідального за формування та виконання програм для дітей та підлітків — призвело до невизначеності щодо подальшої долі таких програм.
- Відсутні положення щодо тимчасового влаштування дітей, які не отримали офіційного визнання як «діти - сироти» чи «діти, позбавлені батьківського піклування» — тому в місцях тимчасового перебування, не дозволяється надання медичної допомоги таким дітям.
- Дані щодо чисельності дітей і підлітків, які потребують соціальних послуг, та кількість дітей і молоді, які живуть та працюють на вулиці, є неадекватними чи неофіційними.
- Діти, які живуть з ВІЛ та працюють на вулиці та “бездоглядні діти” не відображені чітко як відповідна категорія в нормативно-правовій базі, що утруднює процес надання їм послуг.
- Центри для ВІЛ-позитивних дітей часто знаходяться на околицях міст та, на думку кількох ключових респондентів, неефективно використовують ресурси, а також є джерелами стигматизації.
- Відсутні інструменти оцінки потреб ВІЛ-позитивних дітей.
- Відсутні стандарти надання соціальної підтримки та соціальних послуг безпритульним дітям; відсутні процедури та інструменти оцінки їх потреб чи розробки відповідних планів дій.
- Нормативно-правові акти щодо дитячих будинків сімейного типу не мають положень щодо дітей, які живуть з ВІЛ.
- ВІЛ-специфічні послуги не включені до переліку соціальних послуг для дітей - сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, або ж до переліку послуг центрів соціальної та психологічної реабілітації («Місто Дітей»).
- Жоден документ не визначає стандартів надання соціальних послуг дітям, влаштованим до

батьківського піклування, соціальних центрів матері та дитини, центрів для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді, центрів ре-соціалізації наркозалежної молоді».

прийомних сімей чи дитячих будинків сімейного типу, а також дітям, взятим під опіку.

- Законодавство, що регулює діяльність закладів тимчасового перебування дітей, не вимагає від працівників поважати права ВІЛ-позитивних дітей та не визначає механізми захисту їх конфіденційності.
- Права безпритульних і бездоглядних дітей не врегульовані, вони не мають механізму, щоб скористатися своїми правами чи отримати певні пільги.
- Не встановлено чіткого вікового обмеження щодо згоди на статеві стосунки. Цивільний Кодекс України дозволяє шлюб дітей у віці 14 — 18 років, якщо подібне учиняється в найкращих інтересах дитини; шлюбний вік для жінок (17) нижчий ніж для чоловіків (18).
- Відсутні стандартизовані протоколи та органи, які б проводили навчання вчителів, керівників та працівників притулків та інших закладів соціальної сфери, які залучаються до заходів профілактики ВІЛ у дітей та підлітків.
- Зміни, внесені до нормативно-правових актів, що регулюють питання володіння чи зберігання наркотичних речовин, можуть призвести до збільшення кількості дітей, які потраплятимуть до правоохоронної системи у справах неповнолітніх (дивись розділ про СІН для отримання додаткової інформації).
- Сімейний Кодекс України допускає залишення «дітей, народжених з фізичними чи розумовими вадами або за інших поважних обставин».
- Питання ВІЛ не відображені у Державній програмі подолання дитячої безпритульності і бездоглядності на 2006 — 2010 роки.
- Стратегія подолання бідності, прийнята в Україні, не включає сімей з дітьми в якості важливого компоненту.

Прогалини послуг

- Обмежена кількість та низька якість державних послуг захисту та допомоги сім'ям з дітьми.
- Персонал закладів тимчасового перебування дітей часто не обізнані з правами дітей щодо охорони здоров'я та порушують їх конфіденційність.
- Недостатньо спеціалізованих закладів і послуг, дружніх до молоді, що мають на меті лікування та реабілітацію дітей з груп ризику.
- Програми профілактики ВІЛ серед підлітків з груп найвищого ризику мають недостатнє охоплення, наповнення та якість.

Інші перепони

- Високий рівень вилучення дітей із сімейного оточення.
- Неадекватна підготовка груп спеціалістів (наприклад, співробітників правоохоронних органів чи соціальних служб), які працюють з дітьми, особливо в питаннях прав дітей.
- Все ще має місце дискримінація дітей з вадами, дітей вулиці, дітей, які живуть з ВІЛ/СНІД, та дітей біженців.
- Медичні працівники часто вимагають від безпритульних дітей та молоді плату за медичне обслуговування.
- Продовжується «вилучення» дітей з вулиці та примусове влаштування їх до закладів тимчасового перебування дітей, та ці заклади не завжди можуть запропонувати повний спектр послуг для дітей.

Загальна політична ситуація та питання захисту дітей

Україна підписала Конвенцію про права дитини Організації Об'єднаних Націй (КПД ООН), яка окреслює основні громадянські, політичні, економічні, соціальні, медичні та культурні права дітей (Генеральна Асамблея Організації Об'єднаних Націй, 1989). У березні 2009 року Україна прийняла план дій з метою більш ретельного дотримання положень конвенції та підсилення правового захисту прав та добробуту дітей. План дій спрямовано на зниження поширення ВІЛ,

туберкульозу та споживання наркотиків серед дітей, та на захист прав ВІЛ-позитивних дітей.⁸⁴ Уряд також прийняв декілька додаткових документів щодо захисту прав та соціального захисту дітей:

- Закон про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо протидії розповсюдженню дитячої порнографії (січень 2010);
- Закон про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування (2005);
- Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини на 2010-2016 роки, який набув чинності у березні 2009 року, як Закон України про Загальнодержавну програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини»;
- Національний стратегічний план дій з профілактики ВІЛ серед дітей та молоді груп ризику та уразливої до ВІЛ (травень 2010);
- Державна програма подолання дитячої безпритульності і бездоглядності на 2006 — 2010 роки.

Незважаючи на цей прогрес, у 2011 році Комітет з прав дитини, відповідальний за моніторинг дотримання КПД ООН, відзначив наявність стійких недоліків в правовій базі України щодо захисту прав дітей та підлітків. Комітет визначив місцеве законодавство з прав дитини, як «неадекватне» (Комітет ООН з прав дитини, 2011, с. 2). Зокрема, Комітет відзначив наступні питання, які викликають занепокоєння:

- «Висока кількість дітей, позбавлених сімейного піклування після народження та в більш пізньому дитячому віці» (Комітет ООН з прав дитини, 2011, с.10).
- Обмежена кількість та невисока якість державних послуг з захисту та допомоги сім'ям з дітьми.
- Забезпечення сталості політики охорони дитинства в контексті адміністративних реформ, започаткованих у 2010 р., зокрема, реорганізація МСМС.
- Не-включення питань, що стосуються сімей та дітей, у національну стратегію зниження рівня бідності на 2010-2015 рр., як важливого компоненту цієї стратегії.
- Відсутність національної бази даних, яка б містила всебічні та деталізовані дані про дітей.
- Неадекватна підготовка професійних груп, які опікуються справами дітей — зокрема недостатня освіченість з питань прав дітей серед працівників правоохоронних органів, медичних працівників, соціальних робітників, викладачів, працівників імміграційної служби, судової системи та представників ЗМІ.
- Недостатньо повна реалізація принципу недискримінації дітей-інвалідів, дітей вулиці, дітей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, та дітей-біженців (Комітет ООН з прав дитини, 2011).

Дітям, які живуть з ВІЛ/СНІДом в Україні гарантується соціальний захист та безкоштовна медична та соціально допомога,⁸⁵ а дітям віком до 16 років виділяється щомісячна державна грошова допомога.⁸⁶ За умови встановлення статусу «дитина-інвалід» ВІЛ-інфікованим дітям

⁸⁴ Закон України про Загальнодержавну програму "Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини" на період до 2016 року № 1065-VI, від 05.03.2009; та Бордуніс, неопубліковані матеріали.

⁸⁵ Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» № 1972—XII від 12.12.1991 (Розділ 1, Стаття 4); Закон України від 06.04.2000 № 1645-III «Про захист населення від інфекційних хвороб» (Стаття 19); Постанова КМУ № 2026 від 18 грудня 1998 р.; та Постанова КМУ № 264 від 3/4/2004, « Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки».

⁸⁶ Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» № 1972—XII від 12.12.1991 (Розділ III, Стаття 19.1); Закон України № 2402-III «Про охорону дитинства» від 26.04.2001 (Стаття 29); Постанова КМУ «Про розмір щомісячної державної

також призначається державна допомога в зв'язку з інвалідністю, а їхнім батькам - надбавка на догляд за дитиною-інвалідом віком до 18 років.⁸⁷ Дітям, які живуть з ВІЛ, гарантується право отримувати соціальні послуги від ЦСССДМ.⁸⁸ Перелік безкоштовних соціальних послуг для ВІЛ-позитивних дітей було визначено, і наразі він включає соціальні та медичні, психологічні, соціально-економічні, соціально-педагогічні, правові та інформаційні послуги, та послуги з соціального забезпечення.⁸⁹

У 2006 році КМУ видав інструкцію про створення центрів для ВІЛ-позитивних дітей та молоді. Ці центри призначені для надання різноманітних та безкоштовних соціальних послуг. Вони працюють в денні часи та фінансуються за рахунок місцевих бюджетів.⁹⁰ Декілька ключових респондентів відзначили, що створення паралельної структури для надання соціальних послуг дітям, які живуть з ВІЛ, є неефективним використанням ресурсів та може бути стигматизуючим. Наприклад, один з ключових респондентів розповів, що «центри денного перебування для ВІЛ-позитивних дітей часто знаходяться на околицях міста, що сприяє стигмі, тому що діти перебувають вдалі від центру міста, а крім того це є дискримінацією за географічною ознакою, тому що центри розташовані у місцях, до яких важко дістатися». Інструкції щодо порядку надання медичних та соціальних послуг ВІЛ-позитивним дітям зазначають необхідність брати до уваги різні потреби дітей, але жодного методу для оцінки потреб з такою метою (за винятком стандартного акту соціального інспектування ЦСССДМ) належним чином не було визначено. НУО розробили та застосовують різні інструменти оцінки, які були ухвалені деякими органами місцевої влади. Різні нормативи врегульовують участь НУО у наданні соціальних послуг ВІЛ-позитивним дітям та дітям, уразливим до ВІЛ.⁹¹

Батьківське піклування за ВІЛ-позитивними дітьми

Існують правові положення, які передбачають право батьків (чи осіб, які їх замінюють), на надання догляду та підтримки ВІЛ-позитивним дітям. Батьки ВІЛ-позитивних дітей віком до 16 років мають законне право звільнитися з роботи та отримувати державну допомогу на догляд за дитиною-інвалідом. Закони про протидію СНІДу 1991 та 2010 року також гарантують батькам ВІЛ-позитивних дітей право на перебування у лікарні разом з дитиною

допомоги дітям віком до 16 років, інфікованим вірусом імунодефіциту людини або хворим на СНІД» від 10 липня 1998 р. № 1051; Наказ МОЗ № 265 від 31.08.1998 «Про Порядок виплати щомісячної державної допомоги дітям віком до 16 років, інфікованим вірусом імунодефіциту людини або хворим на СНІД»; та спільний Наказ МОЗ, МПСП, МФ № 454/471/516 від 08.11.2001 «Про затвердження Переліку медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 16 років».

⁸⁷ Закон України № 2109-III «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам» № 2109-III від 11/16/2000, (стаття 3).

⁸⁸ Наказ МОЗ, МОН, МСМС, МПСП, Держдепартаменту України з питань виконання покарань від 23.11.2007 № 740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей». (Параграф 9.2).

⁸⁹ Наказ Міністерства молоді та спорту № 4941 від 18.12.08 «Про затвердження та впровадження стандартів мінімального пакету соціальних послуг у сфері ВІЛ/СНІДу різним категоріям дітей, молоді та сімей»; Постанова КМУ від 27.08.2004 № 1126 «Про заходи щодо вдосконалення соціальної роботи із сім'ями, дітьми та молоддю» (у редакції від 11/20/2009)

⁹⁰ Постанова КМУ від 15.02.2006 № 148 «Про затвердження Типового положення про центр для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді».

⁹¹ Закон України № 996-IV від 19.06.03 «Про соціальні послуги» (у редакції 30.12.2009), (Стаття 13); Указ Президента України «Про першочергові заходи щодо захисту прав дітей» від 11.07.2005 № 1086/2005 (Параграф 7); Наказ Міністерства молоді та спорту «Про затвердження Стратегії розвитку системи соціальних послуг для сім'ї, дітей та молоді на 2009-2014 роки» від 04.11.2008 р. № 4414 (Параграф 5.5.1); Закон України від 26.04.2001 № 2402-III «Про охорону дитинства» (Стаття 5); Наказ МОЗ, МОН, Міністерства молоді та спорту, МПСП, Держдепартаменту України з питань виконання покарань від 23.11.2007 № 740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей» (Параграф 4.7); Наказ МСМС № 4569 від 29.12.2009 «Примірний галузевий стандарт надання соціальних послуг сім'ям з дітьми, які перебувають у складних життєвих обставинах»; Закон України № 2558-III від 21.06.2001 «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» (Стаття 3); Закон України № 2623-IV від 02.06.2005 «Про основи соціального захисту бездомних громадян і безпритульних дітей» (Стаття 29.2); та Постанова КМУ № 1062 від 25.07.2002 «Про затвердження Порядку проведення конкурсу проектів програм, розроблених молодіжними, дитячими громадськими організаціями та їх спілками, стосовно дітей, молоді, жінок та сім'ї».

віком до 14 років.⁹² У випадку стаціонарного лікування дітей віком до шести років (а також важко хворих дітей старшого віку) мати чи інший член родини також забезпечуються безоплатним харчуванням та проживанням у медичному закладі, де проходить лікування дитина.⁹³

Державна опіка та різні форми піклування

Дітям-сиротам та дітям, позбавленим батьківського піклування (ДС та ДПБП) гарантується опіка з боку української держави. Українська нормативно-правова база передбачає декілька форм державної опіки, включаючи встановлення опіки та піклування; усиновлення; влаштування у дитячий будинок сімейного типу; влаштування у прийомну сім'ю; у державні заклади для таких дітей.⁹⁴ Існують також соціальні гуртожитки, які забезпечують тимчасове (до трьох років) проживання ДС та ДПБП віком від 15 до 23 років і призначені для того, щоб допомогти мешканцям підготуватися до самостійного життя.⁹⁵

ВІЛ-позитивні діти спрямовуються до дитячих закладів на загальних засадах, але забезпечуються висококалорійним харчуванням для підтримки їхнього здоров'я.⁹⁶ У положенні про прийомну сім'ю чітко визначено, що ДС та ДПБП, які живуть з ВІЛ, можуть виховуватись у прийомних сім'ях. Втім, норми про дитячі будинки сімейного типу не містять положення про дітей, які живуть з ВІЛ.⁹⁷ У законі передбачається проведення навчання для потенційних прийомних та фостерних батьків щодо виховання ВІЛ-позитивних дітей.⁹⁸

Хоча законодавство передбачає перелік соціальних послуг ДС та ДПБП, конкретні послуги у зв'язку з ВІЛ не зазначені. Крім того, немає жодного документу, який би визначав стандарти надання соціальних послуг дітям, влаштованим на виховання у прийомні сім'ї чи дитячі будинки сімейного типу, чи дітям, які перебувають під опікою та піклуванням. Навчальна програма для підготовки випускників закладів для ДС та ДПБП до самостійного життя включає питання профілактики ВІЛ-інфекції.⁹⁹

⁹² Закон України №1972-ХІІ від 12.12.1991 (Розділ 4, Стаття 21); та Закон України № 2861-VI, від 23.12.2010 «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення».

⁹³ Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» № 2081-ХІІ від 19.11.1992 (із змінами від 13.10.2010).

⁹⁴ Конституція України 6/28/1996 Стаття 52; Закон України "Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування" № 2342-IV від 13.01.2005, (Стаття 1); Закон України № 2402-III від 26.04.2001 «Про захист дитинства» (Стаття 24); Закон № 2947-III «Сімейний кодекс України» (Стаття 245); Наказ Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту «Про затвердження положення про дитячі будинки і загальноосвітні школи-інтернати для дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування» від 21.09.2004 № 747/460 (Параграфи 1.1 та 3.4); Наказ МОЗ № 123 від 18.05.1998 "Про затвердження Типового положення про будинок дитини".

⁹⁵ Постанова КМУ «Про затвердження Типового положення про соціальний гуртожиток для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування» від 8.09.05 № 878.

⁹⁶ Наказ МОЗ, МОН, Мінсім'ї, МПСП, Держдепартаменту України з питань виконання покарань від 23.11.2007 № 740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей» (Розділ 7.1).

⁹⁷ Сімейний кодекс України, Стаття 5; Спільний наказ № 740/1030/4154/321/614а від 23.11.2007 (Розділ 7.3); та Постанова КМУ № 565 (Параграф 2).

⁹⁸ Указ Президента України від 05.05.2008 № 411/2008 «Про заходи щодо забезпечення захисту прав і законних інтересів дітей»; Постанова КМУ № 565 (Параграф 9); Наказ Мінсім'ї «Про затвердження Порядку взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді і служб у справах дітей у процесі встановлення опіки, піклування, створення та забезпечення діяльності прийомних сімей та дитячих будинків сімейного типу» від 25.09.2009 № 3385 (Параграф 2.2); Постанова КМУ «Про затвердження порядку провадження діяльності з усиновлення та здійснення нагляду за дотриманням прав усиновлених дітей» від 08.10.2008 № 905 (Параграф 25); Наказ Мінсім'ямолодьспорту від 25.07.07 № 2668 «Про затвердження Програми підготовки кандидатів у прийомні батьки та батьки-вихователі щодо виховання ВІЛ-інфікованих дітей»

⁹⁹ Закон № 2342-IV (Стаття 1); та Наказ державної соціальної служби № 31 від 04.06.2008 «Про затвердження Програми центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді з соціальної адаптації дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, з числа учнів старших та випускних класів інтернатних закладів, шкіл соціальної реабілітації та осіб з числа дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування» (Тема 2.4).

Уряд України заявив про необхідність реформування системи інституційного піклування за дітьми. Зокрема, у заяві уряду йдеться про перехід від інституційної системи до моделі виховання у сім'ї та громаді.¹⁰⁰ З огляду на це, сімейні форми піклування за ДС та ДПБП визначені, як пріоритетні.¹⁰¹ Також передбачається можливість повернення ДС та ДПБП до батьківського піклування. Втім, досі не визначено жодного офіційного механізму повернення дітей у біологічні сім'ї для батьківського піклування.¹⁰²

Також існують серйозні прогалини у діючій системі влаштування бездомних та бездоглядних дітей у тимчасове піклування. Передбачені різні форми тимчасового влаштування ДС та ДПБП: притулки, підпорядковані службам у справах дітей; центри соціально-психологічної реабілітації дітей; соціально-реабілітаційний центр «Дитяче містечко»; заклади для ДС та ДПБП; та сім'ї. Втім, не існує положень, які б дозволяли тимчасове влаштування дітей без підтвердженого статусу «дитина-сирота» чи «дитина, позбавлена батьківського піклування». В діючому законодавстві немає положень про тимчасове піклування за дітьми у випадках, коли їх влаштовують у дитячі заклади чи сім'ї на тимчасовій основі. За відсутності механізму тимчасового піклування піклувальники не мають законного права надавати медичну допомогу дітям. Це упущення набуває особливо серйозного значення з огляду на високий ризик інфікування ВІЛ та уразливості бездомних та бездоглядних дітей.¹⁰³

Крім того, закони, які регулюють діяльність закладів тимчасового перебування, не вимагають від працівників забезпечення прав ВІЛ-позитивних дітей та не визначають механізмів для захисту конфіденційної інформації. Працівники установ тимчасового перебування часто навіть не знають про право дітей на медичну допомогу. Дітям в установах тимчасового перебування часто проводять тестування на ВІЛ без отримання поінформованої згоди від дитини чи її законних представників. Конфіденційність інформації цих дітей часто порушується, оскільки працівники закладів тимчасового перебування в масі своїй не знають, що розкриття даних про стан здоров'я дитини є забороненим.

¹⁰⁰Наказ Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту «Про затвердження положення про дитячі будинки і загальноосвітні школи-інтернати для дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування» від 21.09.2004 № 747/460; Указ Президента України «Про першочергові заходи щодо захисту прав дітей» від 11.07.2005 № 1086/2005; Розпорядження КМУ від 13 квітня 2007 р. № 178-р «Про схвалення Концепції реформування системи соціальних послуг»; Постанова КМУ «Про затвердження Державної цільової соціальної програми реформування системи закладів для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування» від 17.10.2007 №1242; Указ Президента України від 05.05.2008 № 411/2008 «Про заходи щодо забезпечення захисту прав і законних інтересів дітей»; Розпорядження КМУ № 1052-р від 30.07.2008 р. «Про затвердження плану дій з реалізації Концепції реформування системи соціальних послуг на період до 2012 року» (у редакції 30.07.2008); Закон України про Загальнодержавну програму "Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини" на період до 2016 року № 1065-VI, від 05.03.2009; та Розпорядження КМУ № 1263-р «Про затвердження плану заходів з виконання у 2010 році Загальнодержавної програми "Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини" на період до 2016 року».

¹⁰¹ Закон України № 2342—IV від 13.01.2005 "Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування" (Стаття 6); Указ президента № 376/2007 від 04.05.2007 «Про додаткові заходи щодо захисту прав та законних інтересів дітей»; Постанова КМУ № 623 від 11.05.2006 «Про затвердження Державної програми подолання дитячої безпритульності і бездоглядності на 2006-2010 роки»; Постанова КМУ № 1242 від 17.10.2007 «Про затвердження Державної цільової соціальної програми реформування системи закладів для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування»; Наказ Мінсім'ї від 04.11.08 № 4414 «Про затвердження Стратегії розвитку системи соціальних послуг для сім'ї, дітей та молоді на 2009 - 2014 роки»; Указ Президента України від 05.05.2008 № 411/2008 «Про заходи щодо забезпечення захисту прав і законних інтересів дітей»; Розпорядження КМУ № 1263-р "Про затвердження плану заходів з виконання у 2010 році Загальнодержавної програми "Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини" на період до 2016 року".

¹⁰² Наказ МСМС, МОН, МЛЗ України "Про затвердження Порядку вибуття дітей із закладів для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, й соціального захисту дітей, до сімейних форм виховання" № 302/80/49 від 02.02.2007 (з доповненнями від 09.06.2010); та Постанова КМУ «Про затвердження Державної цільової соціальної програми реформування системи закладів для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування» від 17.10.2007 №1242.

¹⁰³ Тетяна Бордуніс, 2010. «Аналіз нормативно-правового забезпечення прав дітей і молоді, які живуть або працюють на вулиці, попередження бездомності та бездоглядності в Україні». АМР США, Проект розвитку ВІЛ/СНІД-сервісу в Україні.

Майнові права дітей та підлітків

Держава гарантує захист майнових прав дітей. Право дітей, зокрема ДС та ДПБП, на житло передбачене законом.¹⁰⁴ Батьки малолітньої дитини не мають права без дозволу органу опіки та піклування укладати договори щодо поділу або обміну житлового будинку, квартири; видавати письмові зобов'язання від імені дитини; відмовлятися від майнових прав дитини. Дитина, батьки якої позбавлені батьківських прав, не втрачає права на успадкування їх майна.¹⁰⁵ Відповідальність за контроль над дотриманням прав ДС чи ДПБП покладено на службу у справах дітей. Втім, механізми контролю та впровадження вимог закону для захисту прав дітей, які живуть з ВІЛ чи є уразливими до ВІЛ, у разі порушення їх прав, не визначені.

