

**Инициатива по содействию доступности основных лекарственных средств**

**Сохранение и расширение доступности АРВ по  
окончании финансирования Глобального фонда:**

**Уроки Эстонии**

**июль 2008 г.**

# СОДЕРЖАНИЕ

Об этой публикации .....	3
Список сокращений.....	4
1. Введение.....	5
1.1 Вопросы воздействия и устойчивости программ Глобального фонда в мире .....	5
1.2 Эстония как пример страны, где закончились программы Глобального фонда .....	6
2. Общая информация о стране .....	8
2.1 Обзор эпидемии ВИЧ в Эстонии .....	8
3. Программа Глобального фонда в Эстонии .....	11
4. Вызовы переходного периода по окончании программы Глобального фонда .....	13
4.1 Финансирование и бюджетная поддержка .....	14
4.2 Уровень и объем подготовки со стороны государства .....	15
4.3 Недостаток согласованности и координации действий государственных структур ..	17
4.4 Ограничительные условия контрактов.....	18
4.5 Эффективность гражданского общества и его отношения с государством .....	19
4.6 Медикосоциальный уход и услуги для заключенных .....	22
4.7 Отсутствие АРВ-дженериков .....	22
4.8 Проблемы и приоритеты расширения масштабов служб.....	24
5. Усвоенные уроки и рекомендации.....	26
Приложение 1. Открытое заявление гражданского общества по поводу выделения средств на программы по ВИЧ/СПИДу, 2007 год.....	30
Приложение 2. Одно из главных препятствий, мешающих профилактике ВИЧ: отставание в части объемов предоставления и доступности заместительной терапии .....	32

## Об этой публикации

Устойчивость программ, получивших поддержку Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, станет в ближайшие годы одним из важнейших вопросов глобального здравоохранения. Кто по окончании программ ГФ возьмет на себя ответственность за продолжение – а при необходимости и расширение – проектов и инициатив, начатых благодаря Глобальному фонду? Будут ли по-прежнему получать необходимую помощь - например, лечение ВИЧ-инфекции – все те, кто в ней нуждается? Удается ли сохранить начальный импульс – или же этому помешает недостаток институционального потенциала, квалифицированных кадров и финансовых ресурсов на национальном и местном уровне?

Такие вопросы уже рассматриваются в нескольких странах. Одна из них – Эстония. В октябре 2007 года закончилась единственная в стране программа Глобального фонда, давшая возможность расширить сеть служб по ВИЧ/СПИДу. В этой публикации анализируются события, произошедшие перед окончанием программы и после ее окончания, в том числе меры, принятые правительством и гражданским обществом по организации финансирования программ по ВИЧ/СПИДу и распределения обязанностей в этой сфере в будущем. В первую очередь мы рассматриваем наличие АРВ-терапии и охват АРВ-терапией (АРТ), что во всех странах мира является краеугольным камнем деятельности по обеспечению всеобщей доступности лечения для людей, живущих с ВИЧ.

Разумеется, в разных странах различается национальный и местный контекст. Тем не менее, наблюдения и уроки, полученные на примере Эстонии, могут быть полезны заинтересованным лицам в целом ряде стран, которым такой переход предстоит в будущем. В целом очевидно одно: начинать думать над этими вопросами нужно как можно раньше - особенно это касается активистов гражданского общества. Не допустить ослабления внимания к устойчивости программ и в конечном итоге добиться расширения инициатив по организации необходимого медицинского и социального обслуживания и поддержки оказалось не просто даже в такой относительно благополучной и стабильной стране, как Эстония.

Подготовка и методология. Основным автором этого доклада является Джефф Хувер. Доклад подготовлен по заказу и при поддержке Института «Открытое общество» (ИОО). Материалом для исследований послужил анализ документов и интервью, проведенных в Эстонии в конце апреля 2008 г. с представителями государственных структур, организаций гражданского общества, участвующих в программах по ВИЧ/СПИДу, а также с людьми, живущими с ВИЧ. Цитаты в тексте доклада сопровождаются указаниями на источники информации и наблюдений.

## **Список сокращений**

СПИД = синдром приобретенного иммунодефицита

АРТ = антиретровирусная терапия

АРВ – антиретровирусный препарат

СКМ = страновой координационный механизм

ЭСЛЖВ = Эстонская сеть людей, живущих с ВИЧ

Глобальный фонд = Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией

ВИЧ = вирус иммунодефицита человека

ПИН = потребитель наркотиков инъекционным путем

МиСВ = Министерство по социальным вопросам

НПО = неправительственная организация

НИРЗ = Национальный институт развития здравоохранения

ЛЖВС = люди, живущие с ВИЧ и СПИДом

ТБ = туберкулез

ЮНЭЙДС = Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

ДКО = добровольное обследование и консультирование на ВИЧ

ВОЗ = Всемирная организация здравоохранения

### **Примечание к тексту:**

Если не указано иное, все суммы с пометкой “\$” приведены в долларах США.

# 1. Введение

## 1.1 Вопросы воздействия и устойчивости программ Глобального фонда в мире

Менее чем за семь лет своего существования Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией стал одним из крупнейших в мире источников помощи программам здравоохранения – как по масштабам, так и по объему выделенных средств. По состоянию на май 2008 года (до получения заявок на восьмой раунд финансирования) Глобальный фонд уже одобрил более 500 грантов по всему миру на общую сумму около 10,74 млрд. долларов. Не менее 120 стран непосредственно получили хотя бы один грант (включая региональные гранты, выданные нескольким странам), а некоторые успешно подали несколько заявок<sup>1</sup>.

Глобальный фонд видит свою задачу в том, чтобы служить механизмом финансирования, а не администратором программ. Поэтому он опирается на разработку, осуществление, мониторинг и оценку проектов и программ силами заинтересованных сторон на национальном уровне. Гибкость институционального подхода и является главной причиной того, что гранты варьируют по размерам от более 150 миллионов долларов до менее 5 миллионов долларов, в зависимости от населения страны, заболевания (заболеваний), на борьбу с которыми запрашиваются средства, ожидаемых результатов проекта, от того, как и по каким каналам будут распределяться выделенные средства и какие услуги будут финансироваться.

Но некоторые принципы политики и правила Глобального фонда распространяются на все страны мира и изложены довольно подробно. Например, в рекомендациях по составлению заявок для Глобального фонда указаны конкретные требования к отчетности, а срок одного гранта не может превышать пяти лет. Таким образом, хотя большинство из сотен программ Глобального фонда по всему миру еще не завершены, все они рано или поздно закончатся. В некоторых странах и при некоторых обстоятельствах Глобальный фонд будет продолжать оказывать помощь в рамках других программ, инициированных на следующих раундах финансирования. Но даже в таких случаях в силу отличий каждой программы по своим масштабам, целям и объему одобренного финансирования потребуется внести коррективы в организацию служб на национальном и местном уровне.

Главным моментом является то, что программы Глобального фонда не будут продолжаться бесконечно, какими бы ни были потребности на местном уровне. Действующие программы тоже могут столкнуться с ограничением имеющихся ресурсов, если доноры самого Глобального фонда сократят объем предоставляемой помощи или не выполнят своих обязательств. И эту возможность нельзя исключить, поскольку в сегодняшнем мире экономический кризис может наступить практически без предупреждения, а правительства даже самых богатых стран регулярно слышат на национальном уровне требования сократить объем выделяемой иностранной помощи.

Ожидаемое или неожиданное, прекращение либо резкое сокращение поддержки Глобального фонда может привести к печальным последствиям, особенно в развивающихся странах с довольно высокой распространенностью ВИЧ, туберкулеза и малярии - трех тяжелейших и опаснейших заболеваний в мире. Поддержка Глобального фонда позволила сохранить здоровье и благополучие миллионов людей, которые без нее могли бы умереть или тяжело

---

<sup>1</sup> Регулярно обновляемую информацию о Глобальном фонде, в том числе о каждом из грантов, можно получить на сайте ГФ ([www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org)) либо на сайте Aidspace ([www.aidspace.org](http://www.aidspace.org)) - независимой организации, наблюдающей за работой ГФ и оказывающей ему поддержку.

заболеть. Не менее важен и косвенный эффект от снижения заболеваемости для семей, сообществ и целых стран.

Хотя не только Глобальный фонд снабжает эти страны необходимыми ресурсами, он сыграл важнейшую роль во многих из них. Особенно значительной была его помощь странам в деле развития и расширения служб по ВИЧ/СПИДу, что вовсе не удивительно, если учитывать, что две трети от общей суммы выделенных на настоящий момент грантов приходится на долю компонента по ВИЧ/СПИДу. Помимо прочего, более 6 миллиардов долларов, выделенных в рамках этого компонента, были направлены на поддержку следующих видов деятельности:

- расширение доступности антиретровирусного лечения (АРТ) в 100 странах;
- развертывание кампаний профилактики и просвещения по вопросам ВИЧ с раздачей сопутствующих материалов (например, презервативов);
- инициативы по борьбе со стигмой, разработанные и реализованные общественными организациями и людьми, живущими с ВИЧ.

Поэтому устойчивость программ, инициированных при поддержке Глобального фонда, критически важна для тех, кто получает от прямую или опосредованную помощь благодаря таким программам. Однако программы бывают дорогостоящими, особенно для бедных стран, которые во многих случаях имеют дело с наиболее серьезными проблемами. К тому же из-за дефицита людских ресурсов нередко бывает трудно эффективно администрировать эти программы и вести их мониторинг. В некоторых случаях эти проблемы можно решить благодаря другим источникам помощи, в том числе двусторонним и многосторонним агентствам. Тем не менее, во многих случаях ответственность за поддержание - и расширение при необходимости - программ, ранее получавших финансирование Глобального фонда, придется взять на себя заинтересованным сторонам на национальном уровне: государственным структурам, медикам, гражданскому обществу и частному сектору.

То, насколько адекватно страны сумеют подготовиться к прекращению помощи Глобального фонда и справиться с таким переходом, четко продемонстрирует их стремление сохранить и далее развивать достигнутые успехи в области охраны здоровья. По мере движения вперед все участники этой деятельности должны будут принять фундаментальные и непростые решения о том, как будут распределяться и использоваться имеющиеся ограниченные ресурсы. Им предстоит постоянно и в приоритетном порядке изучать и применять опыт других стран, столкнувшихся с похожими проблемами. Контекст в разных странах никогда не будет одинаковым, но одинаковыми должны быть общие цели. В идеале эти цели следующие:

1. **сохранить** уровень организации услуг, достигнутый к моменту официального завершения программ Глобального фонда, и
2. **расширить** охват этими услугами для обеспечения в перспективе их всеобщей доступности, особенно в случае лечения и ухода, продлевающих жизнь.

Эти две цели представляются вполне разумными практически со всех точек зрения, но признать их приоритетность куда легче, чем достичь их на практике. Именно поэтому так полезно постоянное и внимательное изучение чужого опыта.

## **1.2 Эстония как пример страны, где закончились программы Глобального фонда**

На данный момент перечень примеров стран, где завершено финансирование Глобального фонда, весьма ограничен: по состоянию на май 2008 года лишь очень немногие страны достигли момента окончания программ Глобального фонда.

Одной из стран, которую по праву можно считать «успешно закончившей» программу Глобального фонда, является Эстония. На первый взгляд нельзя сказать, что Эстония имеет много общего с другими получателями грантов Глобального фонда. Ее население составляет лишь 1,3 миллиона человек; страна это достаточно богатая и политически стабильная, член Европейского Союза, а число людей, живущих с ВИЧ, составляет, по оценкам, не более 10 тысяч. Практически во всех других странах-получателях финансирования ГФ условия гораздо хуже, а проблемы – острее.

Тем не менее, государственные структуры Эстонии при поддержке гражданского общества сочли необходимым более пяти лет назад обратиться за финансированием Глобального фонда, чтобы с его помощью сформировать (как надеются государственные руководители) целесообразные, эффективные и устойчивые ответные меры по борьбе со СПИДом. Это общая задача всех стран, взаимодействующих с Глобальным фондом, вне зависимости от конкретного контекста.