Захист від насильства

Закон також гарантує захист дітей від насильства. Декілька урядових установ залучені до протидії насильству проти дітей, в тому числі кримінальна міліція у справах дітей, органи опіки й піклування, служба у справах дітей, та ЦСССДМ. Кримінальна міліція у справах дітей має право вилучати дітей з сім'ї, якщо подальше перебування дитини в сім'ї загрожує життю чи здоров'ю дитини.¹⁰⁶

¹⁰⁴ Указ Президента України «Про першочергові заходи щодо захисту прав дітей» від 11.07.2005 № 1086/2005 (Параграф 7); Закон України про Загальнодержавну програму "Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини" на період до 2016 року № 1065-VI, від 05.03.2009 (Стаття 4.3); Сімейний кодекс України, Статті 167 та 248; Закон України № 2402—IV від 26.04.2001 2001 «Про захист дитинства» (у редакції 27.07.2010) (Стаття 18); Закон України № 2342—IV від 13.01.2005 "Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування" (Статті 32 та 33); Постанова КМУ «Про затвердження Положення про прийомну сім'ю» від 26.04.2002 № 565; Постанова КМУ «Про затвердження Положення про дитячий будинок сімейного типу» від 26.04.2002 № 564 (Стаття 30); Постанова КМУ «Про поліпшення виховання, навчання, соціального захисту та матеріального забезпечення дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування» від 05.04.1994 № 226 (Параграф 9); Закон України № 2623—IV від 02.06.2005 «Про основи соціального захисту бездомних громадян і безпритульних дітей» (Стаття 11); та Постанова КМУ «Про затвердження Типового положення про СОС - дитяче містечко» від 15.03.2006 № 310 (Параграф 10).

¹⁰⁵ Сімейний кодекс України, Стаття 174.1, 177.2; Розпорядження КМУ № 1263-р "Про затвердження плану заходів з виконання у 2010 році Загальнодержавної програми "Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини" на період до 2016 року" (Параграф 17); Цивільний кодекс України, Стаття 72.1, 74.1; Закон України № 2402—III від 26.04.2001 «Про захист дитинства» (Стаття 17); Постанова КМУ «Про затвердження Положення про дитячий будинок сімейного типу» від 26.04.2002 № 564 (Параграф 17); Закон України № 2623—IV від 02.06.2005 «Про основи соціального захисту бездомних громадян і безпритульних дітей» (Стаття 12); та Постанова КМУ «Питання діяльності органів опіки та піклування, пов'язаної із захистом прав дитини» від 24.09.2008 р. № 866 (Параграфи 55 та 59).

¹⁰⁶ Закон № 20/95-ВР від 24.01.1995 р. «Про органи і служби у справах дітей та спеціальні установи для дітей» (Стаття 5); Постанова КМУ від 08.07.1995 р. № 502 «Про створення кримінальної міліції у справах дітей» (Параграф 4); Закон України № 2402—III від 26.04.2001 «Про захист дитинства» (Стаття 10); Закон України від 15.11.2001 № 2789-III «Про попередження насильства в сім'ї» (у редакції 01.01.2009) (Стаття 3.1); Постанова КМУ № 616 від 26.04.2003 р. «Про затвердження Порядку розгляду заяв та повідомлень про вчинення насильства в сім'ї або реальну його загрозу» (Параграф 10); Наказ МСМС, МВС, МОН та МОЗ № 5/34/24/11 від 16.01.2004 «Про затвердження Порядку розгляду звернень та повідомлень з приводу жорстокого поводження з дітьми або реальної загрози його вчинення» (Параграфи 3.7 та 3.9.3); Наказ Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту «Про затвердження положення про дитячі будинки і загальноосвітні школи-інтернати для дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування» від 21.09.2004 № 747/460; Указ Президента України від 05.05.2008 № 411/2008 «Про заходи щодо забезпечення захисту прав і законних інтересів дітей» (Параграф 7); Постанова КМУ «Питання діяльності органів опіки та піклування, пов'язаної із захистом прав дитини» від 24.09.2008 р. № 866 (Параграф 8); Розпорядження КМУ № 1263-р "Про затвердження плану заходів з виконання у 2010 році Загальнодержавної програми "Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини" на період до 2016 року" (Параграфи 25 та 26); Наказ МСМС № 4569 від 29.12.2009 «Примірний галузевий стандарт надання соціальних послуг сім'ям з дітьми, які перебувають у складних життєвих обставинах» (Параграф 2.2.3); та Наказ МСМС № 1480 від 27.05.2010 «Про затвердження Порядку здійснення центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді соціального інспектування сімей, дітей та молоді, які перебувають у складних життєвих обставинах» (ред. 27.05.2010) (Параграф 3.3).

Конфіденційність та дискримінація

Законодавство визначає, що працівники державних закладів для ВІЛ-позитивних дітей мають зберігати конфіденційну інформацію про ВІЛ-статус вихованців цих закладів.¹⁰⁷ В положеннях законів визначено, що керівники державних закладів, які доглядають за ВІЛ-позитивними дітьми-сиротами, не мають права розголошувати інформацію про ВІЛ-статус дітей працівникам цих закладів.¹⁰⁸ Втім, інформацію про стан здоров'я дитини (в тому числі, про її ВІЛ-статус) можуть не приховувати від потенційних прийомних батьків.¹⁰⁹ Покарання за порушення конфіденційності даних пацієнта, передбачене у Статті 131 Кримінального кодексу, включає штрафи, громадські роботи, виправні роботи та «обмеження волі» строком до трьох років.¹¹⁰

Багато ключових респондентів повідомляли про те, що дискримінація дітей, які живуть з ВІЛ, значною мірою зменшилася протягом останніх кількох років. Вони зазначили лише кілька випадків, коли дітям відмовили у наданні послуг. Представники Мережі ЛЖВ в Миколаєві пояснили, що за законом ВІЛ-позитивних дітей мають приймати до шкіл, літніх таборів та інших публічних закладів. Хоча і було декілька окремих випадків, коли представників Мережі ЛЖВ просили зустрітися з вчителем чи вихователем табору для роз'яснення питань, пов'язаних з ВІЛ та правами дитини, яка живе з ВІЛ, цим дітям не відмовляли від участі в програмах, чи наданні послуг.

Право на освіту

Як зазначено у розділі «Стигма та дискримінація» даного звіту (див. ст. 9), всім дітям гарантовано право на освіту незалежно від стану їхнього здоров'я. Згідно з Наказом Президента, виданим у 2008 році, Міністерство освіти та науки повинно впроваджувати заходи для подолання та недопущення дискримінації ВІЛ-позитивних дітей задля забезпечення їм можливості реалізувати своє право на освіту.¹¹¹

Серйозні невіршені питання

Хоча в області захисту дітей та надання соціальних послуг дітям та підліткам був досягнутий певний прогрес, досі залишаються серйозні невіршені питання.

- Діти, які живуть та працюють на вулиці, не мають чіткого визначення у нормативно-правових документах, внаслідок чого надання послуг цій важливій групі залишається проблематичним.
- В Україні немає чіткого правового визначення мінімального віку надання згоди на сексуальні стосунки, а Цивільний кодекс дозволяє вступ у шлюб дітей віком від 14 до 18 років, якщо це служить найкращим інтересам дитини. Кодекс також передбачає більш низький шлюбний вік для жінок (17 років), ніж для чоловіків (18 років) (18).¹¹²

¹⁰⁷ Закон України № 996—IV від 19.06.03 «Про соціальні послуги» (у редакції 30.12.2009) (Стаття 10); Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» № 2081—XII від 19.11.1992 (із змінами від 13.10.2010 (Стаття 39.1); Закон України "Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ" № 1972—XII від 12.12.1991 (Розділ III, Стаття 13); Наказ МОЗ, МОН, Мінсім'ї, МПСП, Держдепартаменту України з питань виконання покарань від 23.11.2007 № 740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей» (Параграф 1.4).

¹⁰⁸ Наказ МОЗ, МОН, Мінсім'ї, МПСП, Держдепартаменту України з питань виконання покарань від 23.11.2007 № 740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей» (Параграф 7.2).

¹⁰⁹ Постанова КМУ «Про затвердження порядку провадження діяльності з усиновлення та здійснення нагляду за дотриманням прав усиновлених дітей» від 08.10.2008 № 905.

¹¹⁰ Закон України № 2341—III від 04.05.2001 «Кримінальний кодекс України» (Стаття 132).

¹¹¹ Указ Президента України від 05.05.2008 № 411/2008 «Про заходи щодо забезпечення захисту прав і законних інтересів дітей» (Параграф 4).

¹¹² Цивільний кодекс України.

- Навчальні програми з профілактики ВІЛ для дітей здійснюються у навчальних закладах. Втім, не існує стандартизованих протоколів та органів, які б проводили навчання для вчителів, директорів шкіл, викладачів та вихователів будинків-інтернатів та інших закладів соціального забезпечення, залучених до профілактики ВІЛ серед дітей та підлітків.

Діти, які живуть та працюють на вулиці

Рівень поведінки високого ризику, такої як споживання ін'єкційних наркотиків, зростає серед дітей в Україні — зокрема серед ув'язнених дітей, дітей, яких залишили батьки-мігранти, та дітей, які живуть на вулиці. Правові перешкоди та упереджене ставлення досі обмежують доступ дітей з груп ризику до вкрай необхідних послуг. Наприклад, нові правила, які зменшують обсяг наркотичних речовин, за наявності яких порушується кримінальна справа, можуть призвести до збільшення числа дітей, які потрапляють до системи ювенального правосуддя. Комітет ООН КПД висловив занепокоєння щодо стратегії боротьби з наркотиками на 2010 — 2015 роки, яка не досить адекватно враховує цю проблему (Комітет ООН з прав дитини, 2011). Досі існує дефіцит спеціалізованих послуг, дружніх до дітей, які б займалися лікуванням та реабілітацією дітей з груп ризику. Рівень охоплення, масштаби та якість програм з профілактики ВІЛ серед підлітків з груп найвищого ризику (ПГНР) залишаються низькими. В той же час, серед ПГНР ризик та уразливість до ВІЛ-інфікування є підвищеними. Це частково пов'язано з низьким рівнем знань на навичок щодо ВІЛ разом з невисоким сприйняттям ризику.

В ході нещодавнього аналізу законодавства з прав дітей та молоді, які живуть та працюють на вулиці, була відзначена відсутність офіційних статистичних даних про чисельність дітей та молоді, які живуть та працюють на вулиці (Бордуніс, неопубліковане). Такий дефіцит даних є перешкодою до ефективного вирішення проблеми ВІЛ серед ПГНР.

Сімейний кодекс України дозволяє відмову від «дитини, якщо вона має істотні вади фізичного і (або) психічного розвитку, а також за наявності інших обставин, що мають істотне значення».¹¹³ Це може підвищити ймовірність відмови від дитини, її спрямування до дитячого закладу чи, врешті-решт, залишення на вулиці. Комітет ООН з прав дитини висловив занепокоєння з приводу цього положення про відмову від дитини у своїй доповіді, оприлюдненій у лютому 2011 (Комітет ООН з прав дитини, 2011, с. 10)

Хоча оцінки й розрізняються, дітей, які живуть на вулиці, велика и продовжує зростати. Багато молодих людей, які живуть на вулиці, є високо уразливими до ВІЛ-інфекції і практикують ризиковану поведінку — наприклад, споживання ін'єкційних наркотиків та надання послуг комерційного сексу, - яка підвищує ризик передачі ВІЛ. Діти, які живуть на вулиці, часто практикують ризиковану поведінку, щоб не повертатися додому, де за ними не доглядають та де їх ображають. Бідність підштовхує молодь до надання сексуальних послуг за гроші. Дітей часто влаштовують у заклади, які не мають можливості надавати адекватний догляд, що не дозволяє їм опанувати необхідні життєві навички і що підвищує ймовірність того, що вони втечуть на вулицю. Ув'язнення молоді також підвищує ризик ВІЛ-інфекції, тому що у в'язничному середовищі молоді люди можуть піддаватися сексуальному насильству, вживати наркотики, а послуги з профілактики та лікування ВІЛ є обмеженими. Діти та молоді люди, які живуть та працюють на вулицях в Україні, мають невисоку обізнаність та слабкі знання про ВІЛ, і низьке сприйняття ризику. Крім того, вони мають обмежений доступ до послуг внаслідок стигми та дискримінації та бідності. Медичні працівники часто вимагають платню за свої послуги від бездомних дітей та молодих людей.

Уразливість дітей та молоді, які живуть та працюють на вулицях, підсилюється внаслідок кількох прогалин у нормативно-правовій базі України. Хоча в національному законодавстві є

¹¹³Сімейний кодекс України (Стаття 143, Параграф 3).

визначення поняття «бездомної дитини», воно не містить визначення «бездоглядної дитини», і не регулює забезпечення прав бездомних та бездоглядних дітей. Не існує дієвих механізмів, які б забезпечували реалізацію прав бездомних та бездоглядних дітей, так само, як не існує механізму для того, щоб ДПБП могли одержувати призначену їм державну допомогу.¹¹⁴

До переліку державних закладів, які забезпечують соціальний захист бездомним дітям, відносяться притулки Служби у справах дітей; центри соціально-психологічної реабілітації дітей; та соціально-реабілітаційні центри («Дитяче містечко»). Дітей з залежністю від психоактивних речовин приймають лише Центри медико-соціальної реабілітації неповнолітніх.¹¹⁵ Слід відзначити, що в положеннях законів не визначено, зо дітей, які живуть на вулиці, слід влаштовувати у дитячі заклади; втім, ключові респонденти повідомляють, що цих дітей регулярно «відловлює міліція та спрямовує до притулку». Після того, які ці діти потрапляють у тимчасові притулки, надавачі послуг не завжди надають їм повний спектр необхідних послуг, і багато дітей втікають звідти, не бажаючи повертатися додому чи в інші заклади, де вони перебували раніше. Один представник НУО зазначив, що ці міліцейські служби «мали б бути краще підготовленими для роботи з дітьми і переконувати їх звертатися за послугами. Притулки мають бути відкритими, щоб діти могли приходити і уходити, і отримували б доступ до послуг, а не відчували себе ув'язненими».

Жодних обмежень щодо перебування ВІЛ-позитивних дітей у закладах для бездомних дітей не визначено.¹¹⁶ Втім, ВІЛ не згадується у Державній програмі подолання дитячої безпритульності та бездоглядності на 2006-2010 роки. Так само і послуги у зв'язку з ВІЛ не включені до переліку послуг, що мають надаватися дітям у соціально-реабілітаційних центрах («Дитяче містечко».¹¹⁷ Стандарти надання соціальної підтримки та соціальних послуг бездомним дітям ще не прийняті, так само, як процедури та методи оцінки потреб та створення плану соціального супроводу для цих дітей.

Спільний наказ МОЗ/МСМС 2004 року визначає порядок взаємодії між центрами соціальних послуг для молоді та медичними закладами щодо запобігання ранньому соціальному сирітству.¹¹⁸ Втім, ці процедури виконуються неефективно. У грудні 2009 МСМС видало

¹¹⁴ Тетяна Бордуніс, 2010. «Аналіз нормативно-правового забезпечення прав дітей і молоді, які живуть або працюють на вулиці, попередження бездомності та бездоглядності в Україні». АМР США, Проект розвитку ВІЛ/СНІД-сервісу в Україні.

¹¹⁵ Закон № 20/95-ВР від 24.01.1995 р. «Про органи і служби у справах дітей та спеціальні установи для дітей» (Стаття 7); Постанова КМУ «Про затвердження Положення про центр медико-соціальної реабілітації неповнолітніх» від 06.09.1996 №1072; Закон України № 2402—III від 26.04.2001 «Про захист дитинства» (Стаття 24); Постанова КМУ «Про затвердження Положення про прийомну сім'ю» від 26.04.2002 № 565 (Параграфи 1 та 15); Постанова КМУ від 28.01.2004 р. № 87 «Про затвердження Типового положення про центр соціально-психологічної реабілітації дітей» (Параграфи 1 та 17); Закон України № 2623—IV від 02.06.2005 «Про основи соціального захисту бездомних громадян і безпритульних дітей» (Статті 2.3, 23, 24, та 25); Постанова КМУ «Про затвердження Типового положення про соціально-реабілітаційний центр — дитяче містечко» від 27.12.05 №1291; (Параграфи 1 та 3); Постанова КМУ від 29 грудня 2009 р. № 1421 «Про затвердження Типового положення про центр захисту дітей "Наші діти"». (Параграфи 1, 4, та 19).

¹¹⁶ Там же.

¹¹⁷ Закон України № 2402—III від 26.04.2001 «Про захист дитинства» та Закон України № 2623—IV від 02.06.2005 «Про основи соціального захисту бездомних громадян і безпритульних дітей» (Стаття 2); Постанова КМУ «Про затвердження Положення про прийомну сім'ю» від 26.04.2002 № 565 (Параграф 21); Постанова Верховної Ради України від 03.02.2004 р. № 1428-IV "Про Рекомендації парламентських слухань «Про проблему бездомних громадян та безпритульних дітей і шляхи її подолання»" (Параграф 1); Спільний наказ МПСП, МСМС, МОЗ, МВС, Держкомітету з питань національностей та релігій, та Держдепартаменту з питань виконання покарань № 70/411/101/65/19/32 від 19.02.2009 «Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів, що надають соціальні послуги бездомним громадянам» (із змінами від 19 лютого 2009 р.); Наказ МСМС № 4568 від 29.12.2009 «Про затвердження Примірного положення про мультидисциплінарну вуличну команду соціальної роботи з дітьми та молоддю груп ризику»; Постанова КМУ від 28.01.2004 р. № 87 «Про затвердження Типового положення про центр соціально-психологічної реабілітації дітей».

¹¹⁸ Наказ МСДМ, МОЗ від 22.10.2004 р. № 625/510 «Про затвердження Порядку взаємодії ЦССМ із закладами охорони здоров'я з питань запобігання ранньому соціальному сирітству»

наказ¹¹⁹ про створення мультидисциплінарної групи спеціалістів для надання соціальних та профілактичних послуг дітям та молоді з груп високого ризику. Таку групу для профілактики ВІЛ серед бездомних та бездоглядних дітей було створено вперше.¹²⁰

Добровільне консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (ДКТ)

“Чинне законодавство не дає нам змоги надавати послуги ДКТ представникам груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, не порушуючи законодавства», — висловлювання з приводу невизначеного статусу мобільних клінік і необхідності запрошувати лікарів з Центрів профілактики та боротьби зі СНІДом для надання послуг з індивідуальної підтримки

Команда проекту НРР провела аналіз 15 законів України, нормативних документів і методичних рекомендацій та інтерв'ю з основними респондентами з питань запровадження цих законів і нормативних документів, а також потенційних пробілів або перешкод, що можуть впливати на одержання доступу до послуг ДКТ та їх якість.

Стислий огляд результатів

Сильні сторони

- Законодавство у сфері ВІЛ/СНІДу дозволяє молоді у віці 14 — 18 років проходження тестування без згоди батьків.

Прогалини політики

- Клінічні протоколи щодо ДКТ застарілі, порівняно з міжнародними рекомендаціями.
- Декілька нормативно-правових актів все ще залишаються у формі проектного документу: протокол ДКТ, що передбачає проведення тестування з ініціативи медичного працівника; положення щодо проведення консультування та тестування у мобільних клініках; а також нормативно-правові акти МОЗ щодо забезпечення якості лабораторної діагностики.
- Обмежене фінансування на потреби тестування на ВІЛ.
 - Національний бюджет забезпечує фінансування виключно для тестування вагітних жінок і донорів крові.
 - Обласні бюджети повинні забезпечувати фінансування для тестування 5 відсотків місцевого населення; однак ці тести зарезервовані для представників груп найвищого ризику та залежать від наявності коштів.
- Нинішній правовий статус мобільних клінік є невизначеним; нормативно-правові акти залишаються у формі проектного документу.
- Доступ до експрес-тестування на ВІЛ обмежено.
 - У державному секторі, кошти для експрес-тестування зарезервовані для пологових будинків. Донори та гранти забезпечують певну частину експрес-тестування додаткових груп населення.
 - МОЗ нещодавно затвердив протоколи для більш широкого використання експрес-тестування, але воно все одно буде залежати від наявності місцевих коштів.
 - Чинне законодавство не допускає використання експрес-тестів у закладах охорони здоров'я та у мобільних клініках при проведенні планових послуг ДКТ.
- Не запроваджено систем ліцензування та акредитації закладів ДКТ, що залишає НУО

¹¹⁹ Наказ МСМС "Про затвердження Примірного положення про мультидисциплінарну вуличну команду соціальної роботи з дітьми та молоддю груп ризику" № 4568 від 29 грудня 2009 р.

¹²⁰ Тетяна Бордуніс, 2010. «Аналіз нормативно-правового забезпечення прав дітей і молоді, які живуть або працюють на вулиці, попередження бездомності та бездоглядності в Україні». АМР США, Проект розвитку ВІЛ/СНІД-сервісу в Україні.

уразливими до загрози закриття.

- Відсутня стратегія цільового застосування послуг ДКТ у роботі з ГНР.
- Виклад Закону про ВІЛ/СНІД викликав плутанину серед постачальників послуг з приводу того, чи повинно після-тестове консультування молоді проводитись у присутності батьків / опікунів.
- Діючі нормативно-правові акти вимагають проведення після-тестового консультування лікарем, таким чином обмежуючи можливості розширення послуг ДКТ.
- Від пацієнтів вимагається реєстрація у Центрі СНІДу, як умова отримання лікування, тому багато з них відмовляються від реєстрації та випадають з подальшого нагляду та лікування.
- Процедури повідомлення партнера залишаються неясними.

Інші перепони

- Нагляд над послугами ДКТ виконується непослідовно.
- Обізнаність про послуги ДКТ залишається низькою, а залучення Кабінетів «Довіра», протитуберкульозних і наркологічних диспансерів, та центрів лікування ПСШ у наданні послуг ДКТ – недостатнім.
- Професійна підготовка спеціалістів з ДКТ - обмежена (*один із проектів, що підтримується USAID, працює з Медичною Академією Післядипломної Освіти у місті Києві над запровадженням курсу професійної перепідготовки без відриву від роботи*).
- Ключові респонденти відзначали, що інколи епідеміологи не реєструють випадки інфікування на ВІЛ через переконання в тому, що швидкі тести неточні, а також не погоджуються із застосуванням двох швидких тестів для підтвердження ВІЛ.

Доступ до послуг з добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію

У 2009 році, 49 відсотків людей із новими зареєстрованими випадками інфікування вже мали СНІД станом на час встановлення діагнозу (МОЗ України, 2010 рік), що свідчить про потребу покращення доступу до послуг ДКТ. Законодавство передбачає вільний доступ до будь-якого медичного закладу незалежно від його форми власності (приватної, некомерційної чи урядової), якщо заклад має відповідну ліцензію та офіційну акредитацію.¹²¹ Деякі керівники недержавних громадських організацій, які були основними респондентами під час проведення цього оцінювання, висловлювали стурбованість з приводу того, що така система ліцензування та акредитації фактично не розробляється чи наразі не здійснюються. Вони побоюються, що уряд може заборонити їм надавати свої послуги, щойно закон набуде чинності.

Незважаючи на те, що існують законодавчі гарантії того, що послуги ДКТ мають надаватися безплатно, державним бюджетом передбачено фінансування лише тестування донорської крові та вагітних жінок. З обласних бюджетів виділяються кошти лише на фінансування тестування 5 % населення, але й ці кошти на фінансування тестування 5 % населення мають бути зарезервовані для фінансування послуг, що надаються представникам груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ. Виконання цієї вимоги залежить від наявності фінансових ресурсів у регіонах. Респонденти з Миколаєва повідомляли про те, що за кошти державного бюджету фінансується тестування лише 6,4 % населення (70 000 — 80 000 осіб), у той час, як представники з Кіровограду повідомляли, що вони змогли профінансувати тестування лише 3,5 % населення минулого року під час економічної кризи. Вони заявляли, що цього року обов'язково буде профінансовано тестування 5 % населення.