Не менее важен и поучителен тот факт, что завершение программы Глобального фонда в Эстонии не было гладким и проходило с некоторыми сложностями, несмотря на довольно благоприятные социальные, экономические и политические факторы. У представителей государства и гражданского общества были и сохраняются разные точки зрения относительно качества оказания услуг в долгосрочной перспективе. Они также в разной степени уверены в устойчивости программ профилактики и лечения ВИЧ, инициированных при поддержке Глобального фонда.

Подобные разногласия, несомненно, возникнут в любой стране и в любом контексте, где действует Глобальный фонд, и скорее всего наиболее значимые из них будут касаться доступности лечения ВИЧ. Активисты всего мира продолжают настойчиво требовать от государств и доноров, чтобы всеобщая доступность АРТ стала реальностью, а не просто обещанием. К апрелю 2008 г. АРТ получали около 3 млн. человек, но даже эта цифра отражает менее половины предполагаемого числа людей, нуждающихся в терапии.

Некоторые наблюдатели утверждают, что всеобщей доступности невозможно достичь и нереально обеспечить ее в долгосрочной перспективе; вместо этого они призывают выделять ресурсы в первую очередь на профилактику. Такую точку зрения отвергают не только большинство активистов, занимающихся адвокацией, но и Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) и сам Глобальный фонд. Они считают, что профилактика и лечение являются неотъемлемыми компонентами комплексной и в перспективе - эффективной парадигмы ответных мер в борьбе с эпидемией СПИДа; эта парадигма основана на убежденности в том, что повышение доступности АРТ является гуманным, человеческим подходом, который важен и для эффективной профилактики ВИЧ - а значит, должен стать одним из главных приоритетов для всех доноров, включая Глобальный фонд, и для всех государств и специалистов, оказывающих услуги в контексте противодействия эпидемии СПИДа.

Большинство заинтересованных сторон в Эстонии признают значение доступности АРВ-терапии и степени охвата ею и уделяют этому приоритетное внимание в период после завершения программы Глобального фонда - в будущем это предстоит сделать и их коллегам в других странах. Поэтому изложенные здесь первые выводы об основных возникших в Эстонии проблемах с терапией ВИЧ могут быть поучительны и полезны другим. В настоящем докладе рассматриваются главные вопросы, поднятые заинтересованными сторонами в Эстонии, и приводятся рекомендации, призванные помочь другим странам более эффективно и безболезненно решать такие проблемы в дальнейшем.

## 2. Общая информация о стране

### 2.1 Обзор эпидемии ВИЧ в Эстонии

Эстония вернула себе независимость менее двух десятилетий назад после распада СССР. Страна эта не только самая маленькая из бывших советских республик по количеству населения (1, 3 млн. человек), но и самая богатая, причем это отличие сохранялось на протяжении почти всей советской эпохи. В ранние годы постсоветского периода развитие страны практически не затормозилось, а в последнее десятилетие темпы экономического роста Эстонии были среди самых высоких в Европе, хотя в начале 2008 года и были отмечены первые признаки внезапного и по большей части неожиданного спада.

Разумеется, богатство – понятие относительное, и Эстонии предстоит еще пройти долгий путь, прежде чем она догонит большинство стран Евросоюза, в который вступила в 2004 году. В стране сохраняются очаги бедности, особенно среди сообщества этнических русских. Русскоязычное население составляет весьма значительное меньшинство – более 25% всего населения, и сосредоточено в Таллинне – столице, а также на северо-востоке страны.

Помимо этого, этнические русские непропорционально затронуты эпидемией ВИЧ. Эпидемия захватила страту врасплох, впервые проявившись в конце 1990-х среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в г. Нарва на северо-востоке страны и в его окрестностях. Общее число случаев ВИЧ до 1999 года было менее 100, а за один лишь следующий год было зарегистрировано 390 новых случаев<sup>2</sup>. В 2001 году их число выросло более чем втрое – было зарегистрировано 1 474 новых случаев. В связи с резким ростом ВИЧ-инфекции тогдашний министр по социальным вопросам заявил о «концентрированной эпидемии» и начал рассматривать комплексные стратегии ответа на кризис<sup>3</sup>.

Но оказалось, что в 2001 году число новых зарегистрированных случаев достигло своего пика, а в последующие несколько лет снижалось, пока не достигло стабильного уровня около 700 новых случаев в год. Инспекция по охране здоровья Эстонии сообщила о 633 новых случаях в 2007 г.<sup>4</sup>, а нарастающим итогом официальное число случаев ВИЧ в стране достигло 6 364. Однако по подсчетам ЮНЭЙДС реальное количество случаев ВИЧ в Эстонии может превышать 10 000<sup>5</sup>. Тем не менее, даже такой статистике позавидовали бы большинство стран, пораженных эпидемией ВИЧ. Однако для маленькой страны и такое количество случаев является значительным и вызывает тревогу. Эстония, где уровень ВИЧ-инфекции среди взрослого населения превышает 1%, отмечается самая высокая пораженность ВИЧ в Европе (выше лишь в Украине и, возможно, в России). Количество новых диагностированных случаев в Эстонии по-прежнему самое высокое в Европе<sup>6</sup>. Проблема эта в стране будет существовать долго, учитывая, что 80% новых случаев диагностируется у лиц в возрасте от 15 до 24 лет.

Эпидемия жестоко обрушилась на сообщество людей, употребляющих наркотики. Более половины диагностированных на настоящий момент людей заразились ВИЧ при использовании загрязненного инъекционного материала; судя по данным опроса, проведенного в 2005 году, ВИЧ-положительными могут быть более 60% из всех 13 800 ПИН в

<sup>2</sup> Из отчета Эстонии в ЮНЭЙДС, 2008.

[http://data.unaids.org/pub/Report/2008/Estonia\\_2008\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2008/Estonia_2008_country_progress_report_en.pdf).

<sup>3</sup> Lizette Alvarez, “HIV surge catches tradition-bound Estonia off guard,” *New York Times*, February 15, 2004.

<sup>4</sup> Из отчета Эстонии в ЮНЭЙДС, 2008.

[http://data.unaids.org/pub/Report/2008/Estonia\\_2008\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2008/Estonia_2008_country_progress_report_en.pdf).

<sup>5</sup> Из отчета Эстонии в ЮНЭЙДС, 2008.

[http://data.unaids.org/pub/Report/2008/Estonia\\_2008\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2008/Estonia_2008_country_progress_report_en.pdf).

<sup>6</sup> Цитируется по материалам ВОЗ “Evaluation of Fighting HIV/AIDS in Estonia,” («Оценка борьбы с ВИЧ/СПИДом в Эстонии»), апрель 2008 г. [www.euro.who.int/Document/E91264.pdf](http://www.euro.who.int/Document/E91264.pdf).

Эстонии<sup>7</sup>. Тем не менее, доля ПИН среди официально зарегистрированных случаев снижается: с 90% в 2001 году до менее 50% каждый год после 2004<sup>8</sup>.

## 2.2 Основные сведения о политике и степени охвата лечением ВИЧ-инфекции

Национальный институт развития здравоохранения (НИРЗ) осуществляет общий контроль над ответными мерами эстонского правительства по борьбе с эпидемией СПИДа, в том числе занят непосредственным выполнением политических решений и реализацией программ. НИРЗ был создан как подразделение Министерства по социальным вопросам (МиСВ) в 2003 году - год его создания совпал с годом начала программы Глобального фонда (см. текстовую вставку А).

Установленный НИРЗ порядок лечения ВИЧ требует, чтобы лица, получившие положительный результат анализа на ВИЧ, направлялись на дальнейшее лечение врачом-инфекционистом. Эти врачи, которые в настоящее время консультируют пациентов в пяти городах, осуществляют наблюдение за всеми аспектами медицинской помощи, оказываемой ЛЖВС, включая применение и мониторинг АРТ.

Около 95% всех эстонцев имеют медицинскую страховку, которая оплачивается через государственный фонд (Фонд медицинского страхования Эстонии), а средства фонда формируются за счет 13%-ного налога на заработную плату. Все лица, имеющие работу, а также беременные женщины, автоматически охвачены этой системой медицинского страхования и получают большинство услуг здравоохранения бесплатно в объеме, который может значительно превышать ежеквартальный взнос, составляющий 50 эстонских крон (5 долларов). Дополнительная плата, обычно не превышающая 50 крон, взимается за определенные «специализированные» услуги, в том числе<sup>9</sup>:

- посещения на дому медработником первичного звена;
- консультации с врачами, оказывающими специализированную помощь;
- пребывание в стационаре;
- стоматологическая помощь (взрослым) и
- лекарства, приобретаемые в аптеке.

Однако около 5% населения, не имеющие полиса государственного фонда медицинского страхования, нередко оказываются в трудном положении. В целом единственным видом медицинского обслуживания, которое они получают бесплатно или на льготных условиях, являются услуги неотложной медицинской помощи. Существуют особые положения о помощи незастрахованным лицам с некоторыми заболеваниями, включая ВИЧ и туберкулез. Положения о помощи ЛЖВС являются частью государственной программы по ВИЧ/СПИДу (см. текстовую вставку А). Стоит особо отметить, что ВИЧ-положительные могут получать медицинскую помощь (в том числе АРТ) бесплатно в государственном секторе – без каких-либо дополнительных сборов - даже если они не имеют работы. Одним важным исключением является то, что лечение гепатита С, заболевания, часто встречающегося среди ПИН, не предоставляется бесплатно тем, кто не имеет полиса государственного страхового фонда.

---

<sup>7</sup> Из отчета Эстонии в ЮНЭЙДС, 2008

[http://data.unaids.org/pub/Report/2008/Estonia\\_2008\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2008/Estonia_2008_country_progress_report_en.pdf)

<sup>8</sup> Национальный институт развития здравоохранения «Эстонская программа Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией», декабрь 2007 г.

<sup>9</sup> Уровень компенсации, выплачиваемой Эстонским фондом медицинского страхования, варьирует в зависимости от ряда факторов, таких как возраст или доход. Поэтому варьирует и размер оплаты таких «специализированных» услуг для разных пациентов.

Впервые АРТ стала применяться в 2001 г., а в 2003 г., когда началась программа Глобального фонда, терапию получали 100 человек. Представитель НИРЗ сказала, что «по ее приблизительным подсчетам», в апреле 2008 г. АРТ получали «от 700 до 800 человек»<sup>10</sup>.

## **А. НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ПО ВИЧ/СПИДУ; РОЛИ И ОБЯЗАННОСТИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СТРУКТУР**

Во главе принимаемых правительством Эстонии ответных мер по борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа стоит Национальный институт развития здравоохранения (НИРЗ) - подразделение Министерства по социальным вопросам (МиСВ), созданное в 2003 году. Хотя общей целью деятельности института, согласно информации на его сайте, является «постоянное содействие охране здоровья и улучшению качества жизни населения Эстонии», на НИРЗ также возложены конкретные и важные обязанности в области борьбы с ВИЧ/СПИДом. В частности, институт призван выполнять и контролировать выполнение основных стратегий и программ здравоохранения, включая Национальную стратегию профилактики ВИЧ/СПИДа на 2006–2015 гг. В этой роли институт «отвечает за мониторинг и оценку всей деятельности по профилактике и за [разработку] минимальных стандартов для различных служб». Он призван координировать эту деятельность с «партнерами из числа структур исполнительной власти», включая Министерства внутренних дел, образования, юстиции и обороны.

Текущая национальная стратегия заменила собой принятую МиСВ в 2002 году. Новая стратегия была разработана в 2005 году в рамках координации и объединения усилий государственных органов, а также гражданского общества и частного сектора, в деле противодействия ВИЧ/СПИДу. В тот же год была создана межведомственная Государственная комиссия по ВИЧ/СПИДу – консультативный орган при правительстве, служащий координационным центром реализации новой стратегии.