Інструкції з проведення ДКТ визначено, але вони застарілі і тепер оновлюються.¹²² Хоча чинні інструкції приділяють особливу увагу інформуванню потенційних клієнтів і, зокрема, представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ про послуги ДКТ, стратегія з

¹²¹ Як закон про ВІЛ/СНІД (Закон від грудня 2010 року № 2861), так і Загальнодержавна програма з ВІЛ/СНІДу на 2009—2013 роки (Закон від лютого 2009 року № 1026) передбачають доступ до послуг з добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію

¹²² Інструкції з провадження порядку ДКТ визначені у Наказі МОЗ від серпня 2005 № 415, яким порядок надання послуг приведено у відповідність до стандартів

цільового надання ДКТ-послуг представникам груп підвищеного ризику інфікування відсутня.¹²³ Натомість, НУО в основному співпрацюють з міжнародними організаціями, щоб надавати більше інформації клієнтам про послуги ДКТ.

Хоча послуги ДКТ у першу чергу пропонуються кабінетами «Довіра», які є підрозділами Центрів з профілактики та боротьби зі СНІДом у кожному районному центрі, в цих інструкціях також підкреслюється важливість надання послуг з ДКТ туберкульозними диспансерами, центрами з діагностики та лікування ІПСШ та наркологічними диспансерами.¹²⁴ На жаль, основні респонденти повідомляли про те, що громадськість не поінформована про те, що кабінети «Довіра» є основними об'єктами, в яких надаються послуги з ДКТ. Цим установам і рівню їх внутрішнього оснащення належної уваги не приділяють. Клієнт може й не помітити інформацію про такий кабінет серед тих, що наведено в каталозі, та, можливо, йому доведеться розпитувати про місце розташування такого кабінету. Крім того, інші медичні працівники можуть не знати про існування кабінетів «Довіра» та послуги, що вони пропонують.

Зараз Міністерство охорони здоров'я розглядає та схвалює низку нормативних документів, спрямованих на поліпшення надання послуг з ДКТ. Ці проекти нормативних документів містять інструкції з проведення ДКТ за ініціативи надавачів, положення про надання ДКТ-послуг через мобільні клініки, а також інструкції з контролю за якістю лабораторних досліджень Міністерства охорони здоров'я. Ці документи було розроблено Робочою групою МОЗ з питань ДКТ за активної підтримки USAID.

Добровільне консультування й тестування на ВІЛ-інфекцію серед молоді віком 14 – 18 років

Як відзначалось вище,¹²⁵ відповідно до закону про ВІЛ/СНІД від 2010 року дозволяється проводити консультування й тестування на ВІЛ-інфекцію серед молоді віком 14-18 років без згоди батьків або законного представника. Кілька основних респондентів розглядають ці інноваційні зміни до законодавства як мету охопити послугами більшу кількість молодих людей. Є певна стурбованість зацікавлених сторін, в тому числі і постачальників послуг, в інтерпретації того, як забезпечити після тестове консультування, особливо в разі ВІЛ-позитивного результату. Хоча в законі про ВІЛ/СНІД наголошується, що *рекомендується* надавати результати тестів у присутності батьків/опікунів/законних представників, деякі з основних респондентів, у яких ми брали інтерв'ю, розглядали це як *вимогу*. У рекомендаціях також йдеться про те, що під час надання послуг ДКТ надавачі медичних послуг беруть до уваги емоційний стан і фізичне благополуччя дитини, коли вони видають їм результати тестів. Один основний респондент відмічав, що «будь-якій дитині чи молодій людині буде потрібна емоційна підтримка під час отримання ВІЛ-позитивного діагнозу».

Мобільні клініки з надання послуг ДКТ

Мобільними клініками, які працюють поза межами закладів охорони здоров'я, а також мобільними клініками НУО дозволено надавати ДКТ-послуги.¹²⁶ Окремі нормативні документи з питань статусу та обсягу діяльності перебувають зараз на перегляді і схвалюються МОЗ України. Сьогодні, за словами основних респондентів, переважна більшість мобільних клінік, що пропонують послуги ДКТ, перебуває у віданні НУО. Основні респонденти в регіонах розглядають мобільні клініки як чудовий ресурс охоплення населення послугами, що проживає в районних центрах, селищах та селах, а також представників уразливих груп населення, які не мають доступу до послуг ДКТ поблизу їх місць проживання.

Одне з основних положень, що розглядається і викликає стурбованість у НУО, що надають послуги через мобільні клініки, є положення про те, що чинні законодавчі акти вимагають, щоб

¹²³ Наказ МОЗ від квітня 2006 року № 236 і Наказ від липня 2006 року МОЗ № 446

¹²⁴ Наказ МОЗ від лютого 2008 року № 102

¹²⁵ Див. стор. 5

¹²⁶ Наказ МОЗ від серпня 2005 року № 415

послуги після тестового консультування надавались лікарем. Мобільні клініки мають мати лікаря у своєму штаті для того, щоб повідомляти про результати тестів, а офіційні результати тестування на ВІЛ-інфекцію у формі сертифіката (довідки) не можуть надаватися НУО, а лише закладами, що мають ліцензовані та акредитовані лабораторії. Основні респонденти з Кіровограда та Миколаєва відзначали значимість належної підготовки та передавання обов'язків, що дозволило б іншим установам забезпечувати після тестове консультування.

Нормативні документи з питань після тестового консультування

Окрім нормативних вимог щодо до того, що лікарі мають проводити після тестове консультування та інструкцій з надання таких послуг,¹²⁷ є також і нові інструкції, які визначають, як надавачі медичних послуг мають проводити сеанси консультування, а також інструкцію з питань інформування клієнтів і партнерів. Хоча послуги ДКТ можуть надаватися анонімно, і якщо у клієнта позитивний результат на ВІЛ-інфекцію, надавач медичних послуг має запропонувати клієнту зареєструватися в Центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом, щоб бути залученим до програми підтримки та надати клієнту інформацію про НУО, які можуть надавати таку підтримку. Послуги з діагностичного тестування, догляду та АРТ можуть надаватися лише тоді, коли клієнт зареєстрований. Реєстрація в Центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом є конфіденційною, а медичні працівники не мають права розголошувати інформацію про ВІЛ-статус клієнта відповідно до нового Закону про ВІЛ/СНІД.¹²⁸ Надавачі медичних послуг і представники НУО, з якими проводились інтерв'ю, повідомляли, що багато клієнтів не бажають реєструватися, і деякі з них втрачають можливість одержання послуг із догляду та лікування.

Інформування партнерів і консультування партнера

Закон про ВІЛ/СНІД містить положення про те, що постачальник послуг має спочатку попросити клієнта, щоб той інформував своїх партнерів. Клієнт може назвати своїх партнерів лікаря та попросити лікаря проінформувати партнерів від свого імені; однак, чіткий механізм або процедура інформування партнерів відсутня.

Як зазначається в законі, якщо клієнт відмовляється, та після повторних сеансів консультування постачальник послуг вважає, що клієнт не змінює свою поведінку високого ризику інфікування, постачальник послуг має брати на себе відповідальність за інформування партнерів клієнта, не розкриваючи особи клієнта. Ця вимога може надавати можливості для виникнення зловживань. Основні респонденти, включно з постачальниками послуг, висловили занепокоєння з приводу труднощів у реалізації цієї нової вимоги. Вони висловлювали свою стурбованість з приводу того, що немає критеріїв визначення змін у поведінці клієнта, і немає чітких критеріїв для визначення поведінки високого ризику інфікування. Немає також механізму, згідно з яким можна було б визначати партнерів клієнта в разі, коли клієнт не надає такої інформації.¹²⁹

Впровадження та просування послуг з консультування й тестування на ВІЛ-інфекцію за ініціативи надавачів медичних послуг усім, хто не висловив незгоду

Чинне законодавство щодо надання послуг ДКТ орієнтовано на клієнтів, які звертаються за допомогою добровільно (ДКТ), а не надання послуг ДКТ за ініціативи надавача медичних послуг. Однак рівень обізнаності громадськості щодо наявності різноманітних послуг ДКТ, як і раніше, залишається низьким, а ініціатива надання послуг ДКТ для представників уразливих груп у більшості випадків виходить від НУО.

Надання послуг ДКТ за ініціативи надавача медичних послуг, що підтримується міжнародними рекомендаціями, може стати суттєвим доповненням до наявної практики надання послуг ДКТ, але зараз лише послуги з тестування донорської крові та вагітних жінок

¹²⁷ Там само

¹²⁸ Закон від грудня 2010 року № 2861-VI

¹²⁹ Закон України від 12.23.2010 року № 2861-VI

здійснюються за ініціативи надавача. Питання надання послуг ДКТ за ініціативи надавача медичних послуг перебуває зараз на розгляді в Міністерстві охорони здоров'я з метою його більш широкого впровадження в Україні.

Основні респонденти, включно з представниками міжнародних НУО та надавачами, зацікавленими у впровадженні послуг ДКТ за ініціативи надавача, зацікавлені у такому підході, щоб допомогти вирішенню проблеми втрати клієнтів, які направляються НУО до Центру з профілактики та боротьби зі СНІДом. Такі основні респонденти зазначали, що впровадження надання послуг ДКТ за ініціативи надавача вимагатиме додаткових тренінгів для медичних працівників як заочно, так і на робочому місці на всіх рівнях надання медичної допомоги.

Політика, що дає змогу належним чином готувати й контролювати непрофесійних працівників під час надання послуг з консультування і тестування

Чинне законодавство передбачає надання послуг з після тестового консультування як державним, так і громадським організаціям, яким належать мобільні клініки, соціальними робітниками і приватними клініками та клініками, що належать НУО. Як описано вище, інструкції вимагають, щоб після тестове консультування проводили лікарі. Тренінги для надавачів медичних послуг з питань надання послуг ДКТ визначено законодавством,¹³⁰ але державні програми мають низьку спроможність. За підтримки уряду тренінги доступні лише в Національній академії післядипломної освіти в Києві, яка пропонує лише два курси на рік. Більшість тренінгів для медичних і соціальних працівників надають міжнародні організації та НУО. Закон про ВІЛ/СНІД, прийнятий нещодавно, вимагає, щоб спеціалізовані тренінги для працівників з питань ДКТ надавали акредитовані навчальні центри, що мають ліцензію.

Експрес-тестування на ВІЛ-інфекцію за місцем лікування

Централізовані поставки та використання експрес-тестів у медичних установах обмежуються лише проведенням тестів в «пологових будинках» (пологових закладах), а також проведенням тестування донорської крові в екстрених випадках.¹³¹ У 2009 році було видано тимчасове положення МОЗ, згідно з яким дозволяється проводити експрес-тести для експрес-діагностики в туберкульозних диспансерах, центрах з діагностики та лікування ІПСШ і наркологічних диспансерах; проте їх закупівля залежить від бажання місцевих органів влади і фінансування, та такі закупівлі здійснюються рідко. У 2010 році поставки експрес-тестів на ВІЛ в основному здійснювались в рамках 6-го Раунду Фінансування Глобального Фонду (через Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, який виступає Спів-реципієнтом у цій діяльності) і Фонд Клінтона.

Відповідно до чинного законодавства використання експрес-тестів всіма медичними закладами та мобільними клініками для надання регулярних послуг ДКТ не дозволяється. Міжнародні інструкції рекомендують використання експрес-тестів для мінімізації втрати пацієнтів з-під нагляду до того, як вони дізнаються про свій ВІЛ статус. Новий наказ МОЗ «Про затвердження порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення» вже затверджено в Міністерстві юстиції, і він офіційно регулюватиме використання експрес-тестів у більш широкому масштабі.¹³² Цим порядком дозволяється використання експрес-тестів лікувальними установами, включаючи ті, які надають послуги уразливим групам населення, якщо вони можуть дозволити собі витрати на тест-системи. Основні респонденти зазначали, що окремі лабораторії та епідеміологи іноді не реєструють

¹³⁰ Закон від лютого 2009 року № 1026 (Загальнодержавна програма з протидії СНІД) і Наказ МОЗ № 415 передбачають проведення тренінгів для лікарів з питань консультування та тестування

¹³¹ Закон від грудня 2010 року № 2861, Наказ МОЗ від червня 2003 року № 255

¹³² Наказ МОЗ № 1141 від 21 грудня 2010 року «Про затвердження порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення»

випадки захворюваності на ВІЛ тому, що вони не вважають, що експрес-тестування є точним, і не погоджуються з підходом щодо використання двох різних експрес-тестів для підтвердження ВІЛ-інфекції.

Доступ до високоякісних і недорогих лікарських засобів

«Ми не можемо надавати послуги з лікування відповідно до таких [міжнародних] стандартів, оскільки поставки [лікарських засобів] здійснюються ненадійно»

Команда проекту НРР оцінювала зобов'язання Уряду України щодо забезпечення доступу ЛЖВ до високоякісних і доступних лікарських засобів, в т.ч. препаратами для АРТ, профілактики та лікування ОІ, та інших лікарських засобів на основі аналізу 91 нормативно-законодавчих актів України (законів України, постанов, стандартів, розпоряджень, наказів, інших підзаконних актів, протоколів (нормативів) надання медичної допомоги, методичних рекомендацій)

Стислий огляд результатів

Сильні сторони

- Загальнодержавна Програма з ВІЛ/СНІД гарантує державне забезпечення 80-відсоткової потреби лікарських засобів для АРТ.
- Діє спільна робоча група з питань інтелектуальної власності та доступу до медикаментів.
- Переглянуті у 2010 році стандарти та протоколи АРТ відображають міжнародні стандарти, що рекомендують ранній початок АРТ для ЛЖВ.
- Загальнодержавна Програма з ВІЛ/СНІД гарантує фінансування на потреби програм ППВМД та забезпечення педіатричних форм лікарських засобів для АРТ.
- Процес реєстрації лікарських засобів чітко визначений (однак складний).

Прогалини політики

- Загальнодержавна Програма з ВІЛ/СНІД містить розрахунки загальної потреби в АРТ; однак, ці розрахунки та відповідні показники не відображають переглянуті стандарти та протоколи АРТ, що рекомендують ранній початок АРТ для пацієнтів.
- Недостатнє фінансування на потреби АРТ у зв'язку з високими цінами на лікарські препарати; більшість наявного фінансування використовується на антиретровірусні препарати першої лінії. Обмежені поставки антиретровірусних препаратів не дозволяють своєчасне включення пацієнтів для проходження АРТ.
- Нечітка стратегія розширення доступу до АРТ.
- Складний процес реєстрації нових лікарських препаратів; крім того, впродовж п'яти років після реєстрації певного лікарського препарату, нормативно забороняється використання відповідної реєстраційної інформації для реєстрації іншого лікарського препарату.
- Труднощі з використанням генеричних лікарських препаратів, пов'язані з негнучким патентним законодавством та заборонаю на генеричні версії лікарських препаратів, на які поширюється патент; власники патенту можуть не допустити використання даних до-клінічних та клінічних випробувань для реєстрації генеричних лікарських препаратів.
- Регіональні бюджети лише частково забезпечують потребу в лікарських препаратах для ОІ, що призводить до перерв у лікуванні та розвитку резистентності до лікарських препаратів.
- Непослідовність централізованих закупівель лікарських препаратів для АРТ та інших потреб призвело до їх дефіциту (дивись розділ про закупівлі та поставки лікарських засобів і виробів у сфері ВІЛ/СНІДу).
- Держава не фінансує проведення досліджень та аналізів на резистентність до лікарських

препаратів.

Інші перепони

- У сільській місцевості, ЛЖВ та їх партнери стикаються із суттєвими перепонами на шляху отримання високоякісних і комплексних медичних послуг; крім того, ключові респонденти відзначають, у деяких регіонах, незадовільний рівень комунікації між Центрами СНІД та лікарями на районному рівні.

Починаючи з 2004 року, коли було розпочато широке запровадження АРТ у шести регіонах України за підтримки ГФСТМ, охоплення послугами АРТ поширилось на всі 27 регіонів країни. У 2004 році, лише 250 ЛЖВ в Україні отримували життєво необхідні антиретровірусні препарати (за даними МОЗ України, 2010 рік). Станом на 1-ше січня 2011 року, 22 697 осіб отримували АРТ із загального числа ЛЖВ, яке за оцінками складає 350 000 осіб. Хоч загалом охоплення АРТ розширилось з 27 відсотків у 2006 році до 41 відсотка у 2008 році, повільні темпи розширення АРТ залишаються однією з головних проблем (за даними МОЗ України, 2010 рік).

Політика щодо забезпечення доступу різних груп населення до високоякісних і недорогих лікарських засобів

В Загальнодержавній програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки на державному рівні декларується, що держава гарантує забезпечення потреб ЛЖВ ліками належної якості та в необхідному асортименті. Очікуваними результатами виконання заходів Програми передбачено забезпечення АРТ не менш як 80% хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, які її потребують, запобігання резистентності до лікарських препаратів, забезпечення хворих АРТ відповідно до затверджених стандартів та клінічних протоколів. В Україні стандарти і клінічні протоколи переглядалися у 2010 році з метою врахування змін в міжнародних стандартах, які рекомендують розпочинати лікування ЛЖВ раніше, ніж було в попередніх інструкціях. Рекомендації ВООЗ від 2010 року рекомендують починати АРТ серед пацієнтів з рівнем CD4¹³³ 350 кл/мкл і нижчим, незалежно від наявності симптомів, у той час, як у попередніх інструкціях початок терапії рекомендували серед пацієнтів з клінічним захворюванням, що прогресує, та (або) з рівнем CD4-лімфоцитів 200 чи нижчим (ВООЗ, 2010 р.). Ці зміни не скориговано у завданнях Програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД щодо АРТ з урахуванням цих змін. Чітка стратегія з розширення доступу до АРТ також відсутня.

Під час інтерв'ю з основними респондентами команда запитувала медичних працівників закладів охорони здоров'я про те, чи вони вже впроваджують нові клінічні рекомендації, затверджені МОЗ, стосовно початку проведення АРТ, коли рівень CD4-лімфоцитів становить 350 кл/мкл. Деякі медичні спеціалісти були навіть не поінформовані про такі зміни в клінічних рекомендаціях, їх відповідь була наступна: «У нас немає жодної можливості реалізувати такі рекомендації за наявного фінансування. Ми намагаємося досить швидко приймати нових пацієнтів, коли у них поточний рівень CD4-лімфоцитів 150». Одним із медичних працівників було зазначено, що новим пацієнтам доводиться часто чекати на отримання терапії і вони можуть розпочати лікування лише при дуже низькому рівні CD4-лімфоцитів, навіть настільки низькому, що кількість CD4-лімфоцитів може становити і п'ять клітин і навіть нуль.

Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки також гарантує фінансування програми ППВМД за кошти з державного бюджету для закупівлі таких компонентів, як тест-системи для діагностики ВІЛ-інфекції, експрес-тестів, тестів для визначення рівня CD4 та вірусного навантаження, препаратів АРТ, діагностичних тест-системи ПРЛ для раннього

¹³³ Кластер диференціювання 4 (кількість клітин).

діагностування серед новонароджених, молока та адаптованих дитячих сумішей для немовлят, народжених ВІЛ-інфікованими матерями. Також гарантується наявність педіатричних АРВ-препаратів, а також здійснення реєстрації та моніторингу за побічною дією препаратів.

ЛЖВ та їх партнери, що проживають у сільській місцевості, стикаються із серйозними перепонами на шляху до отримання високоякісних і комплексних медичних послуг. У таких регіонах, як Миколаївська область, працівниками Центру профілактики та боротьби зі СНІДом проводяться регулярні лекції, тренінги та інформаційні сесії для лікарів-інфекціоністів і лікарів-терапевтів, що працюють в закладах, розміщених на території області. Не в усіх регіонах є ресурси чи ініціативи для забезпечення належного рівня підтримки лікарів під час лікування ЛЖВ за межами Центру профілактики та боротьби зі СНІДом. У деяких регіонах, де є більш низькі рівні фінансування та зовнішньої підтримки донорів, ключові респонденти повідомляли, що «немає тісного зв'язку та обміну даними між Центром профілактики та боротьби зі СНІДом і лікарями на рівні району чи в сільській місцевості». Це призводить до неадекватних і неузгоджених дій щодо надання допомоги ЛЖВ, які проживають за межами обласного центру.

Доступ до лікарських засобів

В Україні на законодавчому рівні гарантовано безоплатне забезпечення антиретровірусними препаратами та лікарськими засобами для лікування опортуністичних інфекцій (ОІ), доступності та належної якості тестування з метою виявлення ВІЛ-інфекції, у т.ч. анонімного, з наданням попередньої та подальшої консультативної допомоги, а також забезпечення безпеки тестування для обстежуваної особи та персоналу, який його проводить.¹³⁴

Діти становлять окрему групу, якій надається пріоритет у забезпеченні догляду та лікування. На основі послідовних відповідей під час інтерв'ю з ключовими респондентами — надавачами медичних послуг, службовцями та НУО, ставало очевидним, що кошти місцевих бюджетів лише частково покривають витрати на лікарські засоби проти ОІ, за винятком протитуберкульозних препаратів. Решта надходить як гуманітарна допомога, або ж пацієнти власним коштом повинні сплачувати за ліки. Двоє респондентів відзначали, що заклади охорони здоров'я можуть надавати на початку лікування ОІ безкоштовно, одержуючи лікарські засоби у своїх аптеках, а потім покладаються на те, що пацієнт сам придбає іншу половину препаратів. Як результат, пацієнт часто отримує лише половину послуг з лікування. Кошти державного бюджету повністю покривають потреби пацієнтів у препаратах для лікування туберкульозу, хоча основні респонденти відзначали, що іноді препаратів на повний курс лікування немає. У окремих випадках, повний спектр необхідних препаратів не поставлявся до закладу охорони здоров'я.

Хоча держава зобов'язалася забезпечити безкоштовне надання АРТ, потреби всіх дорослих пацієнтів не можуть бути задоволені через високі ціни на лікарські засоби. Незважаючи на те, що Урядом і Глобальним фондом виділяються значні кошти на фінансування АРТ, лікарі не мають достатньої кількості АРВ-препаратів, щоб її розпочати відповідно до нових клінічних протоколів і міжнародних стандартів. Багато пацієнтів очікують своєї черги на отримання доступу до АРТ. В одному закладі охорони здоров'я, який ми відвідували, головний лікар зазначав, що 20 пацієнтів з числом CD4-лімфоцитів менше 150, які знаходяться на лікуванні, повинні очікувати на наступну партію лікарських засобів, що має отримати заклад, оскільки тепер у них немає достатнього запасу АРВ-препаратів, щоб задовольнити ці потреби. Ліки, ймовірно, не будуть отримані до осені, щонайменше протягом семи наступних місяців.

¹³⁴Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» від 12/12/1991 року № 1972-ХІІ; Закон України «Про внесення змін до Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 23/12/2010 року № 2861-VI; Закон України «Основи Законодавства України про охорону здоров'я» від 19/11/1992 року № 2801-ХІІ; Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009—2013 роки» від 19/02/2009 року № 1026-VI

Головний лікар іншого Центру профілактики та боротьби зі СНІДом зазначав, що 70 % пацієнтів Центру мають рівень CD4-лімфоцитів 100 або й нижчий.