Текущая национальная стратегия определяет обязанности различных государственных органов. Каждое участвующее в реализации стратегии министерство должно ежегодно разрабатывать план и бюджет действий в области ВИЧ/СПИДа - и бюджет, и план должны быть представлены на одобрение Правительству. Ниже перечислены участвующие министерства (с указанием их обязанностей):

- Министерство по социальным вопросам (МиСВ): профилактика ВИЧ, лечение и уход для общего населения
- Министерство образования: профилактика ВИЧ в школах и среди молодежи; медицинское просвещение
- Министерство юстиции: профилактика ВИЧ, лечение и медицинский уход в тюрьмах
- Министерство внутренних дел: «профилактика профессионального риска» среди полиции и работников служб по борьбе с чрезвычайными ситуациями
- Министерство обороны: ДКО среди призывников
- Министерство народонаселения: работа с русскоговорящей молодежью через Фонд интеграции неэстонского населения

В период работы программы Глобального фонда в Эстонии ее СКМ непосредственно отвечал за осуществление и мониторинг деятельности, финансируемой Глобальным фондом. По окончании программы СКМ был распущен, а Государственная комиссия по ВИЧ/СПИДу осталась единственным национальным органом по формированию политики в этой области. В Комиссии представлены гражданское общество и частный сектор (они были представлены и в СКМ).

---

<sup>10</sup> Интервью с Аннике Веймер, директором программ НИРЗ, Таллинн (21 апреля 2008).

### 3. Программа Глобального фонда в Эстонии

Стремительный рост случаев ВИЧ-инфекции в Эстонии произошел одновременно с созданием Глобального фонда и объявлением о первом раунде заявок. Правительством был создан Страновой координационный механизм (СКМ) и принято решение подать заявку; причинами такого решения были: 1) желание содействовать формированию жизнеспособных стратегий и программ профилактики и лечения и 2) озабоченность ожидаемым ростом расходов в связи с эпидемией ВИЧ. В первоначальной заявке, подготовленной в 2002 г., достаточно ясно были сформулированы проблемы, вызывающие озабоченность<sup>11</sup>:

*В Эстонии отмечена наиболее быстро распространяющаяся эпидемия ВИЧ в Европе. Страна активно принимает ответные меры, но нуждается в значительных и немедленных внешних финансовых вложениях, чтобы такое реагирование было как можно более быстрым и эффективным. Эстония стоит перед эпидемией ВИЧ, которая распространяется в 10 раз быстрее, чем в большинстве западноевропейских стран, но при этом располагает менее чем одной третью имеющихся у них ресурсов для реагирования.*

Заявка СКМ под названием «Расширение масштабов ответных мер по противодействию ВИЧ в Эстонии» была одобрена на втором раунде грантов Глобального фонда. Программа официально началась 1 октября 2003 г. и закончилась четырьмя годами позже<sup>12</sup>. Основным получателем гранта был НИРЗ - подразделение МиСВ, созданное в год начала гранта. На весь срок гранта было запрошено более 10 миллионов долларов; на момент завершения через программу Глобального фонда Эстонии было выделено 10,49 млн. дол.

Одобренная заявка предусматривала реализацию программ по трем основным компонентам: профилактическая работа среди молодежи; лечение, медицинское и социальное обслуживание для ЛЖВС; мероприятия с целевыми группами высокого риска – ПИН, секс-работниками, заключенными и мужчинами, которые имеют сексуальные контакты с мужчинами (МСМ). В рамках компонента по лечению ВИЧ главной целью было «повышение качества жизни людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, путем улучшения доступа к социальной поддержке и медицинскому обслуживанию»<sup>13</sup>

В первоначальной заявке также подчеркивалась важность подхода с участием различных заинтересованных сторон, включая гражданское общество. СКМ перевыполнил рекомендации Глобального фонда относительно участия различных сторон: половина его членов были не из государственного сектора.

Государственные должностные лица с самого начала заявляли, что грант предназначен в первую очередь как дополнительная поддержка деятельности по расширению масштабов поддержки и реализации программ, но не заменяет собой государственное финансирование. Например, согласно недавно опубликованному правительственному докладу<sup>14</sup>:

<sup>11</sup> Оригинал эстонской заявки в Глобальный фонд в PDF-формате на сайте: [Estonia\\_application\\_2ESTH\\_85\\_189\\_full.pdf](#).

<sup>12</sup> Эстонская программа Глобального фонда продолжалась лишь четыре года, т.е. на год меньше чем стандартная пятилетняя программа.

<sup>13</sup> См. [Estonia\\_application\\_2ESTH\\_85\\_189\\_full.pdf](#)

<sup>14</sup> Из отчета Эстонии в ЮНЭЙДС, 2008.

[http://data.unaids.org/pub/Report/2008/Estonia\\_2008\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2008/Estonia_2008_country_progress_report_en.pdf).

*В соответствии с условиями предоставления гранта, Правительство Эстонии не снизит объем финансирования профилактики ВИЧ/СПИДа и продолжит осуществление национальной программы по ВИЧ/СПИДу. Ресурсы Глобального фонда дали возможность [Правительству] значительно расширить мероприятия с доказанной эффективностью и оплатить расходы, связанные с ростом потребности в АРВ-препаратах.*

Оценки программы Глобального фонда в Эстонии на всем ее протяжении были в основном положительные. Рейтинговая оценка хода выполнения гранта по ряду показателей (grant scorecard), проведенная в июне 2005 г. по истечении половины срока программы, завершилась рейтингом «go» («все в порядке»)<sup>15</sup> – т.е. проводившие оценку эксперты рекомендовали перечислить стране все причитающееся финансирование. Из 30 показателей, по которым проводилась оценка, у 24 было зафиксировано достижение «100% (и более) планового значения». Задача 6, в которую входят доступность и мониторинг АРТ, получила рейтинг «очень хорошие показатели».

Эта ключевая задача рассматривалась также в отчете о выполнении программы за май 2007 г.<sup>16</sup> Тогда проводившие оценку эксперты сказали, что программа «выполнила» намеченные на тот момент цели в части «100%-ного охвата АРТ всех, кто в ней нуждается». Однако в докладе упоминалось и об отставании по одному ключевому элементу данного направления: число не имеющих медицинской страховки ЛЖВС, которые получают медицинскую помощь (мониторинг здоровья). Этот пробел, который остается серьезной проблемой и сейчас - год спустя, показывает, насколько трудно заинтересованным сторонам выявлять ВИЧ-положительных и убеждать их заботиться о своем здоровье и обращаться в медицинские учреждения.