Нерегулярні централізовані закупівлі АРВ-препаратів та інших лікарських засобів призводять до дефіциту й зростання загрози його виникнення в Україні. Центри профілактики та боротьби зі СНІДом, як правило, виконують інструкцію щодо «покриття потреб пацієнта в препаратах протягом 12 місяців», однак терміни поставки закупівель на наступний рік непередбачувані. Головним контрольно-ревізійним управлінням України (КРУ) здійснюється державний контроль за витратами коштів і матеріальних цінностей, станом і достовірністю бухгалтерського обліку та звітності у закладах, установах, організаціях, які отримують бюджетні кошти із бюджетів усіх рівнів та державних фондів, розробляються пропозиції щодо встановлених недоліків і порушень (наприклад, переоцінка потреб або низький коефіцієнт використання запасів) для їх попередження в подальшому. Заклади охорони здоров'я мають знаходити шляхи накопичення достатніх запасів препаратів, щоб уникати дефіциту запасів і підтримувати прихильність пацієнтів до лікування до прибуття наступної поставки ліків. Одним із шляхів створення додаткових запасів є прийняття більш консервативного підходу надавачами послуг до стимулювання пацієнтів на отримання АРТ. Один із надавачів послуг, у якого брали інтерв'ю, відзначив:

«Жодний з моїх пацієнтів, що отримує АРТ, не постраждає від дефіциту. Страждатимуть лише нові пацієнти, які ще очікують поставок препаратів. Наприклад, у першому кварталі цього року, я мав прийняти 10 осіб на лікування за програмою Глобального фонду та 40 осіб — за програмою лікування, що фінансується Урядом. Я зміг прийняти всіх 10 пацієнтів, чие лікування фінансується за кошти Глобального фонду, і лише 20 пацієнтів — за програмою, що фінансується Урядом. Я не міг наражати пацієнтів АРТ на ризик дефіциту препаратів і перерви в лікуванні»

Коли було поставлено запитання про те, як заклади охорони здоров'я запобігають виникненню дефіциту, один головний лікар повідомив, що вони утримують додатковий шестимісячний запас препаратів. Інший головний лікар повідомив про наявність запасу на три місяці. Ці надавачі відзначали, що такі дії не дозволяються контролюючими органами, але вони не можуть довіряти процесам державних закупівель і ланцюжку поставок. Більш ґрунтовну інформацію про управління закупівлями та ланцюжками поставок можна знайти в розділі «Закупівля та поставка лікарських засобів і виробів медичного призначення у сфері ВІЛ/СНІДу» (див. стор. 65).

Резистентність і доступ до другої та третьої лінії препаратів АРТ

Сьогодні в Україні державні кошти на проведення досліджень і тестувань на резистентність до лікарських засобів не виділяються (Міністерство охорони здоров'я України, 2010 р.). Під час інтерв'ю з ключовими респондентами в одному медичному закладі зазначали, що в минулому, коли вони брали участь у проекті, що фінансувався міжнародними організаціями, вони могли проводити тестування на резистентність до ліків. Більшість коштів на фінансування АРТ використовується для препаратів першої лінії. Препарати другої та третьої лінії просто занадто високо вартісні, для забезпечення більш масштабних досліджень.

Положення державних нормативно-правових актів щодо ціноутворення

Кінцева ціна на препарат формується з урахуванням багатьох чинників. При цьому на неї значною мірою впливає наявність чи відсутність його патентної охорони. Власник патенту може протягом визначеного законодавством терміну контролювати та обмежувати розробку, реалізацію та використання інших ліків (генеричних препаратів). Питання патентної охорони та прав на інтелектуальну власність викладено далі.

Постановою Кабінету Міністрів України № 333 від 25.03.2009 «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення» визначено Порядок формування цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення, щодо яких запроваджено державне регулювання, механізм формування цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення для реалізації суб'єктом господарювання на внутрішньому ринку з урахуванням граничних постачальницько-збутових і торговельних (роздрібних) надбавок, а також алгоритм формування цін. Постановою Кабінету Міністрів України № 955 від 17.10.2008 «Про заходи щодо стабілізації цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення» встановлено, що на лікарські засоби і вироби медичного призначення, включені до Національного переліку основних лікарських засобів і виробів медичного призначення (крім наркотичних, психотропних лікарських засобів, прекурсорів та медичних газів), граничні постачальницько-збутові надбавки не вище ніж 12 % оптово-відпускної ціни та граничні торговельні (роздрібні) надбавки не вище ніж 25 % закупівельної ціни. На лікарські засоби і вироби медичного призначення (крім наркотичних, психотропних лікарських засобів, прекурсорів та медичних газів), що придбаваються повністю або частково за бюджетні кошти, граничні постачальницько-збутові надбавки не вище ніж 10 відсотків оптово-відпускної ціни та граничні торговельні (роздрібні) надбавки не вище ніж 10 % закупівельної ціни. АРВ препарати, схвалені для розповсюдження та використання, включено до Державному формуляру лікарських засобів України.¹³⁵

Своєчасна реєстрація АРВ препаратів, препаратів для лікування ОІ та препаратів для догляду й лікування

На законодавчому рівні регламентовано питання реєстрації ЛЗ, які використовуються у сфері ВЛІ/СНІДу (стаття 9 Закону України № 123/96-ВР від 04.04.1996 «Про лікарські засоби»). Лікарські засоби допускаються до застосування в Україні після їх державної реєстрації. Рішенням про державну реєстрацію затверджуються фармакопейна стаття або методи контролю якості лікарського засобу, здійснюється погодження технологічного регламенту або технології виробництва, а також лікарському засобу присвоюється реєстраційний номер, який вноситься до Державного реєстру лікарських засобів України. Лікарський засіб може застосовуватись в Україні протягом п'яти років з дня його державної реєстрації.

За бажанням особи, яка подала заяву про державну реєстрацію лікарського засобу, термін, протягом якого він дозволяється до застосування на території України, за рішенням органу реєстрації може бути скорочено. Подібне може мати місце у випадку виявлення невідомих раніше небезпечних властивостей лікарського засобу чи з інших подібних причин. МОЗ України або уповноважений ним орган може прийняти рішення про повну або тимчасову заборону на його застосування. Рішення про відмову у реєстрації лікарського засобу приймається на основі підтверджених висновків про його ефективність та безпечність застосування.

Обов'язкове ліцензування та права інтелектуальної власності

У реєстрації може бути відмовлено в разі, коли внаслідок такої реєстрації будуть порушені захищені патентом чинні майнові права інтелектуальної власності, включно з процесом виробництва, розповсюдження чи використання лікарських засобів. Власник патенту може, у встановлений строк, обмежити можливість конкурентів використовувати формулу/винахід, що застосовувались під час розробки лікарського засобу. Це ускладнює доступ пацієнтів до недорогих непатентованих лікарських засобів. Від ключових респондентів представники

¹³⁵ Наказ МОЗ України «Про затвердження Положення про Національний перелік основних лікарських засобів і виробів медичного призначення та Положення про Експертну раду з формування, внесення змін та доповнень до Національного переліку основних лікарських засобів і виробів медичного призначення» від 24 травня 2005 року № 226; наказ МОЗ України №59 від 28 січня 2010 р. «Про затвердження другого випуску Державного формуляру лікарських засобів та забезпечення його доступності»

проекту дізналися, що в разі епідемії МОЗ може скористатися гнучкістю законодавства або виключним правом не забезпечувати захист права інтелектуальної власності фізичної чи юридичної особи на користь усього суспільства. Це право не застосовується МОЗ щодо лікарських засобів проти ВІЛ.

Одним важливим фактором, який може становити загрозу зниженню ціни на лікарські засоби в найближчому майбутньому, є питання правової охорони даних доклінічних та клінічних випробувань. Перешкоди, які створюються власниками патентів на об'єкти інтелектуальної власності при спробах реєстрації або реалізації недорогих генеричних препаратів, негативно позначаються на забезпеченні профілактики та лікування особливо небезпечних захворювань. Це може негативно вплинути на доступ до лікування, оскільки сприятиме більш високим цінам на лікарські засоби, ніж вони могли б бути, коли непатентований лікарський засіб було зареєстровано для застосування на території України.

МОЗ спільно з Національною Академією Наук України створив робочу групу з питань інтелектуальної власності та доступу до лікарських засобів у 2010 році (наказ МОЗ України від 16.09.2010 р. № 787/130)¹³⁶. Завдання роботи цієї групи полягає вдосконаленні чинного законодавства України, що регулює реєстрацію лікарських засобів та охорону прав інтелектуальної власності.

Положення про контроль якості та управління запасами

Контроль якості лікарських засобів, включаючи АРТ, які ввозяться на територію України врегульовано на законодавчому рівні. Законом України № 123/96-ВР від 04.04.1996 «Про лікарські засоби» регламентовано, що на територію України можуть ввозитись лікарські засоби, зареєстровані в Україні, за наявності сертифіката якості, що видається виробником. Контроль за ввезенням на митну територію України лікарських засобів здійснюється Державною інспекцією з контролю якості лікарських засобів.¹³⁷

Якщо орган, такий як Управління США з контролю за якістю харчових продуктів, медикаментів та косметичних засобів, вже видав на імпортовані в Україну лікарські засоби сертифікат, що базується на правилах організації виробництва та контролю якості лікарських засобів (сертифікат GMP), то такі лікарські засоби проходять лише візуальний контроль якості. Сам по собі такий сертифікат вже вказує на відповідний рівень якості лікарських засобів. За відсутності сертифіката GMP, лікарські засоби проходять подвійний контроль — візуальний та лабораторний контроль якості. Процедури лабораторного контролю лікарських засобів зараз на стадії розробки. Здійснення лабораторного контролю кожної партії лікарських засобів вимагає значних ресурсів (часу, грошей та фахівців).

Постановою Кабінету Міністрів України від 14.09.2005 № 902 визначено порядок здійснення державного контролю якості лікарських засобів, що ввозяться в Україну, що запобігає поширенню фальсифікованих, неякісних та незареєстрованих лікарських засобів.¹³⁸ У 2008 році КМУ затверджено план дій щодо поліпшення державного контролю за обігом лікарських засобів і медичного обладнання. Пізніше, у 2010 році, КМУ затверджено механізм здійснення державного контролю якості лікарських засобів з метою недопущення обігу фальсифікованих, неякісних та незареєстрованих лікарських засобів.¹³⁹

МОЗ видано низку наказів щодо контролю якості лікарських засобів:

¹³⁶ Наказ МОЗ України від 16/09/2010 року № 787/130

¹³⁷ Постанова КМУ «Про затвердження Порядку державного управління у сфері контролю якості лікарських засобів, що імпортуються в Україну» від 14/09/2005 року № 902

¹³⁸ Там само.

¹³⁹ Постанова КМУ «Деякі питання державного управління у сфері контролю якості лікарських засобів» від 03/02/2010 року № 260 (із змінами та доповненнями, внесеними Постановою КМУ № 902 від 04/10/2010 року)

- Інструкція про порядок контролю якості лікарських засобів під час оптової та роздрібною торгівлі (2001 рік)¹⁴⁰
- Правила зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у лікувально-профілактичних закладах (2003 рік)¹⁴¹
- Порядок проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань (2009 рік)¹⁴²
- Концепція розвитку фармацевтичного сектору в галузі охорони здоров'я України на 2011 — 2020 роки (2010 рік)¹⁴³

Згідно із твердженням ключових респондентів, які вказують, що незважаючи на зусилля МОЗ та Кабінету Міністрів України постійно регулювати якість і ціни на лікарські засоби, які використовуються в Україні, існують ще серйозні проблеми з отриманням доступу до препаратів АРВ та інших лікарських засобів, що застосовуються під час надання послуг з лікування та догляду для ЛЖВ.

Закупівля та поставка лікарських засобів і виробів медичного призначення у сфері ВІЛ/СНІДу

«Якби був чіткий закон, все було б розплановано та запрограмовано, і, звичайно, не виникало б і збоїв у ланцюжку поставок»

Команда проекту НРР оцінювала систему закупівлі та поставок лікарських засобів і виробів у сфері ВІЛ/СНІДу на основі аналізу 91 нормативно-законодавчих актів України (законів України, постанов, стандартів, розпоряджень, наказів, інших підзаконних актів). Під час оцінювання увага зосереджувалась на системі закупівлі ліків і товарів у сфері ВІЛ/СНІДу в Україні, а також розподілі і супроводі поставок лікарських засобів та виробів медичного призначення, таких як АРВ-препарати й тести для визначення кількості CD4-лімфоцитів та інших для лабораторного моніторингу АРТ.

Стислий огляд

Перепопи в доступі до лікування можуть бути посилені проблемами в системі управління закупівлями та поставками (УЗП) лікарських засобів і виробів медичного призначення у сфері ВІЛ/СНІДу. Хоча в системі УЗП й було досягнуто значного прогресу, все ще залишаються суттєві недоліки та проблеми. Вартість лікування СНІД залишається високою, а вичерпання запасів чи брак препаратів для АРТ негативно впливає на прихильність пацієнтів до терапії. Перебої постачання препаратів для АРТ, що були задокументовані в січні місяці 2011 року, ще більше ускладнили доступ ЛЖВ до АРТ.

¹⁴⁰ Наказ МОЗ України «Про затвердження Інструкції про порядок контролю якості лікарських засобів під час оптової та роздрібною торгівлі» від 30/10/2001 року № 436 (зарєєстровано в Міністерстві юстиції України 05/02/2002 під №107/6395)

¹⁴¹ Наказ МОЗ України «Про затвердження Правил зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у лікувально-профілактичних закладах» від 16/12/2003 року № 584 (зарєєстровано в Міністерстві юстиції України 03/03/2004 року під № 275/8874)

¹⁴² Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань, а також Стандартних положень про Комісії з питань етики» від 23/09/2009 року № 690 (зарєєстровано в Міністерстві юстиції України 29/10/2009 року під № 1010/17026)

¹⁴³ Наказ МОЗ України «Про затвердження Концепції розвитку фармацевтичного сектору в галузі охорони здоров'я України на 2011—2020 роки» від 13/09/2010 року № 769

Сильні сторони

- У лютому місяці 2010 року, МОЗ вжив ряд заходів щодо посилення системи управління закупівлями та поставками лікарських засобів і виробів медичного призначення у сфері ВІЛ/СНІДу:
 - Створено внутрішні робочі групи з ключових питань;
 - Затверджено нове положення про тендерну документацію, яким забороняється встановлювати ціни контрактів, що перевищують встановлені максимальні ціни на лікарські засоби і вироби медичного призначення;
 - Намічено заходи щодо запобігання та боротьби з корупцією під час закупівлі лікарських засобів, виробів і послуг; та
 - Створено Постійну Робочу Групу з питань проведення державних закупівель при МОЗ України.
- Препарати для АРТ, лікування ПСШ та ОІ включені до переліку обов'язкових лікарських засобів.
- У 2009 — 2010 роках, МОЗ видав накази щодо виправлення затримок та недоліків у системі розподілу лікарських засобів і виробів медичного призначення у сфері ВІЛ/СНІДу.

Прогалини політики

- Обмежена прозорість діяльності та участь НУО в діяльності постійного тендерного комітету МОЗ.
- Іноземні організації та виробники стикаються з перепонами у ході тендеру, оскільки тендерні процедури проводяться лише з використанням української мови, а будь-які товари можуть закупатися лише від компаній, офіційно зареєстрованих в Україні.
- Залежність регіонів від процесу централізованих закупівель лікарських засобів для АРТ, а також і інших основних лікарських засобів і виробів медичного призначення у сфері ВІЛ.
- Неєфективність системи поставок і розподілу лікарських засобів і виробів медичного призначення у сфері ВІЛ, особливо що стосується прогнозування потреб, розподілу товарів з центрального рівня, та створення резервного запасу для недопущення нестачі та вичерпання запасів.
- Наявність прогалин і недоліків у забезпеченні якості лабораторних досліджень (наприклад, реагенти для використання в якості контрольних зразків дозволяються до закупівлі лише після проходження повного процесу державної реєстрації).
- Відсутність прозорої методики визначення загальної потреби в лікарських засобах для АРТ; крім того, потреби не пройшли повторної оцінки, щоб відображати останні зміни, запроваджені до протоколів проведення АРТ.

Інші перепони

- Недостатня координація між МОЗ, МФ та МЕ, що призводить до затримок у закупівлях та труднощів у забезпеченні необхідного фінансування.
- Реєстрація побічних ефектів ліків не ведеться відповідним чином через страх обмеження і без того недостатніх поставок лікарських препаратів, а також через недостатню підготовку персоналу.

Державні закупівлі виробів медичного призначення

Закупівля лікарських засобів і виробів медичного призначення, включно з тими, що закуповуються у сфері ВІЛ/СНІД, здійснюється згідно з законодавством України про порядок і процедури проведення державних закупівель. Законом України від 22.12.1995 № 493/95-ВР встановлено загальні правові та економічні засади формування, розміщення і виконання на договірній (контрактній) основі замовлень держави на поставку (закупівлю) товарів, виконання робіт, надання послуг для задоволення пріоритетних державних потреб суб'єктами господарської діяльності України всіх форм власності (потреби в товарах, роботах і послугах,

необхідних для реалізації державних цільових програм.¹⁴⁴ Усі АРВ-препарати, а також велика кількість інших лікарських засобів і виробів, що використовуються для надання послуг у сфері ВІЛ, закупаються централізовано. Перелік основних лікарських засобів¹⁴⁵ регламентує, які лікарські засоби можуть закупуватись закладами та установами охорони здоров'я, що фінансуються з державних бюджетів. АРВ-препарати, ПСШ-препарати, а також лікарські засоби для лікування ОІ включено до переліку основних лікарських засобів. МОЗ, МФ і МЕ разом відповідають за закупівлю виробів медичного призначення. МЕ також відповідає за державну систему моніторингу цін на основні лікарські засоби і вироби медичного призначення.¹⁴⁶ Щорічне фінансування програм протидії туберкульозу, ВІЛ/СНІДу та онкологічним захворюванням, як правило, регулюється спільними наказами Міністерства охорони здоров'я та Міністерством фінансів (наприклад, № 576/720 (липень 2010 року)). Відсутність ефективної координації та співпраці між цими міністерствами часто стає причиною значної затримки здійснення закупівель і призводить до труднощів забезпечення необхідного фінансування.

У структурі МОЗ закупівлі здійснюються під керівництвом Постійного тендерного комітету, до складу якого входять представники департаментів МОЗ. Комітет може запрошувати на свої засідання технічних фахівців або представників неурядових організацій без права голосу. Однак, на практиці подібне трапляється рідко та висловлюються численні скарги на відсутність прозорості в роботі комітету.

Закон України¹⁴⁷ містить положення про принцип недопущення дискримінації стосовно учасників торгів, і передбачається, що вітчизняні та закордонні учасники беруть участь у процедурах закупівлі на рівних умовах. Однак існують фактори, що продовжують обмежувати участь іноземних організацій в торгах та обмежують прямі контакти з зарубіжними виробниками. Тендерна інформація зазвичай доступна лише українською мовою. Закон вимагає публікацію англійської версії, якщо очікувана вартість закупівлі виробів перевищує 200 000 євро. Крім того, вироби та послуги можуть закупуватись у тих компаній, які офіційно зареєстровані і мають ліцензію на діяльність в Україні.

У період між 2008 і 2010 роками український уряд започаткував низку правових і нормативних ініціатив щодо вдосконалення системи закупівель у сфері ВІЛ/СНІДу. У березні 2008 року Міністерство охорони здоров'я затвердило склад робочої групи по розробці методики розрахунку та збору потреб регіонів для централізованої закупівлі ліків, лікарських засобів (у тому числі тест-систем), обладнання для забезпечення медичної допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД.¹⁴⁸ У грудні 2008 року МОЗ створено міжвідомчу робочу групу з питань удосконалення системи закупівель товарів, робіт та послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.¹⁴⁹ Затверджено склад комісії МОЗ України щодо складання номенклатури лікарських засобів, тест-систем, реагентів та виробів медичного призначення з метою забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки.¹⁵⁰

У лютому 2010 року МОЗ вжило низку заходів для зміцнення системи виробів у сфері ВІЛ, але проблеми все ще залишаються:

¹⁴⁴ Закони України від 1.06.2010 № 2289—VI «Про здійснення державних закупівель»; від 22.12.1995 № 493/95-ВР «Про державне замовлення для задоволення пріоритетних державних потреб»

¹⁴⁵ Постанова КМУ № 1071 (вересень 1996 року).

¹⁴⁶ Розпорядження КМУ № 1247-п (вересень 2008 року) «Про затвердження плану заходів щодо удосконалення державного контролю за обігом лікарських засобів і виробів медичного призначення».

¹⁴⁷ Закон України «Про здійснення державних закупівель» від 6 лютого 2010 року № 2289-V

¹⁴⁸ Наказ МОЗ № 102-Адм (березень 2008 року).

¹⁴⁹ Наказ МОЗ № 827 (грудень 2008 року).

¹⁵⁰ Наказ МОЗ № 1057 (лютий 2010 року).

- Створено внутрішні робочі групи¹⁵¹ з питань з питань профільного супроводу державної закупівлі тест-систем, реагентів та виробів медичного призначення; і (2) профільного супроводу державної закупівлі лікарських засобів та виробів медичного призначення з метою забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.
- Затверджено нове положення про тендерну документацію, яким забороняється встановлювати ціни контрактів, що перевищують встановлені максимальні ціни на лікарські засоби і вироби медичного призначення.¹⁵²
- Намічено заходи щодо запобігання та боротьби з корупцією під час закупівлі лікарських засобів, виробів і послуг.¹⁵³
- Створено Постійну робочу групу МОЗ з питань профільного супроводу державних закупівель.¹⁵⁴

Наявність АРВ-препаратів і лікарських засобів для лікування ВІЛ

Новий закон про запобігання захворюванню на СНІД 2010 року¹⁵⁵ гарантує вільний доступ до АРВ-препаратів і лабораторний моніторинг усім ЛЖВ. Наявність АРТ і лікарських засобів для лікування ІПСШ та ОІ гарантується через їх включення до Державного переліку основних лікарських засобів і виробів медичного призначення.¹⁵⁶ Включення цих лікарських засобів до переліку основних лікарських засобів означає, що такі лікарські засоби мають постійно бути в наявності, у достатній кількості, відповідних лікарських формах, гарантованої якості, з відповідною інформацією про них, і за ціною, доступною для будь-якої людини і для суспільства в цілому.

Незважаючи на ці гарантії, кінцевою метою Загальнодержавної програми з протидії ВІЛ/СНІД 2009 року в п'ятий та останній рік її реалізації (2013) є охоплення 80 % дорослих хворих і 100 % хворих дітей, які потребують АРВ-препаратів.¹⁵⁷ Відповідно до звітів уряду, і ключові респонденти підтверджують це, потреби хворих дітей в АРВ-препаратах або лікарських засобах для лікування ОІ задовольняються повною мірою. Методологія, що використовується для оцінки загальної потреби в АРВ-препаратах, не є прозорою, а переоцінка потреб не була проведена після того, як було затверджено новий протокол лікування АРВ-препаратами в 2010 році.¹⁵⁸ Урядові та міжнародні оцінки охоплення АРТ відрізняються, і постачальники послуг підтверджували під час інтерв'ю з ключовими респондентами, що вони не в змозі впроваджувати українські та міжнародні стандарти для початку АРТ. Крім того, бюджетна підтримка й закупівля препаратів для лікування ІПСШ та ОІ передано на місцевий рівень. Це призводить до того, що наявність таких препаратів залежить від прихильності місцевих органів влади та рівня виконання бюджету, який, на думку респондентів, рідко виконується в повному обсязі.

Участь у плануванні закупівель і постачання

МОЗ затвердив методологію оцінки потреби в АРВ-препаратах у 2009 році.¹⁵⁹ Уперше методологія була запроваджена в 2010 році. Відповідно до методології регіональні органи охорони здоров'я та Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом мають право вживати заходи для здійснення та забезпечення дотримання підпорядкованими установами охорони здоров'я методології в процесі оцінки потреб в АРВ-препаратах. Система оцінки, як її тепер визначено, передбачає одноразову щорічну централізовану закупівлю АРВ-препаратів.

¹⁵¹ Наказ МОЗ № 104 (лютий 2010 року).

¹⁵² Наказ МОЗ № 73 (лютий 2010 року).

¹⁵³ Наказ МОЗ № 94 (лютий 2010 року).

¹⁵⁴ Наказ МОЗ № 61 (лютий 2009 року).

¹⁵⁵ Закон України № 2861-VI (грудень 2010 року).

¹⁵⁶ Постанова КМУ № 333 (березень 2009 року).

¹⁵⁷ Загальнодержавна програма з протидії СНІД, Закон України №1026-VI (лютий 2009 року).

¹⁵⁸ Наказ МОЗ «Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків» від лютого 2010 року № 551.

¹⁵⁹ Наказ МОЗ № 936 (грудень 2009 року).

Тому регіональні органи влади просять складати план потреб АРТ для кожного пацієнта на період 12 місяців, включно з очікуваним числом нових пацієнтів. Хоча жодних офіційних строків подання планованих потреб не передбачено, області мають направляти свої заявки на АРВ-препарати до Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом у першому півріччі попереднього року. Великий розрив у часі між оцінкою потреб і доставкою лікарських засобів викликає високий ризик помилки в оцінці потреб.

Під час інтерв'ю з ключовими респондентами було з'ясовано, що існує поширена думка, що механізм планування не є ефективним, і що отримувані лікарські засоби часто були не тими, на які подавались заявки. Крім того, як описано в розділі цієї доповіді «Доступ до високоякісних і недорогих лікарських засобів», положення про створення буферного запасу АРВ-препаратів для забезпечення безперервності лікування у разі затримки закупівель і розподілу препаратів на національному рівні. За словами респондентів, різноманітні тіншові заходи, такі як планування понад норму та перерозподіл лікарських засобів серед закладів охорони здоров'я, застосовуються працівниками компаній у разі спроби запобігти від'ємному рівню запасу і дефіциту.

Гарантія якості

Державна інспекція з контролю якості лікарських засобів відповідає за гарантію якості,¹⁶⁰ яка є центральним органом виконавчої влади. Діяльність цього органу спрямовується та координується КМУ через МОЗ.

Чинні положення¹⁶¹ визначають випадки, коли державна реєстрація певних виробів медичного призначення може бути скасована, затримана на визначений період, або коли такі вироби знімаються з реалізації на ринку та вилучаються з обігу чи забороняються. Вони також визначають процедури розгляду справ, коли продукт негативно впливає чи створює ризик для здоров'я людини, що виявлено в процесі виробництва чи під час використання. Положення також торкаються питань невідповідності в маркуванні й низької якості та ефективності продукту в порівнянні з проголошеними Державною інспекцією з контролю якості лікарських засобів. Під час інтерв'ю команда відзначила, що, в той час, як процедура повідомлення про несприятливі наслідки створена, це не завжди ефективно спрацьовує через відсутність підготовки, із-за побоювання одержати скорочені обсяги поставок лікарських засобів у наступний період, і небажання готувати потрібні документи.

Постанова КМУ про тест-системи для діагностики ВІЛ-інфекції¹⁶² відповідно до Директиви Європарламенту і Ради Європи¹⁶³ вийшла в листопаді 2004 року. Постанова передбачає, що «якщо медичні вироби для діагностики *in vitro*, призводять до ризиків для здоров'я людини та (або) безпеки пацієнтів, користувачів та інших осіб, виробник або його уповноважений представник мають вживати всі відповідні заходи, щоб вилучити такі пристрої з обігу або заборонити чи обмежити введення таких пристроїв в експлуатацію». Однак постанова не має обов'язкової юридичної сили, поки не буде прийнято відповідний закон. Чинні положення також не містять процедур і кількості клінічних випробувань для таких медичних пристроїв, що містяться в документах Євросоюзу (ЄС).

Реєстрація медичного обладнання і виробів медичного призначення

Процедури реєстрації медичного обладнання та виробів медичного призначення викладено в постановах КМУ.¹⁶⁴ У разі лабораторних досліджень міжнародні стандарти вимагають здійснення регулярних процедур контролю/забезпечення якості й тестування, щоб

¹⁶⁰ Постанова КМУ від 20 грудня 2008 року № 1121.

¹⁶¹ Положення КМУ № 1497 (листопад 2004 року).

¹⁶² Постанова КМУ № 641 (липень 2008 року).

¹⁶³ Директива Європарламенту і Ради Європи 98/79/ЕС від 27 жовтня 1998 року.

¹⁶⁴ Постанова КМУ № 1497 (вересень 2004 року) і Наказ № 51 (травень 2010 року) Державної інспекції з контролю якості лікарських засобів.

переконатися, що обладнання та тест-системи дають точні, високоякісні результати випробувань. В Україні приватні лабораторії можуть здійснювати внутрішні та зовнішні процедури забезпечення якості, якщо необхідні реагенти є в продажу, проте, державні лабораторії не можуть придбавати контрольні реагенти, потрібні для контрольних випробувань у зв'язку з вимогами системи державних закупівель.

Реагенти для контролю за якістю (контрольні зразки) визначено в нормативних документах як лікарські засоби, а не технічні зразки. Це означає, що реагенти мають пройти систему повної державної реєстрації. Обсяг реагентів, що використовуються для контролю за якістю настільки малий, що для корпорацій він не є фінансово доцільним чи вигідним, щоб реєструвати речовини в Україні. Це обмежує здатність лабораторій контролювати свою власну якість і брати участь у програмах зовнішнього контролю за якістю.

Управління поставками лікарських засобів і виробів медичного призначення у сфері ВІЛ

Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом відповідає за моніторинг використання АРВ-препаратів на регіональному рівні. Постачання, зберігання та перевезення лікарських засобів для лікування ВІЛ-інфекції, тест-систем і витратних матеріалів організовано відповідно до Графіка розподілу. Приладдя і вироби поставляються безпосередньо до регіональних центрів профілактики і боротьби зі СНІДом.¹⁶⁵ Референс-лабораторія відповідає за розподіл тест-систем та обладнання, що закуповується за кошти державного бюджету, між референс-лабораторіями діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу.¹⁶⁶ Державне підприємство «Укрвакцина» відповідає за поставку тест-систем, а Державне підприємство «Укрмедпостач» відповідає за поставку АРВ-препаратів.

Результати опитування свідчать, що серед постачальників переважає думка, що наявна система постачання ВІЛ-препаратів і витратних матеріалів не є чіткою та зручною. Щодо доставки виробів, то їх державна закупівля та порядок розподілу визначено нечітко. У 2009 — 2010 роках МОЗ видало безліч наказів, що визначають розподіл ВІЛ-препаратів і витратних матеріалів, які закуповуються коштом державного бюджету. Ці додаткові положення затверджувалися в надзвичайних ситуаціях у відповідь на затримки та недоліки в системі розподілу. Такі накази охоплювали розподіл таких лікарських засобів і виробів:

- Тест-системи для діагностики ВІЛ-інфекції¹⁶⁷
- Тест-системи та витратні матеріали для визначення рівня вірусного навантаження¹⁶⁸
- Розподіл АРВ-препарату Калетра для лікування дітей, хворих на ВІЛ/СНІД (надавалися у формі благодійної допомоги)¹⁶⁹
- АРВ-препарати для лікування та профілактики¹⁷⁰
- Реагенти й витратні матеріали для визначення кількості CD4-клітин¹⁷¹

Ко-інфекція ТБ/ВІЛ

“Лікарів-фтизіатрів не цікавить лікування СНІДу, та які препарати для цього використовуються. Вони часто не знають, як взаємодіють ліки проти туберкульозу та АРВ-препарати”, -

¹⁶⁵ Наказ МОЗ № 704 (серпень 2010 року).

¹⁶⁶ Наказ МОЗ «Про створення Референс-лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу при Українському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України» від 17 квітня 2006 року № 230.

¹⁶⁷ Наказ МОЗ № 893 (жовтень 2010 року), Наказ МОЗ № 103 (лютий 2010 року).

¹⁶⁸ Наказ МОЗ № 615 (серпень 2009 року).

¹⁶⁹ Наказ МОЗ № 666 і № 726 (серпень 2010 року).

¹⁷⁰ Наказ МОЗ № 795 (вересень 2010 року) і № 1008 (листопад 2010 року).

¹⁷¹ Наказ МОЗ № 1050 (листопад 2010).

інфекціоніст (практикуючий лікар, що спеціалізується на профілактиці та лікуванні ВІЛ/СНІДу)

Команда проекту НРР розглянула 47 міжнародних конвенцій та українських законів, методичних рекомендацій та нормативних документів, щоб оцінити (1) як політичний клімат у сфері протидії ВІЛ відображає та сприяє координації дій за програмами ВІЛ/ТБ, і (2) якою мірою ці закони та нормативні документи передбачають доступність, ефективність і високоякісну допомогу людям, що страждають на туберкульоз і ВІЛ. Крім того, група вивчала ці документи, щоб оцінити поточну нормативно-правову базу щодо врахування епідемії туберкульозу та її наслідків у контексті реагування держави на епідемію ВІЛ/СНІДу, потенціал уряду щодо запобігання та реагування на захворювання туберкульозом серед людей, що живуть із ВІЛ, а також політики та законів, які можуть сприяти чи перешкоджати запобіганню та виявленню ВІЛ-інфекції серед хворих на туберкульоз.

Стислий огляд результатів

Сильні сторони

- Координація між ключовими міністерствами у сфері допомоги особам з ко-інфекцією ВІЛ / туберкульоз покращилась після прийняття кількох спільних наказів (наприклад, про стандарти соціальної допомоги особам з ко-інфекцією ВІЛ / туберкульоз).
- Нові стандарти боротьби з інфекцією прийняті у 2010 році.

Прогалини політики

- Не існує єдиного процесу реєстрації смертельних випадків серед пацієнтів із ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, що призводить до очевидного зростання смертності від СНІД, в той час як смертельні випадки, спричинені туберкульозом, залишаються прихованими.
- Офіційне діагностування та лікування випадків туберкульозу можливе лише в протитуберкульозних диспансерах, що призводить до втрати можливості нагляду та подальшого лікування, а також наражає ВІЛ-позитивних осіб на підвищений ризик інфікування туберкульозом.
- Система епідмоніторингу у сфері туберкульозу залишається недостатньо ефективною (хоча очікується запровадження реєстру пацієнтів з туберкульозом у новій редакції відповідного закону, який пройшов перше читання у Верховній Раді України).

Інші перепони

- Фтизіатри необізнані про взаємодію лікарських препаратів для лікування туберкульозу та антиретровірусними препаратами про той факт, що наявність туберкульозу у ВІЛ-позитивних пацієнтів є передумовою для початку АРТ. Багато з них відкладають початок АРТ до завершення курсу лікування туберкульозу.
- Трапляються часті порушення нових стандартів інфекційного контролю.

Координація заходів щодо боротьби з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ

Важливість координації заходів щодо боротьби з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ визнається в обох законах про ВІЛ і ТБ, та чинне законодавство щодо боротьби з туберкульозом¹⁷² і закон про ВІЛ/СНІД¹⁷³ містять посилання один на одного. Діяльність, пов'язана з боротьбою проти ко-інфекції туберкульозу та ВІЛ, включена в обидві Загальнодержавної програми боротьби зі СНІДом від 2009 року і протидії захворюванню на туберкульоз (2007 — 2011 рр.).¹⁷⁴ З 2007 року Національна рада з питань ВІЛ/СНІДу також розглядає питання захворюваності на

¹⁷²Закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» від 05.07.2001 № 2586-III.

¹⁷³Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 12.12.1991 № 1972-XII зі змінами та доповненнями, внесеними Законом від 23.12.2010 № 2861-VI.

¹⁷⁴Закон «Про затвердження Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007 - 2011 роках» від 08.02.2007 № 648-V.

туберкульоз.¹⁷⁵ У всіх регіонах питання туберкульозу також включені у сферу діяльності регіональних координаційних рад. При МОЗ існує окремий орган з координації всієї діяльності уряду стосовно питань протидії ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та іншим соціально небезпечним хворобам.¹⁷⁶ Нещодавно в результаті адміністративної реформи Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам МОЗ України одержав статус Державної служби, та очікується, що вона збереже свою координуючу роль.

На додаток до діяльності МОЗ з питань протидії захворюваності на туберкульоз і ВІЛ, інші міністерства видають спільні накази та рекомендації. Наприклад, визнаючи необхідність координації заходів із надання соціальних послуг, спільні накази МОЗ, колишнього МСМС і МП, що були затверджені у вересні 2010 року, містять стандарти надання соціальних послуг для людей, хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ і СН з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ.¹⁷⁷

Беручи до уваги поширеність туберкульозу та ВІЛ в установах пенітенціарної системи, уряд України визнав, що координація зусиль між пенітенціарною службою та сектором охорони здоров'я і соціальним сектором мають життєво важливе значення. Постановою КМУ від липня 2009 року затверджено план надання допомоги в'язням щодо їх соціальної реадaptaції.¹⁷⁸ Пізніше, у жовтні 2010 року, вийшов спільний наказ про координацію зусиль між МОЗ, МВС, МСМС, МП і Державним департаментом з виконання покарань про ефективний диспансерний нагляд за особами, хворими на туберкульоз, які звільняються з місць позбавлення волі.¹⁷⁹

Система епіднагляду за хворими на ВІЛ/СНІД-асоційований ТБ

Система епіднагляду за хворими на туберкульоз, зокрема за хворими на ВІЛ/СНІД-асоційований ТБ все ще слабка. Розробка та впровадження комп'ютеризованого реєстру захворюваності на ТБ для ведення повної інформації про стан здоров'я була проголошена в Загальнодержавній програмі боротьби з туберкульозом на 2007 — 2011 роки. Впровадження комп'ютеризованого реєстру захворюваності на ТБ також передбачено новим законом про боротьбу з туберкульозом, який пройшов перше читання у Верховній Раді (парламент України). Однак на березень 2011 року такий реєстр проходить апробацію лише в трьох областях (Херсонській, Дніпропетровській та Донецькій). Новий грант 9 раунду Глобального фонду, що виділено на боротьбу з туберкульозом в Україні, сприятиме подальшому впровадженню цього реєстру.

Низка ключових респондентів вказувала на серйозні проблеми з розумінням процедури реєстрації випадків смерті серед людей, хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ. Форми, що використовуються як частина системи медичної інформації,¹⁸⁰ і форми звітності про ВІЛ/СНІД,¹⁸¹ не містять чітких інструкцій щодо того, як реєструвати випадки смерті пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ. Випадки смерті серед пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ часто реєструються як випадки смерті від СНІДу, а не як випадки смерті від туберкульозу. Це призводить до відчутного збільшення випадків смерті, обумовлених СНІДом, у той час, як випадки смерті від туберкульозу залишаються прихованими. У січні 2011 року, Українським

¹⁷⁵ Постанова КМУ «Деякі питання протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу» від 11.07.2007 № 926.

¹⁷⁶ Постанова КМУ «Про утворення Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам» від 31.05.2006 № 759.

¹⁷⁷ Спільний наказ МСМС, МП, МОЗ від 13.09.2010 № 3123/275/770.

¹⁷⁸ Постанова КМУ «Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції соціальної адаптації осіб, які відбували покарання у вигляді позбавлення волі на певний строк, до 2015 року» від липня 2009 року № 740.

¹⁷⁹ Спільний наказ МОЗ, Державного департаменту з виконання покарань, МВС, МП, МСМС «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, установ виконання покарань і слідчих ізоляторів, територіальних органів внутрішніх справ, органів праці та соціального захисту населення, центрів зайнятості, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді щодо ведення випадку туберкульозу при звільненні хворих на туберкульоз із установ виконання покарань, слідчих ізоляторів та продовження лікування в спеціалізованих закладах охорони здоров'я» від 04.10.2010 № 834/365/474/304/3466.

¹⁸⁰ Форми первинної облікової документації № 502-1/о, № 502-2/о, затверджені наказом МОЗ.

¹⁸¹ Форми № 1 — ВІЛ/СНІД і № 2 — ВІЛ/СНІД, затверджені наказом МОЗ.

центром профілактики і боротьби зі СНІДом направлено інформаційний лист з рекомендаціями щодо перевірки та реєстрації випадків смерті серед ЛЖВ. Відповідно до цього інформаційного листа, такі випадки, пов'язані з ко-інфекцією, тепер мають розглядатися на зборах лікарської експертної комісії перед тим, як ухвалити рішення про причину смерті.¹⁸²

Виявлення захворюваності на туберкульоз серед ЛЖВ

ТБ-скринінг є обов'язковим для пацієнтів, які вперше були зареєстровані в Центрах профілактики і боротьби зі СНІДом, однак процедура регулярного скринінгу на ТБ серед тих, хто вже зареєстрований, обмежується одним загальним медичним оглядом на рік або медоглядом у випадку наявності симптомів туберкульозу.¹⁸³ Згідно з наказом МОЗ про забезпечення закладів охорони здоров'я персоналом, Центри профілактики і боротьби зі СНІДом повинні мати у своєму штаті одного лікаря-фтизіатра.¹⁸⁴ Більшість Центрів профілактики і боротьби зі СНІДом мають у своєму штаті лікаря-фтизіатра та можуть забезпечувати регулярне проведення ТБ-скринінгу. Ті центри профілактики і боротьби зі СНІДом, які не мають у своєму штаті лікаря-фтизіатра, наприклад, у Кіровоградській області, мають направляти клієнтів в обласний протитуберкульозний диспансер. Ключові респонденти висловлювали стурбованість щодо такого підходу, оскільки клієнти можуть прийняти рішення не їхати до протитуберкульозного диспансеру, або вони навіть можуть бути під додатковою загрозою зараження під час відвідування протитуберкульозного диспансеру. Навіть для тих клієнтів, які пройшли обстеження на туберкульоз у Центрі профілактики і боротьби зі СНІДом, підтверджуючий діагноз ставиться лише в протитуберкульозних диспансерах, що знову-таки призводить до ризику, що клієнти приймуть рішення не їхати до протитуберкульозного диспансеру, або матимуть додатковий ризик зараження туберкульозом. Хоча вважається, що за клієнтами ведеться активний нагляд, щоб переконатись у тому, що вони відвідували протитуберкульозний диспансер, якщо їх результати скринінгу на ТБ були позитивні, реальність, яку описували команді під час проведення інтерв'ю з ключовими респондентами, свідчить про те, що клієнтів не можна змусити приходити в протитуберкульозний диспансер і що це може призвести до втрати можливості подальшого нагляду за пацієнтом.

Опитані постачальники послуг відзначали, що не всі клієнти з позитивним результатом тесту на ВІЛ бажають реєструватися в Центрах профілактики і боротьби зі СНІДом. Такі клієнти можуть також не проходити регулярні медогляди чи регулярний ТБ-скринінг, а їх історія захворюваності на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ не буде відома.

Консультування та тестування на ВІЛ серед хворих на туберкульоз

Протитуберкульозні заклади зобов'язані забезпечувати проведення скринінгу на ВІЛ-інфекцію серед хворих на туберкульоз на добровільній основі. З 2009 року тимчасовий нормативний документ визначає порядок використання швидких тестів під час надання для послуг з консультування та тестування на ВІЛ у протитуберкульозних, дерматовенерологічних і наркологічних закладах охорони здоров'я.¹⁸⁵ Однак швидкі тести не постачаються через централізовані закупівлі, і наявність тест-систем залежить від місцевих закупівель або програм Глобального фонду. Якщо у клієнта результати тесту на ВІЛ позитивні в одному із закладів охорони здоров'я, такий клієнт формально направляється до Центру профілактики і боротьби зі СНІДом для підтвердження цього діагнозу. Квартальні звіти, що містять кількість і результати тестів надсилаються протитуберкульозними, дерматовенерологічними та наркологічними закладами охорони здоров'я, а будь-яка відповідальність за ефективність

¹⁸² Лист Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом від 13.01.2011 №41.

¹⁸³ Наказ МОЗ № 551 від липня 2010 року «Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків»

¹⁸⁴ Наказ МОЗ № 122 від 12.03.2008 року про внесення змін до Наказу МОЗ № 33 від 23.02.2000 року.

¹⁸⁵ Наказ МОЗ №. 399 від серпня 2005 року у зв'язку з Інструкцією МОЗ від липня 2006 №. 446 про впровадження порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протоколу) у протитуберкульозних, дерматовенерологічних та наркологічних закладах охорони здоров'я.

направлення та подальше лікування клієнта, і гарантія того, що клієнти звертатимуться до Центрів профілактики і боротьби зі СНІДом за подальшою допомогою, відсутня.

На момент подання цього звіту було завершено роботу над розробкою проекту наказу МОЗ України «Про порядок перенаправлення та надання послуг з діагностики, лікування і супроводу пацієнтів при супутній патології ВІЛ-інфекція/СНІД — туберкульоз-вірусні гепатити», в якому викладено чітку систему направлення та протокол тестування на ВІЛ і консультування, та очікується, що його буде винесено найближчим часом на громадське обговорення на сайті МОЗ України.

Лікування хворих з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ

У МОЗ розроблено і затверджено протокол лікування хворих з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ.¹⁸⁶ Протокол містить примітку про те, що його слід поновити в травні 2010 року; проте його поки ще не було поновлено. Протокол не поширюється на питання лікування дітей з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ, а також не містить подробиць чи посилань на керівні принципи дотримання процедур консультування з питань туберкульозу та антиретровірусних препаратів. Пацієнти проходять консультування нерегулярно, і це залежить від наявності часу у лікаря та (або) від того, чи працюють лікарі в неурядових організаціях, де також надається добровільне консультування. Відсутність систематичного дотримання процедур консультування для клієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ іноді призводить до переривання лікування і може призвести до розвитку резистентності до ліків проти туберкульозу та АРВ-препаратів.

Ключові респонденти відзначали, що лікарі-фтизіатри не отримують спеціальної підготовки з питань взаємодії ліків проти туберкульозу та ВІЛ-препаратів і часто вважають, що необхідно завершувати інтенсивну фазу лікування туберкульозу до проведення антиретровірусної терапії. Це може призвести до затримки з початком АРТ, коли кількість клітин CD4 падає до п'яти чи менше. Не всі лікарі-фтизіатри знають про протокол термінового лікування котримаксазолом разом із протитуберкульозною терапією пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ у разі кількості CD4-лімфоцитів менше 200.¹⁸⁷ Навчальний курс з питань лікування ко-інфекції ТБ/ВІЛ планувалося ввести в 2011 році для студентів-медиків і в медичних академіях післядипломної освіти.

Інфекційний контроль

Нещодавно було затверджено новий стандарт інфекційного контролю за туберкульозом у закладах охорони здоров'я, установах пенітенціарної системи та місцях проживання хворих на туберкульоз.¹⁸⁸ Фахівці санітарно-епідеміологічної служби відповідають за моніторинг та оцінку заходів з інфекційного контролю за туберкульозом, що здійснюються в закладах охорони здоров'я, принаймні один раз на квартал; однак, щоб відповідати вимогам цього нового стандарту, проведення додаткового навчання не передбачено. Загальнодержавна програма протидії захворюванню на туберкульоз (2007 — 2011pp.) містить лише один вид діяльності з інфекційного контролю, який передбачає забезпечення протитуберкульозних закладів місцевими дезінфекційними засобами.¹⁸⁹ Під час інтерв'ю з ключовими респондентами згадувались порушення вимог інфекційного контролю, а відсутність інфекційного контролю розглядалась як одна з причин частих втрати відомостей про хворих на ВІЛ під час їх направлення для подальшого лікування в протитуберкульозні заклади.

¹⁸⁶ Наказ МОЗ від травня 2008 року № 276 затверджує Протокол лікування хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ.

¹⁸⁷ Там само.

¹⁸⁸ Наказ МОЗ від серпня 2010 року № 684.