Как отмечено в Разделе 2, число людей, получающих АРТ, значительно выросло за годы осуществления программы Глобального фонда. Всего за три года, например, их общее количество повысилось с 116 (в конце 2004 г.) до 721 (сентябрь 2007 г.)<sup>17</sup>. Из них почти три четверти (532 человека, или 72%) не имели медицинской страховки. Программа также способствовала значительному расширению профилактики ВИЧ, включая целенаправленные мероприятия по снижению вреда среди ПИН (см. Приложение 2).

Большинство заинтересованных сторон, вне зависимости от их принадлежности к государственному, частному или некоммерческому сектору, выражают удовлетворенность результатами программы Глобального фонда. По словам Игоря Соболева, председателя Эстонской сети людей, живущих с ВИЧ (ЭСЛЖВ) (ведущей НПО- субполучателя гранта ГФ), «Глобальный фонд сыграл жизненно важную роль. Он не только увеличил объем услуг, но и помог создать жизнеспособное, устойчивое гражданское общество. Он повысил наш общественный статус и умение проводить мониторинг, оценку и адвокацию. Кроме того, Глобальный фонд способствовал интеграции медицинских служб за счет закрытия специализированных СПИД-центров<sup>18</sup>».

---

<sup>15</sup> Рейтинговая оценка (grant scorecard) в PDF-формате на сайте Глобального фонда: June2005\_scorecard\_2ESTH\_189\_gsc.pdf.

<sup>16</sup> Отчет о выполнении программы в PDF-формате на сайте Глобального фонда: May2007\_performance\_report\_2ESTH\_189\_gpr.pdf

<sup>17</sup> Национальный институт развития здравоохранения «Эстонская программа Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией», декабрь 2007 г.

<sup>18</sup> Интервью в Таллине, 22 апреля 2008.

## 4. Вызовы переходного периода по окончании программы Глобального фонда

Программа Глобального фонда, несомненно, оказала значительное воздействие и влияние на ответные меры по противодействию СПИДу в Эстонии. Однако эта программа осуществлялась не в вакууме. С самого начала все заинтересованные стороны согласились с тем, что было бы пагубно с точки зрения охраны здоровья общества (и недопустимо с морально-этической точки зрения) после того, как сотням нуждающихся людей дали надежду на жизнь, прекратить или даже сократить проекты и службы, созданные или расширенные при поддержке Глобального фонда. Было ясно, что и по окончании программы Глобального фонда необходимо будет продолжать оказание важнейших услуг, включая предоставление АРТ.

Для Эстонии очевидным и логичным выходом было решение правительства взять эту обязанность на себя и по завершении поддержки Глобального фонда финансировать программу из государственного бюджета. Этот выбор является наиболее очевидным и предпочтительным с точки зрения обеспечения необходимого объема и непрерывности финансирования и для других стран – но для Эстонии в особенности. Как отмечала бывшая менеджер программы Глобального фонда (в настоящее время сотрудница НИРЗ): «Эстонии повезло, потому что мы сравнительно богатая страна... Правительству по карману увеличить общее бюджетное финансирование, включив в него оплату расходов программы, так что эти деньги не нужно отвлекать от других статей бюджета. Когда средства приходится перераспределять между статьями бюджета, все намного осложняется из-за противодействия некоторых министерств и чиновников»<sup>19</sup>.

После этого различным государственным органам и ведомствам Эстонии было поручено осуществлять финансирование и руководить реализацией отдельных элементов программы Глобального фонда. В некоторых случаях проекты Глобального фонда присоединены к уже существующим программам; в других случаях порученное направление стало совершенно новой сферой деятельности для того или иного министерства.

Государственные руководители, формирующие политику по данному направлению, ориентировались в своих решениях на Национальную стратегию профилактики ВИЧ/СПИДа на 2006–2015 гг., обнародованную в 2005 году. Но и с учетом предварительных предупреждений переход (который совершенно справедливо считают многолетним процессом, начавшимся задолго до окончания программы ГФ и продолжающимся по сей день, почти через год после ее окончания) не избежал проблем, сложностей и критики.

В настоящем разделе представлен общий обзор некоторых наиболее интересных наблюдений, изменений и проблем, связанных с этим переходным периодом. Большинство замечаний (хотя и не все) относятся к центральной теме доклада: доступности АРТ и связанных с ней услуг по лечению ВИЧ для ЛЖВС. Некоторые из рассматриваемых вопросов были подняты представителями государственных структур, другие – гражданским обществом. За описанием каждой из проблемных областей следует краткий обзор принятых мер (если они были приняты), достигнутых результатов и их значения для будущего.

В ряде случаев наблюдатели и заинтересованные стороны расходились в своем изложении фактов и истории вопроса. В таких случаях невозможно сказать, кто прав и кто неправ. Впрочем, отсутствие определенности и различия в восприятии событий поучительны сами по себе, так как иллюстрируют, насколько сложным порой бывает сотрудничество между заинтересованными сторонами, представляющими разные интересы. Эти «вызовы в связи с вызовами» с большой вероятностью возникнут во многих других странах и контекстах.

---

<sup>19</sup> Интервью с Аннике Веймер, директором программ НИРЗ, Таллинн (21 апреля 2008).

## 4.1 Финансирование и бюджетная поддержка

Финансирование является главным вызовом, угрожающим устойчивости программы Глобального фонда со стороны государства. Порой государство **имеет возможность** выделить дополнительные средства на сохранение и расширение служб по ВИЧ/СПИДу, действующих в рамках программы, но при этом не всегда считает такое выделение средств **необходимым** или **предпочтительным**. С одной стороны, АРТ уже сейчас является дорогостоящим лечением и будет обходиться все дороже по мере увеличения числа людей, получающих это лечение. Возможности государства по снижению расходов на закупку препаратов ограничены положениями ЕС о защите патентов, которые практически запрещают использование более дешевых АРВ-дженериков.

### Кризис финансирования и открытое заявление, адресованное правительству

В июне 2007 г. правительство объявило, что вопреки своим прошлым заявлениям, не имеет возможности продолжать финансирование программ по ВИЧ и СПИДу в том же объеме, что Глобальный фонд. Такое заявление подразумевало, что будет сокращено финансирование АРТ и тем самым ограничено число людей, которым будут доступны эти спасающие жизнь препараты.