¹⁸⁹ Закон України від 08.02.2007 року № 648-V, що затверджує Загальнодержавну програму протидії захворюванню на туберкульоз в 2007—2011 роках.

ВИСНОВКИ

Самі лише кількість, глибина та всеохоплюючий характер політичних документів, відображених у аналізі нормативно-правової бази, демонструють рівень зусиль та участі держави у створенні сильної сприятливої бази для забезпечення національної протидії ВІЛ/СНІД в Україні. Як політичні документи, так і інтерв'ю з ключовими респондентами розкривають всезростаюче бажання Уряду України заохочувати громадське суспільство до участі в політичному процесі, а також виконання програм і надання послуг у сфері ВІЛ. Тим не менш, головні недоліки та проблеми все ще залишаються.

Порівняно сильна законодавча та нормативна база України у сфері ВІЛ підринається неадекватним виконанням законів і політик. Відсутність сильного координуючого органу на національному рівні суттєво знижує спроможність України до консолідації ефективної інтегрованої протидії ВІЛ. Поки що МОЗ не вдалось забезпечити достатній рівень співпраці між відповідними міністерствами для становлення дійсно інтегрованої національної протидії ВІЛ. Залишаються відмінності у тлумаченні законів і політик, що стосуються ключових питань, різними міністерствами, а виконавчі положення та процеси національного та регіонального рівня суттєво відрізняються, так само як і стан справ у різних регіонах. Проведення адміністративної реформи посилило труднощі, пов'язані із міжсекторальною координацією, оскільки ролі та сфери відповідальності змінились і деякі ключові функції ще потребують перерозподілу.

Діяльність уповільнюється також через недостатнє розповсюдження документів політики, нестачу підготовки з питань нових стандартів і протоколів, а також обмежену комунікацію між виконавчими структурами та урядом. Загалом, рівень професійного навчання з питань ВІЛ у ключових сферах, включаючи сектори охорони здоров'я, освіти, правопорядку та судочинства, є недостатнім. Запровадження політик на практиці додатково ускладнюється через значні відмінності у наявності регіонального та районного фінансування на потреби програм протидії ВІЛ і відповідних матеріалів, що призводить до неоднаковостей в охопленні та якості послуг.

Не існує правоохоронних механізмів для недопущення порушень прав уразливих категорій населення, включаючи ЛЖВ. Хоч деякі НУО виконують функції контролю та адвокації у сфері прав людини та стигми і дискримінації, оцінка виконання політики проводиться рідко і не віднесена до офіційної ролі чи обов'язку будь-якої конкретної організації чи агенції. Посилення спроможності осіб та організацій, як в урядових структурах, так і поза ними, до оцінки виконання політики допоможе покращити втілення політик на практиці. Інформація, надана ключовими респондентами про неправомірні перепони, часто вчинені місцевими чиновниками та правоохоронними органами, у виконанні законів і політик у сфері ВІЛ, вказують на потребу підвищення обізнаності та розуміння ключовими залученими сторонами законодавчо гарантованих прав і захисту, що конкретно стосуються представників уразливих груп.

Політичне середовище у сфері ВІЛ можна посилити через виправлення недоліків у процесах планування і формування політики. Нестача даних, що особливо стосується уразливих категорій населення, знижує ефективність планування та прогнозування. Ключові респонденти також відзначали, що процеси офіційного ухвалення документів політики є довготривалим і негнучким, а також залежним від рівня обізнаності певних осіб у питаннях, що підлягають вирішенню. В той час як до розробки законодавства та політики залучаються численні сектори та дисципліни, дійсний рівень сталості та активної участі відповідальних осіб, що представляють ці сектори, залишається неоднорідним. Хоча участь ЛЖВ зростає, їх залучення до процесів розробки політики на національному та регіональному рівнях потребує покращення; крім того, слід заохочувати до участі й інші уразливі групи людей (такі як сексуальні меншини та СІН, які часто виключаються з політичних процесів).

За останнє десятиліття, Україна досягла значного прогресу у становленні та забезпеченні політичного середовища у сфері ВІЛ. Підписання Рамкової Угоди про Партнерство відображає важливий потенціал для подальшого посилення. Вирішення недоліків та проблем, викладених у цьому звіті, може справити суттєвий позитивний вплив на політичну ситуацію з питань ВІЛ в Україні. В кінцевому результаті, всі зацікавлені сторони в Україні повинні вирішити, які питання є найбільш нагальними. Результати цієї оцінки повинні виявитись корисними у забезпеченні діалогу між ключовими зацікавленими сторонами щодо подальшого прогресу.

ДОДАТОК А. ПЕРЕЛІК РЕСПОНДЕНТІВ

Київ

Александріна, Тетяна, Головний радник, USAID | Проект розвитку ВІЛ/СНІД сервісу в Україні, Київ

Андріанова, Ірина, Завідуюча Відділом імунології, Український Центр профілактики та боротьби зі СНІД, Київ

Безулик, Тетяна, Радник, USAID | Проект розвитку ВІЛ/СНІД сервісу в Україні, Київ

Білик, Тетяна, Директор національної програми боротьби з туберкульозом (Глобальний Фонд), Фонд Розвитку України, Київ

Бордуніс, Тетяна, Президент, Всеукраїнська благодійна організація «Всеукраїнський правозахисний рух «Гідність», Київ

Вітек, Чарльз, Центр Контролю Захворювань, Регіональний Офіс в Україні та Росії

Вітек, Еріка, Головний Технічний радник з питань туберкульозу, Офіс за питань охорони здоров'я та соціальних перетворень, Місія USAID в Україні

Гришаєва, Ірина, Директор Проекту в Україні, Фонд Вільяма Клінтона, Київ

Девіс, Олена, Заступник Директора, Коаліція ВІЛ сервісних організацій, Київ

Дегтяренко, Юрій, Голова юридичного відділу, Всеукраїнська Мережа людей, які живуть з ВІЛ, Київ

Довбах, Анна, Керівник Департаменту політики та поширення знань, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, Київ

Дужа, Ольга, Директор, Проект посилення фармацевтичної системи, Київ

Дворяк, Сергій, Директор, Український Інститут досліджень політики громадського здоров'я, Київ

Єщенко, Олена, Заступник Голови, Державна Служба з питань профілактики ВІЛ/СНІД та інших соціально небезпечних хвороб, Київ

Заїка, Наталія, Головний Програмний Спеціаліст, РАТН Україна, Київ

Зеленська, Марина, Спеціаліст, Державна Служба з питань профілактики ВІЛ/СНІД та інших соціально небезпечних хвороб, Київ

Ільницький, Олексій, Спеціаліст з питань моніторингу й оцінки, UNAIDS, Київ

Іслам, Захедул, Директор Департаменту лікування, закупівель та поставок, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, Київ

Каде, Мартін, Керівник Проекту, Німецько-Українська партнерська ініціатива з профілактики ВІЛ/СНІД, Київ

Кальник, Данило, Спеціаліст, Проект посилення фармацевтичної системи, Київ

Клепіков, Андрій, Виконавчий Директор, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, Київ

Кобища, Юрій, Спеціаліст з медичних питань / Епідеміолог, Національне Представництво ВООЗ в Україні, Київ

Комар, Світлана, Керівник Центру, «Клініка для дітей з ВІЛ і СНІД» Української спеціалізованої дитячої лікарні «ОХМАТДИТ», Київ

Кондратюк, Сергій, Головний Спеціаліст з питань УСЗ, Всеукраїнська Мережа ЛЖВ, Київ

Курпіта, Володимир, Виконавчий Директор, Всеукраїнська Мережа ЛЖВ, Київ

Султанов, Мірзахід, Головний Представник в Україні та Молдові, UNODC, Київ

Нізова, Наталія, Директор Центру, Український Центр профілактики та боротьби зі СНІД, Київ
Опанасенко, Оксана, Спеціаліст, UNODC, Київ
Перегінець, Ігор, Спеціаліст, Національне Представництво ВООЗ в Україні, Київ
Підлісна, Наталія, Директор, Коаліція ВІЛ сервісних організацій, Київ
Райн, Анне-Лаура, Заступник Керівника Проекту, Німецько-Українська партнерська ініціатива з профілактики ВІЛ/СНІД, Київ
Рибальченко, Катерина, Головний Менеджер Програми, UNDP, Київ
Рудий, Володимир, Член Секретаріату, Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, Київ
Сакович, Олена, Спеціаліст з питань розвитку молоді, Представництво UNICEF в Україні, Київ
Сторожук, Людмила, Заступник Директора, Український Центр профілактики та боротьби зі СНІД, Київ
Толстоухова, Світлана, Радник Голови, Державна Служба молоді та спорту України, Міністерство Освіти та Наук, Молоді та Спорту, Київ
Трухан, Олена, Заступник Директора, USAID | Проект розвитку ВІЛ/СНІД сервісу в Україні, Київ
Філіппович, Сергій, Керівник Департаменту лікування, закупівель та поставок, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, Київ
Хайло, Олена, Спеціаліст з питань туберкульозу та ВІЛ, Національне Представництво ВООЗ в Україні, Київ
Чумак, Віктор, Заступник Генерального Директора, Державний Центр експертиз при МОЗ України, Київ
Шакарішвілі, Ані, Директор Представництва, UNAIDS, Київ
Швед, Оксана, Керівник, «Кожній Дитині», Київ
Шерембей, Дмитро, Директор Департаменту комунікації, політики та адвокації, Всеукраїнська Мережа ЛЖВ, Київ
Шульга, Людмила, Менеджер з питань технічної допомоги, СІН, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, Київ
Яцура, Олександра, Радник, USAID | Проект розвитку ВІЛ/СНІД сервісу в Україні, Київ

Кіровоградська область

Александров, Олександр, Керівник Проекту, Кіровоградське Обласне Відділення «Всеукраїнської Мережі ЛЖВ», Кіровоград
Андрющенко, Богдан, Заступник Голови, Кіровоградська Обласна Державна Адміністрація, Кіровоград
Горбенко, Наталія, Заступник Голови, Обласне Управління охорони здоров'я Кіровоградської Обласної Державної Адміністрації, Кіровоград
Давидяк, Сергій, Заступник Голови, Кіровоградський Обласний Центр сім'ї, молоді та спорту, Кіровоград
Кашченко, Вадим, Директор, Кіровоградський Обласний Центр профілактики та боротьби зі СНІД, Кіровоград
Остапов, Олександр, Директор, «Повернення до Життя», Кіровоград
Ярославська, Аліна, Керівник Проекту, Кіровоградське Обласне Відділення «Всеукраїнської Мережі ЛЖВ», Кіровоград

Миколаївська область

Апанасенко, Андрій, Виконавчий Директор, Миколаївська Асоціація ЛГБ «ЛІГА», Миколаїв

Бойченко, Віталій, Начальник Управління сім'ї, молоді та спорту, Миколаївська Обласна Державна Адміністрація, Миколаїв

Бузовська, Людмила, Головний Лікар поліклініки, Миколаївський Обласний Центр профілактики та боротьби зі СНІД, Миколаїв

Ваненкова, Тетяна, Директор, неурядова організація «Юнітус», Миколаїв

Висоцька, Галина, Центр моніторингу та оцінки при Миколаївському Обласному Центрі профілактики та боротьби зі СНІД, Миколаїв

Горбатенко, Едуард, Директор, Миколаївський Обласний Благодійний Фонд «Vita-Light», Обласний Спеціаліст з питань паліативної допомоги, Миколаїв

Горячева, Олена, неурядова організація «Вихід», Миколаїв

Демеденко, Тетяна, Управління освіти, Миколаївська Обласна Державна Адміністрація, Миколаїв

Іванцова, Наталія, Заступник Голови, Миколаївська Обласна Державна Адміністрація, Миколаїв

Кочергіна, Ірина, Головний Лікар, Миколаївський Обласний Центр профілактики та боротьби зі СНІД, Миколаїв

Коломієць, Лариса, Заступник Головного Лікаря, Миколаївський Обласний Центр профілактики та боротьби зі СНІД, Миколаїв

Лапшина, Вікторія, Виконавчий Директор, неурядова організація «Пенітенціарна Ініціатива», Миколаїв

Макарова, Валентина, Директор, неурядова організація «Нове Сторіччя», Миколаїв

Мельникова, Олена, Директор, Миколаївське Обласне Відділення «Всеукраїнської Мережі ЛЖВ», Миколаїв

Олабіна, Валентина, Центр моніторингу та оцінки при Миколаївському Обласному Центрі профілактики та боротьби зі СНІД, Миколаїв

Попова, Лариса, Завідуюча лабораторією, Миколаївський Обласний Центр профілактики та боротьби зі СНІД, Миколаїв

Порохонько, Ірина, Директор, неурядова організація «Час Життя», Миколаїв

Спінул, Ігор, Директор, ініціатива минулих ув'язнених «Подолання», Миколаїв

Стаханова, Світлана, Головний Лікар стаціонарного відділення, Миколаївський Обласний Центр профілактики та боротьби зі СНІД, Миколаїв

Хотіна, Світлана, Голова, Обласне Управління охорони здоров'я Миколаївської Обласної Державної Адміністрації, Миколаїв

ДОДАТОК В. ІНСТРУМЕНТ ОЦІНКИ ЗПТ (ІНСТРУМЕНТИ 2.1.1 ТА 2.1.2)

Інструмент 2.1.1 Реєстр документів

Країна: _____ Дата заповнення: _____

Ім'я особи, яка проводить збір даних: _____

Посада: _____

Контактна інформація:

Адреса електронної пошти: _____

Телефон / факс: _____

Інструкція для особи, яка проводить збір даних:

Будь ласка, заповніть цю сторінку та вкажіть кращий спосіб зв'язатися з Вами (електронна пошта, телефон, факс, тощо) на випадок, якщо нам знадобиться додаткова інформація від Вас.

Зверніться до сторінки з інструкціями для вказівки про те, як заповнити інвентар. Цей реєстр включає 10 сфер змісту. Будь ласка, надайте інформацію тільки по тих сферах, з якими ви знайомі та залиште решту. У тих сферах, з якими ви знайомі, будь ласка, переконайтеся, що відповідь «так» або «ні» вказана на кожен пункт. Всі особи, які проводять збір даних, повинні дати відповідь на відкрите питання № 11 в кінці реєстру.

Після заповнення реєстру, будь ласка, відправте всі сторінки, та всі документи, на які Ви посилаєтесь на адресу [керівник групи повинен вказати її, перш ніж поширювати серед членів команди].

| 1. Дозволи | | | |
|---|---|---|-----------------------------|
| 1.1a Чи містяться в наступних документах будь-які згадування [дивись визначення термінів] щодо лікування наркозалежності [дивись визначення термінів] у державних медичних закладах [дивись визначення термінів] [зробіть відмітку по кожному типу документів] | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 1.1b Якщо дано відповідь «ТАК» щодо будь-якого з пунктів питання 1.1a, чи містяться будь-які згадування в наступних документах щодо лікування наркозалежності у державних медичних закладах з використанням метадону та / чи бупренорфіну [зробіть відмітку по кожному типу документів] | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 1.2a Чи містяться в наступних документах будь-які згадування щодо лікування наркозалежності у недержавних медичних закладах [зробіть відмітку по кожному типу документів] | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 1.2b Якщо дано відповідь «ТАК» щодо будь-якого з пунктів питання 1.2a, чи містяться в наступних документах будь-які згадування щодо лікування наркозалежності у недержавних медичних закладах з використанням метадону та / чи бупренорфіну [зробіть відмітку по кожному типу документів] | | | |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------------|
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 1.3 Якщо будь-який документ, згаданий у пункті 1.2b дозволяє лікування наркозалежності у державних медичних закладах з використанням метадону та / чи бупренорфіну, Чи містяться в наступних документах чіткі згадування щодо ліцензування, вимог до закладу чи інших вимог до недержавних медичних закладів, які використовують метадон та / чи бупренорфін [зробіть відмітку по кожному типу документів] | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 1.4 Якщо будь-який документ, згаданий у пункті 1.2b дозволяє лікування наркозалежності у державних медичних закладах з використанням метадону та / чи бупренорфіну, Чи містяться в наступних документах чіткі згадування щодо оплати, яку недержавні медичні заклади можуть брати за метадон та / чи бупренорфін [зробіть відмітку по кожному типу документів] | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |

| 2. Бюджет | | | |
|---|---|---|-----------------------------|
| 2.1 Чи містять наступні документи бюджет та / або будь-які чіткі директиви щодо розподілу бюджету / коштів для державного забезпечення метадону та / чи бупренорфіну [зробіть відмітку по кожному типу документів] | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Операційні плани | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 2.2 Чи існують національні дані оцінки чисельності наркозалежним людям? | | | |
| <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) <input type="checkbox"/> Ні | | Примітки: | |
| 2.3 Чи містяться в наступних документах національні цільові показники чи дані оцінки щодо кількості чи відсотку споживачів наркотиків, які будуть чи мають отримувати лікування з використанням метадону та / чи бупренорфіну [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Операційні плани | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 2.4 Чи містяться в наступних документах національні цільові показники чи дані оцінки щодо кількості метадону та / чи бупренорфіну, що буде потрібна для закладів лікування наркозалежності [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Операційні плани | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |

| 3. Реєстрація, включення та закупівля | | | |
|--|---|---|-----------------------------|
| 3.1 Чи містять наступні документи інформацію про те, що метадон включено до затвердженого переліку лікарських засобів країни [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 3.2 Чи містять наступні документи інформацію про те, що метадон чітко дозволено чи заборонено до використання в рамках програм лікування наркозалежності [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 3.3 Чи містять наступні документи інформацію про те, що бупренорфін включено до затвердженого переліку лікарських засобів країни [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 3.4 Чи містять наступні документи інформацію про те, що бупренорфін чітко дозволено чи заборонено до використання в рамках програм лікування наркозалежності [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документ | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |

| | | | |
|--------------------|--|---|-----------------------------|
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 3.5 | Чи містять наступні документи інформацію про те, що метадон чи бупренорфін включено до затвердженого переліку основних лікарських засобів країни [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 3.6 | Чи містять наступні документи інформацію про те, що місцеве виробництво (що підлягає ліцензуванню, нагляду, та ін.) метадону та / чи бупренорфіну чітко дозволено чи заборонено [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 3.7 | Чи містять наступні документи інформацію про те, що імпорт (що підлягає ліцензуванню, нагляду, та ін.) метадону та / чи бупренорфіну чітко дозволено чи заборонено [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |

| 4. Участь | | | |
|---|---|---|-----------------------------|
| 4.1 Чи містять наступні документи чітко вписані положення, які або сприяють або виключають активну участь споживачів ін'єкційних наркотиків у розробці політики та / або нормативно-правових актів [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Операційні плани | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 4.2 Чи містять наступні документи чітко вписані положення, які або сприяють або виключають активну участь інших організацій громадянського суспільства, таких як сім'ї споживачів наркотиків, інших груп пацієнтів, таких як люди, які живуть з ВІЛ та / або їх представники, у розробці політики та / або нормативно-правових актів [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Операційні плани | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 4.3 Чи містять наступні документи чітко вписані положення, які або сприяють або виключають активну участь споживачів ін'єкційних наркотиків у розробці, виконанні та / або моніторингу програм [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Операційні плани | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------|
| 4.4 Чи містять наступні документи чітко виписані положення, які або сприяють або виключають активну участь інших організацій громадянського суспільства, таких як сім'ї споживачів наркотиків, інших груп пацієнтів, таких як люди, які живуть з ВІЛ та / або їх представників, у розробці, виконання та / або моніторингу програм [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Операційні плани | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------|
| 5. Зберігання, розподіл та видача підконтрольних речовин | | | |
| 5.1 Чи містять наступні документи чітко виписані положення щодо зберігання метадону та / чи бупренорфіну [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Операційні плани | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 5.2 Чи містять наступні документи чітко виписані положення, що або дозволяють або забороняють використання метадону та / чи бупренорфіну в інших медичних закладах, поза межами тих, що визначені програмами лікування наркозалежності (таких як лікарні загальної системи охорони здоров'я чи при установах місць позбавлення волі) [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------------|
| 5.3 Чи містять наступні документи чітко виписані положення, що або дозволяють або забороняють авторизованим медичним закладам видавати метадон та / або бупренорфін для подальшого використання за межами медичного закладу [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 5.4 Чи містять наступні документи чітко виписані положення, що визначають кількість та / або місцезнаходження авторизованих медичних закладів, яким дозволено видавати метадон та / або бупренорфін [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Операційні плани | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | | |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------------|
| 6. Клінічне лікування та безперервна допомога | | | |
| 6.1 Чи містять наступні документи чітко виписані положення, що дають повноваження певному органу виконувати офіційну координацію розробки індивідуальних планів лікування наркозалежності [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 6.2 Чи містяться в наступних документах чіткі згадування щодо об'єму та / або якості допомоги у послугах, які використовують метадон та / чи бупренорфін [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------------|
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Операційні плани | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 6.3 Чи містять наступні документи чітко виписані положення щодо направлення та перенаправлення між лікарськими закладами та іншими відомствами та службами [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Операційні плани | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 6.4 Чи містять наступні документи чітко виписані положення щодо направлення та / або ведення випадку захворювання між закладами закритого типу (наприклад, закладами стаціонарного лікування, тюрмами, та ін.) та громадськістю [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| | 6.5 Чи містять наступні документи чітко виписані положення щодо інтеграції послуг та стандартизації процедур для пацієнтів з потребою лікування опіоїдної залежності та інших захворювань чи медичних станів, таких як ВІЛ, вагітність, та ін. [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------|
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 6.6 Чи містять наступні документи чітко виписані положення, що або дозволяють або забороняють пацієнтам, які отримували метадон чи бупренорфін попередньо до ув'язнення, продовжувати лікування у місцях позбавлення волі чи інших закладах закритого типу, чи почати лікування у місцях позбавлення волі [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 6.7 Чи містять наступні документи чітко виписані положення, що передбачають чи сприяють співпраці між програмами лікування наркозалежності та правоохоронними органами, наприклад для направлення на лікування замість притягнення до відповідальності за незначні правопорушення, пов'язані з наркотиками, та для забезпечення конфіденційності інформації про пацієнта [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 6.8 Чи містять наступні документи чітко виписані положення щодо того, щоб програми лікування наркозалежності розробляли індивідуальні плани лікування наркозалежності для кожного пацієнта [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |

| | | | |
|--------------------|--|---|-----------------------------|
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 6.9 | Чи містять наступні документи чітко виписані положення, що описують об'єм та / або рівень дозування метадону та / чи бупренорфіну, які дозволено призначати для лікування наркозалежності [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 6.10 | Чи містять наступні документи чітко виписані положення, що забезпечують доступ споживачів ін'єкційних наркотиків до медичних послуг профілактики, лікування та догляду щодо ВІЛ та СНІД [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Операційні плани | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 6.11 | Чи містять наступні документи чітко виписані положення, що забезпечують доступ споживачів ін'єкційних наркотиків до медичних послуг профілактики, лікування та догляду щодо туберкульозу [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Операційні плани | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------------|
| 6.12 Чи містять наступні документи чітко виписані положення, що забезпечують доступ споживачів ін'єкційних наркотиків до медичних послуг профілактики, лікування та догляду щодо гепатиту [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Операційні плани | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 6.13 Чи містять наступні документи чітко виписані положення, що забезпечують доступ споживачів ін'єкційних наркотиків до психологічних послуг [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Операційні плани | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 6.14 Чи містять наступні документи чітко виписані положення, що забезпечують доступ споживачів ін'єкційних наркотиків до соціальних послуг [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Операційні плани | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |

| 7. Стандарти допомоги | | | |
|--|---|---|-----------------------------|
| 7.1 Чи містять наступні документи чітко виписані положення, що регламентують та забезпечують рівень професійної підготовки медичного персоналу та інших працівників галузі охорони здоров'я, які видають метадон та / або бупренорфін [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 7.2 Чи містять наступні документи чітко виписані положення, що забезпечують базове навчання та / або перепідготовку лікарів та інших працівників галузі охорони здоров'я з питань використання метадону та / чи бупренорфіну для лікування опіоїдної залежності [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Операційні плани | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | | |
| 7.3 Чи містять наступні документи чітко виписані положення, що вимагають дотримання таких самих стандартів етичної поведінки у лікуванні наркозалежності як і в лікуванні інших медичних станів (наприклад, право пацієнта на незалежність і самовизначення, обов'язок медичного персоналу щодо милосердя та недопущення завдання шкоди) [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------|
| 7.4 Чи містять наступні документи чітко вписані положення, що загалом захищають чи виключають конфіденційність медичних записів клієнта та / або медичної інформації [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Конституція | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 7.5 Чи містять наступні документи чітко вписані положення, що захищають чи виключають конфіденційність медичної інформації у лікуванні наркозалежності [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 7.6 Чи містять наступні документи чітко вписані положення, що дозволяють чи забороняють медичним працівникам передавати правоохоронним органам інформацію щодо лікування [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |

| 8. Охоплення та доступ клієнтів до лікування | | | |
|--|---|---|-----------------------------|
| 8.1 Чи містять наступні документи чіткі (явні) вказівки пропонувати чи обмежувати метадон та / або бупренорфін клієнтам, залежно від їх віку [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 8.2 Чи містять наступні документи чіткі (явні) вказівки пропонувати чи обмежувати метадон та / або бупренорфін клієнтам, залежно від їх статі [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 8.3 Чи містять наступні документи чіткі (явні) вказівки пропонувати чи обмежувати метадон та / або бупренорфін клієнтам, залежно від тривалості користування незаконними наркотиками [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 8.4 Чи містять наступні документи чіткі (явні) вказівки пропонувати чи обмежувати метадон та / або бупренорфін клієнтам, залежно від їх попередньої історії спроб утримання від наркотиків чи невдалих спроб лікування [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------|
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 8.5 Чи містять наступні документи чіткі (явні) вказівки пропонувати чи обмежувати метадон та / або бупренорфін клієнтам, залежно від будь-якого виду ускладнень, викликаних опією залежністю [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 8.6 Чи містять наступні документи чіткі (явні) вказівки пропонувати чи обмежувати метадон та / або бупренорфін клієнтам, залежно від їх психічного стану [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------------|
| 8.7 Чи містять наступні документи чіткі (явні) вказівки, що вимагають від клієнта проходження спеціальної медичної комісії чи отримання припису психіатра для видачі чи рецептурної виписки метадону та / або бупренорфіну [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------|
| 9. Жінки, які споживають ін'єкційні наркотики | | | |
| 9.1 Чи містяться в наступних документах чіткі згадування щодо особливих потреб жінок в рівнях дозування лікарських засобів та / або інших послуг лікування наркозалежності [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| Чи містяться в наступних документах чіткі згадування щодо доступу жінок, які споживають ін'єкційні наркотики до послуг планування сім'ї та / або інших послуг репродуктивного здоров'я [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------|
| 9.3 Чи містяться в наступних документах чіткі згадування щодо права жінок на збереження чи відновлення опіки над дітьми у випадку лікування наркозалежності, за винятком випадків жорстокого поводження з дітьми [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 9.4 Чи містяться в наступних документах чіткі згадування щодо лікування вагітних чи годуючи груддю жінок, які споживають ін'єкційні наркотики, з використанням метадону та / або бупренорфіну [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 9.5 Чи містяться в наступних документах чіткі згадування щодо доступу жінок, які споживають ін'єкційні наркотики, до послуг дородової допомоги [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |

| 10. Громадянські, економічні, соціальні та культурні права людей, які споживають наркотики | | | |
|---|---|---|-----------------------------|
| 10.1 Чи містять наступні документи чітко виписані положення, що дозволяють чи забороняють примусове тестування на споживання незаконних наркотиків [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 10.2 Чи містять наступні документи чітко виписані положення, що дозволяють чи забороняють примусове лікування людей, які споживають незаконні наркотики [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 10.3 Чи містять наступні документи чітко виписані положення, що дозволяють чи забороняють інші види примусових медичних послуг чи процедур (наприклад, тестування на ВІЛ, контрацептивна стерилізація) щодо людей, які споживають опіоїди чи на підставі факту споживання ними наркотиків [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------------|
| 10.4 Чи містять наступні документи чітко виписані положення, що або гарантують чи обмежують свободу пересування людей, які споживають опіоїди (наприклад, обов'язковий карантин чи затримання) на підставі факту споживання ними наркотиків [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 10.5 Чи містять наступні документи чітко виписані положення, що або гарантують чи обмежують можливості працевлаштування людей, які споживають опіоїди чи на підставі факту споживання ними наркотиків [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 10.6 Чи містять наступні документи чітко виписані положення, що або дозволяють чи забороняють дискримінацію на підставі медичних чи фізичних вад [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Конституція | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------------|
| 10.7 Чи містять наступні документи чітко виписані положення, що або дозволяють чи забороняють дискримінацію на підставі стану психічного здоров'я [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Конституція | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 10.8 Чи містять наступні документи інформацію про те, що наркозалежність класифікується як інвалідність та / або стан психічного здоров'я [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Конституція | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |
| 10.9 Чи містять наступні документи чітко виписані положення, що або гарантують чи обмежують будь-які громадянські, соціальні чи культурні блага (такі як право голосувати, свобода зібрань, право на житло, освіту, опіку над дітьми) людей, які споживають опіоїди чи на підставі факту споживання ними наркотиків [зробіть відмітку по кожному типу документів]? | | | |
| Документи політики | Законодавство | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Документи високо рівня, що визначають політику | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Нормативно-правові акти | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Керівництва, інструкції та / або протоколи | <input type="checkbox"/> Так → додайте документ (и) | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Примітки щодо документу: Назва чи номер документу: Номер сторінки, що містить посилання по цьому питанню: Номер розділу чи положення відповідного посилання: | | |

11. Будь ласка, використайте простір нижче для будь-яких інших зауважень чи спостережень щодо питань, висвітлених у цьому реєстрі чи для опису інших важливих тем, що стосуються ЗПТ, особливо використання метадону та / або бупренорфіну, які не були включені до реєстру. Прикладіть будь-які пов'язані матеріали — наприклад, прес-релізи, брошури, газетні статті, офіційні заяви.

Основна інформація про форму оцінки реєстру документів, що стосуються до замісної підтримуючої терапії при лікуванні опіоїдної залежності

На першому етапі заповнення Реєстру необхідно скласти довідкову бібліотеку документів, які стосуються конкретних аспектів міжнародно-визнаних «кращих практик» ЗПТ із застосуванням метадону або бупренорфіну. Другим етапом буде аналіз або оцінювання складених документів.

Перед початком оцінювання окремих пунктів, аналітик повинен уважно ознайомитися з усіма документами з інформаційно-довідкової бібліотеки, особливо, якщо бібліотека була складена іншими. По кожному пункту в Реєстрі, аналітик повинен перечитати документи, безпосередньо пов'язані з цим пунктом, і оцінювати пункти в сукупності. Крім того, слід включати в довідкову бібліотеку будь-які інші документи, які стосуються до цього пункту, навіть якщо вони не були відзначені в первинній формі реєстру.

За змістом різні документи можуть суперечити один одному. Наприклад, метадон може значитися як заборонений до вживання лікарський засіб в одному документі, і як дозволений до вживання контрольований лікарський засіб в іншому. У цьому випадку, в розділі 3 (Реєстрація, призначення та закупівля) згідно з пунктом 3.1, слід позначити два варіанти відповіді: «Метадон однозначно зареєстрований або призначається» і «Застосування метадону однозначно заборонено законом або його застосування не допускається». Відповідний документ (и) та відповідні розділи повинні цитуватися в поле кожного варіанта.

У разі відсутності письмових документів, що стосуються даного питання, (наприклад, усі типи документів з позначкою «ні»), і коли жоден з інших документів не внесено у довідкову бібліотеку, слід позначати останнє поле в такому пункті (наприклад, «метадон в стратегічних документах не згадується»).

Повинен бути позначений, щонайменше, один варіант відповіді в кожному пункті Реєстру. Останнє поле «не згадується ...» слід позначати тільки тоді, коли жодне з попередніх полів не було позначено.

Аналітик може з'ясувати, що конкретний документ, який був класифікований на першому етапі заповнення Реєстру як «нормативно-правовий акт», насправді є «керівництвом» або навпаки. Аналітик повинен робити виправлення і вносити позначки щодо будь-яких документів, тип яких був помилково класифікований.

У деяких випадках, аналітик повинен включати конкретну інформацію, що міститься в документі (документах). Наприклад, у пункті 2.4 питається про опубліковані дані щодо кількості людей, які потенційно потребують ЗПТ. Якщо такі оціночні дані існують, то вони повинні бути занесені в таблицю. Крім того, в пунктах 3.6 та 3.7 питається про наявність дозволу на місцеве виробництва в країні та імпорт метадону та бупренорфіну. Якщо дозвільні документи існують, або якщо перераховані назви уповноважених виробників та / або імпортерів, то вони повинні бути внесені у відповідні поля оціночної таблиці.

Аналітик повинен оцінити зміст текстів документів. Він / вона не повинні намагатися оцінювати адекватність їх змісту, наприклад, чи дійсно вказана кількість людей з наркотичною залежністю потребує ЗПТ (пункт 2.4) або чи відповідає специфікація та / або якість догляду при наданні послуг ЗПТ найсучаснішим міжнародним стандартам (пункт 6.1). Крім того, на оцінку аналітиків не повинні впливати фактори, пов'язані з тим, наскільки широко поширювалися положення політики, яка була ступінь їх підтримки або опозиційність до них, або, в якій мірі вони реалізовувалися на практиці. Такі оцінки пов'язані з суб'єктивними чинниками оцінювання, можуть збиратися за допомогою інтерв'ю з ключовими респондентами і в ході безпосередніх спостережень при оцінюванні з використанням інструмента «Індекс оцінки політики» (Policy Assessment Index (PAI) - див. Інструмент 2.2.2).

Інструмент 2.1.2 Форма оцінки реєстру документів

Країна: _____ Дата заповнення: _____

Ім'я особи, яка проводить збір даних: _____

Посада: _____

Контактна інформація:

Адреса електронної пошти: _____

Телефон / факс: _____

Інструкція для особи, яка проводить збір даних:

Будь ласка, заповніть цю сторінку та вкажіть кращий спосіб зв'язатися з Вами (електронна пошта, телефон, факс, тощо) на випадок, якщо нам знадобиться додаткова інформація від Вас.

Зверніться до сторінки з інструкціями для вказівки про те, як заповнити інвентар. Цей реєстр включає 10 сфер змісту. Будь ласка, надайте оцінку по всіх пунктах сфер змісту та прочитайте всі процитовані документи, навіть якщо ви вже знайомі з їх змістом.

Після заповнення реєстру, будь ласка, відправте всі сторінки на адресу [керівник групи повинен вказати її, перш ніж поширювати серед членів команди].

| |
|---|
| 1. Дозволи |
| 1.1a Державні заклади мають право проводити лікування наркозалежності |
| <input type="checkbox"/> Державні заклади мають право проводити лікування наркозалежності <i>Цитати:</i> |
| <input type="checkbox"/> Державним закладам чітко заборонено проводити лікування наркозалежності <i>Цитати:</i> |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо лікування наркозалежності у державних медичних закладах |
| 1.1b Державні заклади мають право використовувати метадон для лікування наркозалежності |
| <input type="checkbox"/> Державні заклади мають право використовувати метадон для лікування опіоїдної залежності <i>Цитати:</i> |
| <input type="checkbox"/> Державним закладам чітко заборонено використовувати метадон для лікування опіоїдної залежності <i>Цитати:</i> |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо використання метадону для лікування опіоїдної наркозалежності у державних медичних закладах |
| 1.1c Державні заклади мають право використовувати бупренорфін для лікування наркозалежності |
| <input type="checkbox"/> Державні заклади мають право використовувати бупренорфін для лікування опіоїдної залежності <i>Цитати:</i> |
| <input type="checkbox"/> Державним закладам чітко заборонено використовувати бупренорфін для лікування опіоїдної залежності <i>Цитати:</i> |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо використання бупренорфіну для лікування опіоїдної залежності у державних медичних закладах |
| 1.2a Недержавні заклади мають право проводити лікування наркозалежності |
| <input type="checkbox"/> Недержавні заклади мають право проводити лікування наркозалежності <i>Цитати:</i> |
| <input type="checkbox"/> Недержавним закладам чітко заборонено проводити лікування наркозалежності <i>Цитати:</i> |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо лікування наркозалежності у недержавних медичних закладах |
| 1.2b Недержавні заклади мають право використовувати метадон для лікування наркозалежності |
| <input type="checkbox"/> Недержавні заклади мають право використовувати метадон для лікування для лікування опіоїдної залежності <i>Цитати:</i> |
| <input type="checkbox"/> Недержавним закладам чітко заборонено використовувати метадон для лікування опіоїдної залежності <i>Цитати:</i> |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо використання метадону для лікування опіоїдної наркозалежності у недержавних медичних закладах |
| 1.2c Недержавні заклади мають право використовувати бупренорфін для лікування наркозалежності |
| <input type="checkbox"/> Недержавні заклади мають право використовувати бупренорфін для лікування опіоїдної залежності <i>Цитати:</i> |

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Недержавним закладам чітко заборонено використовувати бупренорфін для лікування опіоїдної залежності <i>Цитати:</i> |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо використання бупренорфіну для лікування опіоїдної залежності у недержавних медичних закладах |
| 1.3 Недержавні заклади, що використовують метадон та / або бупренорфін повинні мати ліцензію, забезпечувати рівень кваліфікації медичних працівників і виконувати інші вимоги |
| <input type="checkbox"/> Вимоги щодо ліцензування та кваліфікації медичних працівників визначені <i>Цитати:</i> |
| <input type="checkbox"/> Недержавним службам заборонено проводити ЗПТ з використанням метадону чи бупренорфіну |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо ліцензування, вимог до закладу |
| 1.4 Визначено ціни, які дозволено встановлювати на послуги недержавним службам, які надають метадон та / або бупренорфін |
| <input type="checkbox"/> Ціни визначено → ціни: <i>Цитати:</i> |
| <input type="checkbox"/> Недержавним службам заборонено проводити ЗПТ з використанням метадону чи бупренорфіну |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо цін |

| | |
|--|---------------|
| 2. Бюджет | |
| 2.1 Існують бюджети та / або чіткі директиви щодо розподілу бюджету / фінансування для надання метадону та / чи бупренорфіну у державних закладах. | |
| <input type="checkbox"/> Існують директиви щодо розподілу бюджету / фінансування для надання метадону та / чи бупренорфіну у державних закладах для лікування опіоїдної залежності <i>Цитати:</i> | |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо розподілу бюджету | |
| 2.2 Існують національні дані оцінки кількості людей з опіоїдною залежністю. | |
| <input type="checkbox"/> Так → Кількість наркозалежних людей: _____ <input type="checkbox"/> Ні | Джерело, рік: |
| 2.3 Існують національні цільові показники чи дані оцінки щодо кількості чи відсотку споживачів наркотиків, які будуть чи мають отримувати лікування з використанням метадону та / чи бупренорфіну. | |
| <input type="checkbox"/> Так → Оціночні дані щодо проведення ЗПТ з використанням метадону чи бупренорфіну: <input type="checkbox"/> Ні | Джерело, рік: |
| 2.4 Існують національні цільові показники чи дані оцінки щодо кількості метадону та / чи бупренорфіну, що буде потрібна для закладів лікування наркозалежності. | |
| <input type="checkbox"/> Так → Оціночні дані щодо потреби в лікарських засобах: <input type="checkbox"/> Ні | Джерело, рік: |

| | |
|--|--|
| 3. Реєстрація, включення та закупівля | |
| 3.1 <i>Метадон</i> включено до затвердженого переліку лікарських засобів країни. | |
| <input type="checkbox"/> Метадон чітко зареєстровано чи включено <i>Цитати:</i> | |
| <input type="checkbox"/> Метадон чітко заборонено <i>Цитати:</i> | |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо включення метадону до затвердженого переліку лікарських засобів країни | |

| | |
|--|-------------------------|
| 3.2 Метадон чітко зареєстровано та / або включено до використання в рамках програм лікування опіоїдної залежності. | |
| <input type="checkbox"/> Метадон чітко зареєстровано чи включено <u>до використання для лікування опіоїдної залежності.</u> Цитати: | |
| <input type="checkbox"/> Метадон чітко заборонено <u>до використання для лікування опіоїдної залежності.</u> Цитати: | |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо <u>використання метадону для лікування опіоїдної залежності.</u> | |
| 3.3 Бупренорфін включено до затвердженого переліку лікарських засобів країни. | |
| <input type="checkbox"/> Бупренорфін чітко зареєстровано чи включено до використання для лікування опіоїдної залежності. Цитати: | |
| <input type="checkbox"/> Бупренорфін чітко заборонено <u>до використання для лікування опіоїдної залежності.</u> Цитати: | |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо бупренорфіну в затвердженому переліку лікарських засобів країни. | |
| 3.4 Бупренорфін чітко зареєстровано та / або включено до використання в рамках програм лікування опіоїдної залежності. | |
| <input type="checkbox"/> Бупренорфін чітко зареєстровано чи включено <u>до використання для лікування опіоїдної залежності.</u> Цитати: | |
| <input type="checkbox"/> Бупренорфін чітко заборонено <u>до використання для лікування опіоїдної залежності.</u> Цитати: | |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо <u>використання бупренорфіну для лікування опіоїдної залежності.</u> | |
| 3.5 Метадон та / або бупренорфін включено до затвердженого переліку основних лікарських засобів країни. | |
| Метадон: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Бупренорфін: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | Джерело, рік: |
| 3.6 Надано дозвіл чи повноваження на місцеве виробництво метадону та / чи бупренорфіну. | |
| <input type="checkbox"/> Місцеве виробництво метадону дозволено <input type="checkbox"/> Місцеве виробництво метадону заборонено <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо місцевого виробництва | Вповноважені виробники: |
| <input type="checkbox"/> Місцеве виробництво бупренорфіну дозволено <input type="checkbox"/> Місцеве виробництво бупренорфіну заборонено <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо місцевого виробництва | Вповноважені виробники: |
| Цитати: | |
| 3.7 Надано дозвіл чи повноваження на імпорт метадону та / чи бупренорфіну. | |
| <input type="checkbox"/> Імпорт метадону дозволено <input type="checkbox"/> Імпорт метадону заборонено <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо імпорту | Вповноважені імпортери: |
| <input type="checkbox"/> Імпорт бупренорфіну дозволено <input type="checkbox"/> Імпорт бупренорфіну заборонено <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо імпорту | Вповноважені імпортери: |
| Цитати: | |

| | |
|------------------|--|
| 4. Участь | |
| 4.1 | Існують чітко виписані положення, які сприяють активній участі споживачів ін'єкційних наркотиків у розробці політики та / або нормативно-правових актів. |
| | <input type="checkbox"/> Так → Механізм: |
| | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Цитати: |
| 4.2 | Існують чітко виписані положення, які сприяють активній участі в якості консультантів інших організацій громадянського суспільства, таких як сім'ї споживачів наркотиків, інших груп пацієнтів, таких як люди, які живуть з ВІЛ та / або їх представники, у розробці політики та / або нормативно-правових актів |
| | <input type="checkbox"/> Так → Механізм: |
| | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Цитати: |
| 4.3 | Існують чітко виписані положення, які сприяють активній участі в якості консультантів споживачів ін'єкційних наркотиків у розробці, виконанні та / або моніторингу програм. |
| | <input type="checkbox"/> Так → Механізм: |
| | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Цитати: |
| 4.4 | Існують чітко виписані положення, які сприяють активній участі в якості консультантів інших організацій громадянського суспільства, таких як сім'ї споживачів наркотиків, інших груп пацієнтів, таких як люди, які живуть з ВІЛ та / або їх представники, у розробці, виконанні та / або моніторингу програм. |
| | <input type="checkbox"/> Так → Механізм: |
| | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Цитати: |

| | |
|--|---|
| 5. Зберігання, розподіл та видача підконтрольних лікарських засобів | |
| 5.1 | Існують чітко виписані положення щодо зберігання підконтрольних лікарських засобів загалом, і метадону чи / або бупренорфіну зокрема. |
| | <input type="checkbox"/> Так → Механізм: |
| | <input type="checkbox"/> Ні |
| | Цитати: |
| 5.2 | Існують чітко виписані положення, що дозволяють використання метадону та / чи бупренорфіну в інших медичних закладах, поза межами тих, що визначені програмами лікування наркозалежності. |
| | <input type="checkbox"/> Метадон та / або бупренорфін <u>дозволено</u> у (вказіть заклади): |
| | <input type="checkbox"/> Метадон та / або бупренорфін <u>заборонено</u> у (вказіть заклади): |
| | <input type="checkbox"/> Не існує положень, які регулюють використання метадону та / чи бупренорфіну в інших медичних закладах, поза межами тих, що визначені програмами лікування наркозалежності. |
| | Цитати: |

| | |
|--|---|
| 5.3 Існують чітко виписані положення, що дозволяють авторизованим медичним закладам видавати метадон та / або бупренорфін для подальшого використання за межами медичного закладу. | |
| [] Лікарськими закладами <u>дозволено</u> видавати ЗПТ для подальшого використання за межами медичного закладу. | |
| [] Метадон та / або бупренорфін <u>заборонено</u> видавати ЗПТ для подальшого використання за межами медичного закладу. | |
| [] Не існує положень, які регулюють видачу ЗПТ для подальшого використання за межами медичного закладу. | |
| Цитати: | |
| 5.4 Існують чітко виписані положення, що визначають кількість та / або місцезнаходження авторизованих медичних закладів, яким дозволено видавати метадон та / або бупренорфін. | |
| [] Так | Кількість чи місцезнаходження авторизованих закладів: |
| [] У документах політики відсутні згадування щодо таких постачальників. | |
| Цитати: | |

| | |
|--|---------|
| 6. Клінічне лікування та безперервна допомога | |
| 6.1 Існують чітко виписані положення, що дають повноваження певному органу виконувати офіційну координацію розробки індивідуальних планів лікування наркозалежності. | |
| [] Так [] Ні | Цитата: |
| 6.2 Існують чіткі згадування щодо об'єму та / або якості допомоги у послугах, які використовують метадон та / чи бупренорфін. | |
| [] Так [] Ні | Цитата: |
| 6.3 Існують чітко виписані положення щодо направлення та перенаправлення між лікарськими закладами та іншими відомствами та службами. | |
| [] Так [] Ні | Цитата: |
| 6.4 Існують чітко виписані положення щодо направлення та / або ведення випадку захворювання між закладами закритого типу (наприклад, закладами стаціонарного лікування, тюрмами, та ін.) та громадськістю. | |
| [] Так [] Ні | Цитата: |
| 6.5 Існують чітко виписані положення щодо інтеграції послуг та стандартизації процедур для пацієнтів з потребою лікування опіїдної залежності та інших захворювань чи медичних станів, таких як ВІЛ, вагітність, та ін. | |
| [] Так [] Ні | Цитата: |
| 6.6 Існують чітко виписані положення, що дозволяють пацієнтам, які отримували метадон попередньо до ув'язнення, продовжувати лікування у місцях позбавлення волі чи інших закладах закритого типу, або почати лікування у місцях позбавлення волі. | |
| [] Так [] Ні | Цитата: |