Заявление правительства вызвало бурную реакцию в гражданском обществе. Коалицией НПО был организован круглый стол для заинтересованных представителей некоммерческого сектора и составлено открытое заявление, которое подписали 17 организаций гражданского общества. Эта кампания носила международный характер: почти 100 НПО из 40 стран присоединились к своим эстонским коллегам, требуя, чтобы правительство пересмотрело свое решение. Широко опубликованное заявление призывало правительство взять на себя обязательство обеспечить финансирование программ профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа в прежнем объеме в первый год по окончании программы Глобального фонда и признать необходимость увеличить объем выделяемых средств на последующие годы (см. текст заявления в Приложении 1).

Усилия гражданского общества не пропали даром. В октябре 2007 г. министр по социальным вопросам согласилась не сокращать финансирование в 2008 году. Еще через два месяца она подписала соглашение о включении представителя Эстонской сети людей, живущих с ВИЧ, в состав государственной комиссии по закупкам. Просьба об этом также была высказана ранее активистами гражданского общества.

Хотя финансирование ВИЧ/СПИДа в бюджете на 2008 год удалось «спасти», подобные попытки сократить выделяемые ресурсы могут быть предприняты и в дальнейшем - даже при подготовке бюджета на 2009 год. В начале 2008 г. в Эстонии после почти десятилетнего стремительного роста начался серьезный экономический спад. В конце апреля Министерство финансов сообщило, что в правительстве достигнута «принципиальная договоренность» о сокращении расходов госбюджета на общую сумму 3,1 миллиардов крон (319 млн. дол.). В этом сообщении содержалось предупреждение министерствам о том, что для обеспечения общего объема сокращения расходов каждому из них, возможно, придется сократить свои бюджеты не менее чем на 100 млн. крон<sup>20</sup>.

Активисты гражданского общества решили твердо противостоять любым попыткам сократить финансирование программ по ВИЧ/СПИДу, и в этом у гражданского общества есть союзник в лице НИРЗ. По состоянию на май 2008 года было неясно (1) каким будет требуемое

---

<sup>20</sup> BBJ News, “Estonian government reaches accord on budget cuts” («Правительство Эстонии договорилось о сокращении бюджетных расходов»), 25 апреля 2008 г.  
[www.bbj.hu/news/news\\_38898\\_estonian%2Bgovernment%2Bbreaches%2Baccord%2Bon%2Bbudget%2Bcuts.html](http://www.bbj.hu/news/news_38898_estonian%2Bgovernment%2Bbreaches%2Baccord%2Bon%2Bbudget%2Bcuts.html)

правительством общее сокращение расходов бюджета (если оно будет); (2) насколько вынуждены будут сократить свои бюджеты отдельные министерства и (3) рассматривается ли возможность изменений объема финансирования услуг по ВИЧ/СПИДу в 2009 году.

#### Вопросы финансирования в контексте увеличения числа людей, принимающих АРТ

Ярно Хабихт, глава представительства ВОЗ в Эстонии и бывший член СКМ, подчеркнул тот факт, что не существует «верхнего предела» относительно числа людей, которые рано или поздно будут принимать АРТ в Эстонии<sup>21</sup>. «Мы ожидаем, что количество получающих лечение вырастет, составив от 2000 до 3000 человек» в ближайшие несколько лет, сказал он, добавив:

*Чтобы оплатить их лечение, потребуется выделить огромные финансовые средства. При этом вырастут и другие расходы. Например, нужно будет увеличить финансирование других услуг, таких как организация ведения пациентов (кейс менеджмент). Частичным решением может быть большее вовлечение частного сектора.*

#### Промежуток времени между завершением программы Глобального фонда (30 сентября 2007 г.) и окончанием календарного года (31 декабря 2007)

Согласно государственной политике, контракты подписываются на календарный год. Это означало, что продление контрактов с поставщиками услуг не могло начаться ранее 1 января 2008 г. Во избежание перерыва в оказании необходимых услуг, менеджеры программы Глобального фонда, работающие в НИРЗ, решили зарезервировать часть средств Глобального фонда, чтобы впоследствии использовать их для оплаты расходов по проекту до конца 2007 г. - целых три месяца после официального завершения программы.

## **4.2 Уровень и объем подготовки со стороны государства**

#### Восприятие ситуации представителями гражданского общества

Некоторые представители гражданского общества, с которыми были проведены интервью в апреле 2008 г., говорили, что государство не было достаточно подготовлено к переходному периоду, последовавшему за окончанием финансирования ГФ. По словам Игоря Соболева, председателя ЭСЛЖВ, главной проблемой была текучка кадров в государственных органах - ситуация, резко (и негативно) контрастирующая с относительной стабильностью НПО. Соболев сказал, что из-за частых кадровых перестановок падает осведомленность о проблеме на институциональном уровне, поскольку важная информация не сохраняется, что в свою очередь снижает способность государственного сектора принимать правильные решения и устранять проблемы.

Соболев также указал на одну из конкретных проблем, возникших в результате - а именно, на то, что к началу октября 2007 г., когда закончился грант Глобального фонда, еще не были готовы государственные контракты со специалистами, оказывающими услуги. Соболев утверждал, что ранее НИРЗ давал его организации и другим НПО лишь «неофициальные» разъяснения предстоящей процедуры, но не проинформировал официально по вопросам договоров и контрактов. Поэтому, сказал Соболев, «Мы до января 2008 года не знали, что у нас будет в 2008 календарном году. Мы не знали, какими будут условия. Мы не знали, какими будут правила. Была полная неразбериха»<sup>22</sup>

<sup>21</sup> Интервью в Таллинне, 21 апреля 2008 г.

<sup>22</sup> Интервью в Таллинне, 22 апреля 2008 г.