| | |
|---|---------|
| 6.7 Існують чітко виписані положення, що передбачають чи сприяють співпраці між програмами лікування наркозалежності та правоохоронними органами, наприклад для направлення на лікування замість притягнення до відповідальності за незначні правопорушення, пов'язані з наркотиками. | |
| <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | Цитата: |
| 6.8 Існують чітко виписані положення щодо того, щоб програми лікування наркозалежності розробляли індивідуальні плани лікування наркозалежності для кожного пацієнта. | |
| <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | Цитата: |
| 6.9 Існують чітко виписані положення, що описують об'єм та / або рівень дозування метадону та / чи бупренорфіну, які дозволено призначати для лікування наркозалежності. | |
| <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | Цитата: |
| 6.10 Існують чітко виписані положення, що забезпечують доступ споживачів ін'єкційних наркотиків до медичних послуг профілактики, лікування та догляду щодо ВІЛ та СНІД. | |
| <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | Цитата: |
| 6.11 Існують чітко виписані положення, що забезпечують доступ споживачів ін'єкційних наркотиків до медичних послуг профілактики, лікування та догляду щодо туберкульозу. | |
| <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | Цитата: |
| 6.12 Існують чітко виписані положення, що забезпечують доступ споживачів ін'єкційних наркотиків до медичних послуг профілактики, лікування та догляду щодо гепатиту. | |
| <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | Цитата: |
| 6.13 Існують чітко виписані положення, що забезпечують доступ споживачів ін'єкційних наркотиків до психологічних послуг. | |
| <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | Цитата: |
| 6.14 Існують чітко виписані положення, що забезпечують доступ споживачів ін'єкційних наркотиків до соціальних послуг. | |
| <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | Цитата: |

| | |
|---|---------|
| 7. Стандарти допомоги | |
| 7.1 Існують чітко виписані положення, що регламентують та забезпечують рівень професійної підготовки медичного персоналу та інших працівників галузі охорони здоров'я, які видають метадон та / або бупренорфін для лікування опіоїдної залежності. | |
| <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | Цитата: |
| 7.2 Існують чітко виписані положення, що забезпечують базове навчання та / або перепідготовку лікарів та інших працівників галузі охорони здоров'я з питань використання метадону та / чи бупренорфіну для лікування опіоїдної залежності. | |
| <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | Цитата: |

| | |
|--|---------|
| 7.3 Існують чітко виписані положення, що вимагають дотримання таких самих стандартів етичної поведінки у лікуванні наркозалежності як і в лікуванні інших медичних станів. | |
| <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | Цитата: |
| 7.4 Існують чітко виписані положення, що захищають конфіденційність медичних записів клієнта та / або медичної інформації загалом. | |
| <input type="checkbox"/> Медичні записів чітко захищені <input type="checkbox"/> Не існує положень, які регулюють конфіденційність медичних записів | |
| Цитати: | |
| 7.5 Існують чітко виписані положення, що захищають конфіденційність медичної інформації у випадках лікування наркозалежності. | |
| <input type="checkbox"/> Медична інформація у випадках лікування наркозалежності чітко захищена <input type="checkbox"/> Медична інформація у випадках лікування наркозалежності чітко виключена з положень захисту <input type="checkbox"/> Не існує положень, які регулюють конфіденційність медичної інформації у випадках лікування наркозалежності | |
| Цитати: | |
| 7.6 Існують чітко виписані положення, що забороняють медичним працівникам надавати правоохоронним органам інформацію щодо лікування без відповідної ухвали суду. | |
| <input type="checkbox"/> Медичним працівникам чітко заборонено надавати правоохоронним органам інформацію щодо лікування без відповідної ухвали суду <input type="checkbox"/> Медичним працівникам чітко дозволено надавати правоохоронним органам інформацію щодо лікування без відповідної ухвали суду <input type="checkbox"/> Не існує положень, які регулюють надання інформації правоохоронним органам | |
| Цитати: | |

| | |
|---|-----------------------|
| 8. Охоплення та доступ клієнтів до лікування | |
| 8.1 Не існує жодних вказівок щодо пропонування чи обмеження метадону та / або бупренорфіну клієнтам, залежно від їх віку. | |
| <input type="checkbox"/> ЗПТ чітко дозволено для усіх, хто її потребує, незалежно від віку | |
| <input type="checkbox"/> Вікові обмеження щодо ЗПТ визначено | Вікові обмеження: |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо вікового обмеження | |
| Цитати: | |
| 8.2 Не існує жодних вказівок щодо пропонування чи обмеження метадону та / або бупренорфіну клієнтам, залежно від їх статі. | |
| <input type="checkbox"/> ЗПТ чітко дозволено для усіх, хто її потребує, незалежно від статі | |
| <input type="checkbox"/> Обмеження щодо статі при призначенні ЗПТ визначено | Обмеження щодо статі: |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування обмеження щодо статі | |
| Цитати: | |
| 8.3 Не існує жодних вказівок щодо пропонування чи обмеження метадону та / або бупренорфіну клієнтам, залежно від тривалості споживання незаконних наркотиків. | |
| <input type="checkbox"/> ЗПТ чітко дозволено для усіх, хто її потребує, незалежно від тривалості споживання наркотиків. | |
| <input type="checkbox"/> Обмеження тривалості споживання наркотиків визначено | Обмеження: |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо обмеження тривалості споживання наркотиків | |
| Цитати: | |

| | |
|--|---------------|
| 8.4 Не існує жодних вказівок щодо пропонування чи обмеження метадону та / або бупренорфіну клієнтам, залежно від їх історії спроб утримання від наркотиків чи невдалих спроб лікування. | |
| <input type="checkbox"/> ЗПТ чітко дозволено для усіх, хто її потребує, незалежно від минулої історії | |
| <input type="checkbox"/> Визначено обмеження, залежно від минулої історії | Обмеження: |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо обмеження, залежно від минулої історії | |
| Цитати: | |
| 8.5 Не існує жодних вказівок щодо пропонування чи обмеження метадону та / або бупренорфіну клієнтам, залежно від виду ускладнень, викликаних опіоїдною залежністю. | |
| <input type="checkbox"/> ЗПТ чітко дозволено для усіх, хто її потребує, незалежно від ускладнень, викликаних опіоїдною залежністю | |
| <input type="checkbox"/> Визначено обмеження, залежно від ускладнень, викликаних опіоїдною залежністю | Обмеження: |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо обмеження, залежно від ускладнень, викликаних опіоїдною залежністю | |
| 8.6 Не існує жодних вказівок щодо пропонування чи обмеження метадону та / або бупренорфіну клієнтам, залежно від їх психічного стану. | |
| <input type="checkbox"/> ЗПТ чітко дозволено для усіх, хто її потребує, незалежно від психічних станів | |
| <input type="checkbox"/> Визначено обмеження, залежно від психічних станів | Обмеження: |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо обмеження, залежно від психічних станів | |
| Цитати: | |
| 8.7 Відсутні вказівки, що вимагають від клієнта проходження спеціальної медичної комісії чи отримання припису психіатра для видачі чи рецептурної виписки метадону та / або бупренорфіну для лікування опіоїдної залежності. | |
| <input type="checkbox"/> ЗПТ і чітко дозволено для усіх, хто її потребує, без проходження спеціальної медичної комісії чи отримання припису психіатра | |
| <input type="checkbox"/> Чітко визначено вимогу проходження спеціальної медичної комісії чи отримання припису психіатра | Специфікація: |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо проходження комісії | |
| Цитати: | |

| | |
|---|---------|
| 9. Жінки, які споживають ін'єкційні наркотики | |
| 9.1 Існують чітко виписані згадування щодо особливих потреб жінок в рівнях дозування лікарських засобів та / або інших послуг лікування наркозалежності. | |
| <input type="checkbox"/> Існують спеціальні вказівки щодо дозування для жінок | Цитата: |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо спеціального дозування для жінок | |
| 9.2 Існують чітко виписані положення щодо доступу жінок, які споживають ін'єкційні наркотики до послуг планування сім'ї та / або інших послуг репродуктивного здоров'я. | |
| <input type="checkbox"/> Доступ до послуг планування сім'ї / інших послуг репродуктивного здоров'я гарантований, однак не затребуваний | Цитати: |
| <input type="checkbox"/> Послуги планування сім'ї обов'язкові при лікуванні жінок | Цитати: |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо доступу до послуг планування сім'ї / інших послуг репродуктивного здоров'я | |

| | |
|--|---------|
| 9.3 Існують чітко виписані положення, що захищають чи пропагують права жінок на збереження чи відновлення опіки над дітьми у випадку лікування наркозалежності, за винятком випадків жорстокого поводження з дітьми. | |
| <input type="checkbox"/> Права жінок на опіку над дітьми чітко захищені | Цитати: |
| <input type="checkbox"/> Права жінок на опіку над дітьми чітко відхилені для жінок, які проходять лікування | Цитати: |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо права опіки над дітьми | |
| 9.4 Існують чітко виписані положення щодо лікування вагітних чи годуючих груддю жінок з використанням метадону та / або бупренорфіну. | |
| <input type="checkbox"/> Вагітним чи годуючим груддю жінкам гарантовано доступ до метадону та / або бупренорфіну | Цитати: |
| <input type="checkbox"/> Вагітним чи годуючим груддю жінкам обмежено доступ до метадону та / або бупренорфіну | Цитати: |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо вагітних чи годуючих груддю жінок | |
| 9.5 Існують чітко виписані положення щодо доступу жінок, які споживають ін'єкційні наркотики, до послуг дородової допомоги, так само як і для інших жінок. | |
| <input type="checkbox"/> Доступ до дородової допомоги гарантовано | Цитата: |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо доступу до дородової допомоги | |

| | |
|--|---------|
| 10. Громадянські, економічні, соціальні та культурні права людей, які споживають наркотики | |
| 10.1 Примусове тестування на споживання незаконних наркотиків. | |
| <input type="checkbox"/> Примусове тестування на споживання незаконних наркотиків дозволено | Цитати: |
| <input type="checkbox"/> Примусове тестування на споживання незаконних наркотиків заборонено | Цитати: |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо примусового тестування на споживання незаконних наркотиків | |
| 10.2 Примусове лікування людей, які споживають незаконні наркотики | |
| <input type="checkbox"/> Примусове лікування людей, які споживають незаконні наркотики, дозволено | Цитати: |
| <input type="checkbox"/> Примусове лікування людей, які споживають незаконні наркотики, заборонено | Цитати: |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо примусового лікування людей, які споживають незаконні наркотики | |
| 10.3 Запровадження примусових медичних послуг чи процедур (наприклад, тестування на ВІЛ, контрацептивна стерилізація) щодо людей, які споживають опіоїди, чи на підставі факту споживання ними наркотиків. | |
| <input type="checkbox"/> Примусові медичні процедури щодо людей, які споживають опіоїди, чітко визначені | Цитати: |

| | |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> Примусові медичні процедури щодо людей, які споживають опіоїди, чітко заборонені | Цитати: |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо примусових медичних процедур на підставі факту споживання наркотиків. | |
| 10.4 Обмеження на свободу пересування людей, які споживають опіоїди (наприклад, обов'язковий карантин чи затримання) на підставі факту споживання ними наркотиків. | |
| <input type="checkbox"/> Пересування споживачів наркотиків чітко обмежено | Цитати: |
| <input type="checkbox"/> Свобода пересування споживачів наркотиків чітко захищено | Цитати: |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо свободи пересування споживачів наркотиків | |
| 10.5 Обмеження щодо можливості працевлаштування людей, які споживають опіоїди чи на підставі факту споживання ними наркотиків. | |
| <input type="checkbox"/> Обмеження можливості працевлаштування людей, які споживають опіоїди, чітко дозволені | Цитати: |
| <input type="checkbox"/> Обмеження можливості працевлаштування людей, які споживають опіоїди, чітко заборонені | Цитати: |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо можливості працевлаштування людей, які споживають опіоїди чи на підставі факту споживання ними наркотиків. | |
| 10.6 Дискримінація на підставі медичних чи фізичних вад заборонена. | |
| <input type="checkbox"/> Дискримінація на підставі медичних чи фізичних вад чітко заборонена | Цитати: |
| <input type="checkbox"/> Дискримінація на підставі медичних чи фізичних вад чітко дозволена | Цитати: |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування що захищають від дискримінації на підставі медичних чи фізичних вад. | |
| 10.7 Дискримінація на підставі стану психічного здоров'я заборонена. | |
| <input type="checkbox"/> Дискримінація на підставі стану психічного здоров'я чітко заборонена | Цитати: |
| <input type="checkbox"/> Дискримінація на підставі стану психічного здоров'я чітко дозволена | Цитати: |
| <input type="checkbox"/> У документах політики відсутні згадування щодо захисту від дискримінації на підставі стану психічного здоров'я | |
| 10.8 Чи містять наступні документи інформацію про те, що наркозалежність класифікується як інвалідність та / або стан психічного здоров'я? | |
| <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | |
| Цитати: | |
| 10.9 Існують обмеження на громадянські, соціальні чи культурні блага (такі як право голосувати, свобода зібрань, право на житло, освіту, опіку над дітьми) людей, які споживають опіоїди чи на підставі факту споживання ними наркотиків. | |

| | |
|--|---------|
| [] Обмеження на інші права та / або блага чітко дозволені | Цитати: |
| [] Обмеження на інші права та / або блага чітко заборонені | Цитати: |
| [] У документах політики відсутні згадування щодо обмежень прав та / або благ на підставі факту споживання наркотиків | |

Підказки від Маліки

1. Перед тим як почати оцінку, продивіться кожен документ від початку до кінця. Ви можете знайти багато корисної інформації для декількох елементів.
2. Перечитайте кожен пункт двічі, перш ніж почати відповідати на нього, щоб переконатися, що Ви розумієте, про що Вас запитують.
3. Починайте роботу над кожним пунктом, з ознайомлення із документами від національного консультанта. Перевіряйте всі посилання ретельно — Ви можете виявити, що деякі посилання, перераховані консультантом не стосуються даного питання, або ж інші посилання можуть мати важливу інформацію для цього пункту.
4. Не забудьте вказати номер сторінки та назву розділу кожного джерела разом з його цитатою.
5. Роздрукуйте всі документи, які стосуються замісної терапії. У вас буде багато детальних матеріалів з цього питання!
6. Фактично, ця робота займе у Вас два-три рази більше часу, ніж Ви очікуєте.

Ця робота не нудна! Насолоджуйтесь ☺

ДОДАТОК С. ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ ДЛЯ ІНТЕРВ'Ю З КЛЮЧОВИМИ РЕСПОНДЕНТАМИ

Ім'я респондента: _____

Посада респондента: _____

Організація респондента: _____

Дата та час інтерв'ю: _____

Місце проведення інтерв'ю: _____

Загальні питання (для усіх респондентів)

1. Як би Ви оцінили рівень розвитку політики з питань ВІЛ/СНІД в Україні?

- а. Дуже добрий
- б. Добрий
- в. Посередній
- г. Недостатній
- д. Не знаю / не скажу

2. Як би Ви оцінили рівень виконання політики з питань ВІЛ/СНІД в Україні?

- а. Дуже добрий
- б. Добрий
- в. Посередній
- г. Недостатній
- д. Не знаю / не скажу

3. Які, на Вашу думку, організації чи установи мають найбільший вплив на процеси, пов'язані з політичними процесами у сфері ВІЛ?

- а. Політичний сектор (Парламент, обласні органи влади)
- б. Урядовий сектор (міністерства та відомства)
- в. Комерційний сектор (компанії, підприємства)
- г. Професійні об'єднання
- д. Національні НУО
- е. Міжнародні організації
- ж. Інші _____
- з. Не знаю / не скажу

4. Чи існує координаційний орган національного рівня у сфері протидії ВІЛ? Наскільки ефективно він діє?

5. Чи існують координаційні органи регіонального рівня у сфері протидії ВІЛ?
Наскільки ефективно вони діють?

6. На Вашу думку, чи наявне адекватне та змістовне залучення різних секторів у процеси розробки політики з питань ВІЛ?
- а. Так
 - б. Ні
 - в. Не знаю / не скажу

Будь-ласка, поясніть Вашу відповідь та наведіть приклади.

7. На Вашу думку, як політичні фактори різного рівня сприяють чи перешкоджають процесам виконання законодавства у сфері ВІЛ?

8. На Вашу думку, які ключові пріоритети розробки та виконання політики у сфері ВІЛ і СНІД?

ПОСИЛАННЯ

- Всеукраїнська Мережа людей, які живуть з ВІЛ і Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. (2011, 21 січня). *Відкрите звернення до Президента України В. Януковича*.
- Бордуніс, Т. (неопубліковано). *«Аналіз нормативно-правового забезпечення прав дітей і молоді, які живуть або працюють на вулиці, попередження бездомності та бездоглядності в Україні»*. USAID | Проект розвитку ВІЛ/СНІД сервісу в Україні.
- К. Л. Роббінс, Л. Запата, Д. М. Кіссін, Р. Йорік, Г. Скіпальська, Е. Фіннерті, Т. Орнстайн, П. А. Марчбанк, Д. Дж. Джемісон і С. Д. Хілліс. (2010). Домінування серотипу ВІЛ у різних містах України серед вуличної молоді. *Міжнародний журнал про ЗПСШ і СНІД; випуск 21*, 489-496.
- Заключні коментарі Комітету з ліквідації усіх форм дискримінації проти жінок, висловлені у 6му та 7му періодичних звітах України та на 45й Сесії (18 січня — 5 лютого 2010 року). (дата не вказується).
- Данілова М. (15 лютого 2011 року). *Нестача препаратів для ВІЛ позитивних пацієнтів, загроза в Україні*. За публікацією 4 березня 2011 року в газеті «Washington Post»: ГПЕРПОСИЛАННЯ "<http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2011/02/15/AR2011021500660.html>"
- Дані Державної Служби з питань боротьби з ВІЛ та іншими соціально небезпечними хворобами. (дата не вказується). *Інформація про кількість офіційно зареєстрованих ВІЛ інфікованих громадян України станом на грудень місяць 2010 року*. За публікацією 6 березня 2011 року ГПЕРПОСИЛАННЯ "http://stop-aids.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=192:-2010-&catid=41:2009-01-14-15-23-58&Itemid=55"
- Діан ДеБель. (липень 2005 року). Вплив переходу на систему громадської охорони здоров'я в Україні: Аналіз ситуації з епідемією ВІЛ/СНІД. *BMJ Volume 331*, 216-219.
- Захист Прав Людини. (8 березня 2011 року). *Лист до Президента України В. Януковича*. За публікацією 4 квітня 2011 року ГПЕРПОСИЛАННЯ "http://www.aidsalliance.org.ua/ru/news/pdf/hrw/1%202011%20Ukraine%20Drug%20Treatment%20Harassment%20Letter_English.pdf"
- Херлі, Р. (2010). Як Україна справляється з найзагрозливішою епідемією ВІЛ у Європі. *Видання «BMJ»; випуск 341*, 341:c3538.
- Міжвідомчий Керівний Комітет (Inter-Agency Steering Committee — IASC). (2005). *Рекомендації щодо реагування на випадки гендерного насилля у гуманітарній сфері: Концентрація зусиль на профілактиці та протидії статевоому насиллю у надзвичайних ситуаціях. (Пілотна версія)*. Женева: IASC.

- Об'єднана Програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД (UNAIDS). (2009). *Комплексна Зовнішня Оцінка національної протидії СНІД в Україні: Зведений Звіт (оригінал англійською мовою)*. Київ: UNAIDS.
- Об'єднана Програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД (UNAIDS). (2010). *Звіт про глобальну епідемію СНІД*. Женева: UNAIDS.
- Об'єднана Програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД (UNAIDS). (31 січня 2011 року). *Заява для преси: UNAIDS закликає Уряд України забезпечити безперервність послуг у сфері ВІЛ і вітає прийняття нового Закону України на втілення підходу до боротьби зі СНІДом з позиції захисту прав людини*. За публікацією 4 квітня 2011 року; ГІПЕРПОСИЛАННЯ
"<http://www.unaids.org/en/реджерелос/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2011/january/20110131psukraine/>"
<http://www.unaids.org/en/реджерелос/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2011/january/20110131psukraine/>
- Об'єднана Програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД (UNAIDS). (дата не вказується). «ВІЛ інфекція в Україні»; *Інформаційний бюлетень № 33*.
- Круглов Ю. К. (2008). «Найсерйозніша епідемія ВІЛ у Європі: Оцінка поширеності ВІЛ в Україні на 2007 рік. Інфекції, що передаються статевим шляхом. 2008:84 (Додаток I), і37-і41. ГІПЕРПОСИЛАННЯ "http://sti.bmj.com/content/84/Suppl_1/i37.full"
- Міністерство Охорони Здоров'я України. (2010). *Україна: Національний Звіт про моніторинг ходу виконання Декларації ССГАООН про прихильність до боротьби з ВІЛ/СНІД. Звітний період: січень 2008 - грудень 2009 років*. Київ: Уряд України.
- Міністерство Охорони Здоров'я України, Україна. (23 лютого 2011 року). Прес реліз, «Поточна ситуація щодо замісної підтримувальної терапії в Україні».
- Міністерство Охорони Здоров'я України, Український Центр профілактики та боротьби зі СНІДом. Дані 2010 року. Київ: Уряд України.
- Міністерство Охорони Здоров'я України, Український Центр профілактики та боротьби зі СНІДом, Інститут епідеміології та інфекційних захворювань, Центральна санітарно епідеміологічна станція. (2011). «ВІЛ інфекція в Україні»; *Інформаційний бюлетень № 35*. Київ.
- Аналітичний звіт про результати соціологічного дослідження «Оцінка чисельності груп найвищого ризику інфікування ВІЛ в Україні» за 2009 рік*. (дата не вказується)
- ПЕПФАР Надзвичайний План Президента США по Боротьбі зі СНІД PEPFAR. (2010). *Звіт про хід виконання в ПЕПФАР Україні: Фінансовий Рік 2010*. PEPFAR. ГІПЕРПОСИЛАННЯ "<http://www.pepfar.gov/documents/organization/145739.pdf>"
<http://www.pepfar.gov/documents/organization/145739.pdf>
- Тельчик А. Б. (2008). *Підлітки груп найвищого ризику: Доказова база для посилення протидії ВІЛ в Україні*. Київ: ЮНІСЕФ і Український Інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременко. ГІПЕРПОСИЛАННЯ "http://www.unicef.org/ukraine/ukr/MARA_Report_eng_web.pdf"
http://www.unicef.org/ukraine/ukr/MARA_Report_eng_web.pdf

- Комітет Організації Об'єднаних Націй з прав дитини, 56та Сесія. (3 лютого 2011 року).
Зауваження щодо звітів поданих країнами учасницями на виконання Статті 44
Конвенції (Попередня передагована версія).
- Генеральна Асамблея Організації Об'єднаних Націй. (20 листопада 1989 року). Конвенція про
Права Дитини.
- Агентство США з міжнародного розвитку (USAID). (листопад 2007 року). Термінологія з
гендерних питань.
- Уряд США та Уряд України. (15 лютого 2011 року). *«Угода про рамкове партнерство між
Урядом Сполучених Штатів Америки та Кабінетом Міністрів України з протидії
ВІЛ/СНІД у 2011-2015 рр.» (Лютий 2011 року). ГІПЕРПОСИЛАННЯ
"http://www.pepfar.gov/frameworks/ukraine/158512.htm"
<http://www.pepfar.gov/frameworks/ukraine/158512.htm>*
- Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ). (2010). *Антиретровірусна терапія ВІЛ
інфекції в дорослих і підлітків: Рекомендації для системи громадської охорони
здоров'я. Перегляд рекомендацій від 2010 року. Женева: ВООЗ.*



За додатковою інформацією звертатись:

Health Policy Project
Futures Group
One Thomas Circle, NW, Suite 200
Washington, DC 20005
телефон: (202) 775-9680
факс: (202) 775-9694
електронна пошта:
<http://www.healthpolicyproject.com>