Другие сотрудники организаций гражданского общества, опрошенные в апреле 2008 г., не разделяли точку зрения Соболева. Татьяна Магерова, директор НПО по снижению вреда в Нарве, сообщила, что в целом ей понравилось, как прошел переходный период по окончании финансирования ГФ. «Меня очень хорошо информировали в период подготовки к переходу», сказала она<sup>23</sup>. «С самого начала [НИРЗ] говорил, что гражданское общество будет бесперебойно получать финансирование и после завершения программы Глобального фонда, а у меня не было причин им не верить». Магерова сказала, что встречалась с сотрудниками НИРЗ за четыре месяца до окончания программы, и ей сообщили, что ее организация в 2008 г. получит финансирование<sup>24</sup>. Представительница другой НПО-исполнителя, Ирина Мороз из организации «Life Is Going On» (LIGO), согласилась с Магеровой. Мороз сказала, что ей задолго до переходного периода было известно о том, что финансирование работы ее организации продолжится на прежнем уровне<sup>25</sup>.

### Мнение государственного сектора

Аннике Веймер, бывший менеджер программы Глобального фонда, сказала, что и она, и сотрудники других государственных структур приняли достаточные меры для обеспечения относительно безболезненного перехода. Например, она отметила, что правительство приняло решение самостоятельно финансировать полную стоимость закупок АРВ к 2006 году, за год до окончания программы Глобального фонда. Ранее ответственность за закупки препаратов несли совместно Глобальный фонд и правительство. Власти Эстонии приняли это решение, поскольку хотели полностью убедиться в наличии у них необходимых ресурсов и квалификации для осуществления контроля над всеми аспектами закупок.

Глава представительства ВОЗ Хабиخت также выразил мнение, что правительство Эстонии адекватно подготовилось к переходу - и адекватно информировало о нем партнеров из гражданского общества. Он отменил, что Межведомственная государственная комиссия по СПИДу была создана в октябре 2005 г. - за два полных года до окончания программы Глобального фонда (см. текстовую вставку А). Одной из главных задач Комиссии, по его словам, было заменить СКМ в качестве межсекторного органа по выработке политики в области ВИЧ/СПИДа в Эстонии. Он добавил, что Комиссия, как и СКМ, всегда включала в свой состав представителей гражданского общества.

Хабиخت отметил, что структурные схемы с указанием обязанностей различных министерств в части организации служб по ВИЧ/СПИДу были подготовлены задолго до начала переходного периода и распространены среди партнеров из гражданского общества. Эти структурные схемы, по его словам, четко демонстрировали, что создана межведомственная модель, в которой на разные министерства возлагаются разные обязанности.

По мнению Хабихта, корень проблемы в том, что некоторые организации гражданского общества так и не поняли новую, созданную после Глобального фонда структуру, несмотря на то, что им ее разъяснили еще до переходного периода. Кроме того, они, по его словам, возражали почти против всех предлагаемых изменений - даже тех, которые со всей очевидностью способствовали бы устойчивости, поскольку заранее помогли бы сформировать необходимый потенциал.

---

<sup>23</sup> Интервью в Таллинне, 22 апреля 2008 г.

<sup>24</sup> Магерова сказала, что в целом «получила то, что хотела» в первом контракте, подписанном с НИРЗ после гранта Глобального фонда. Она добавила, что если другие организации жалуются, «я думаю, это оттого, что они не провели достаточно большую предварительную работу» до того, как подошел срок завершения программы ГФ.

<sup>25</sup> Интервью в Таллинне, 25 апреля 2008 г.

Хабиخت, входивший в состав СКМ, привел следующий пример. Он сказал, что по итогам промежуточной оценки программы Глобального фонда (в 2005 г.) несколько членов СКМ предлагали, чтобы министерства постепенно брали на себя ответственность за управление программами еще до официального окончания гранта ГФ. Представители гражданского общества в СКМ стали возражать против этого предложения. Причиной, по словам Хабихта, было то, что НПО привыкли подписывать только один контракт (с Глобальным фондом). Они не хотели брать на себя лишние, как им представлялось, хлопоты по взаимодействию и подписанию контрактов с разными министерствами в зависимости от того, какие услуги оказывала организация. Хабиخت добавил, что точку зрения НПО - не передавать заранее часть обязанностей министерствам - поддержали и некоторые представители министерств, не желавшие заниматься программами по ВИЧ/СПИДу или выделять на них средства до установленного срока.

В итоге победу одержала точка зрения гражданского общества, и СКМ отклонил предложение. По мнению Хабихта, решение не передавать заранее министерствам некоторые обязанности Глобального фонда по контролю и финансированию проектов было упущенной возможностью создания необходимого потенциала в государственном секторе.

### **4.3 Недостаток согласованности и координации действий государственных структур**

Как уже отмечалось, ответственность за программы и службы по ВИЧ/СПИДу, организованные в рамках единой системы (программы Глобального фонда), была передана различным государственным структурам (см. текстовую вставку А). Приняв на себя эти обязанности, министерства показали разную степень эффективности и результативности работы. У них отсутствовали единые процедуры и стратегии на всех этапах - от подписания контрактов до контроля выполнения проектов - несмотря на то, что Национальная стратегия профилактики ВИЧ/СПИДа на 2006–2015 гг., содержащая общие принципы работы для всех заинтересованных сторон, призвана обеспечить согласованность усилий. Представители всего спектра заинтересованных сторон согласны с тем, что эта непреходящая проблема очень мешает работе.

#### Обязательства по оказанию поддержки

Министерство по социальным вопросам дало письменные обязательства всем своим партнерам, занимающимся оказанием услуг - большинство которых составляют НПО - что будет поддерживать их деятельность в течение пяти лет. Ежегодно подписывается отдельный договор с указанием объема финансирования и приоритетных услуг - тем не менее партнерские организации гражданского общества очень рады, что у них есть долгосрочные гарантии, которые избавляют их от необходимости думать о том, следует ли планировать деятельность (и какую именно) не только на краткий срок. Многие НПО считают, что такие нововведения позволяют им оказывать услуги более качественно и эффективно, поскольку от основной деятельности их не отвлекают заботы об устойчивости финансирования.

Другие государственные структуры, в том числе Министерство юстиции и Министерство образования, не взяли на себя таких обязательств перед организациями-исполнителями.

#### Задержка с введением просвещения по вопросам ВИЧ-инфекции в школах

За важнейшие проекты профилактики и просвещения по вопросам ВИЧ в школах страны отвечает Министерство образования. Чиновники министерства решили прекратить проходившую при поддержке Глобального фонда программу, в которой специально обученные взрослые инструкторы приходили в школы и обсуждали ВИЧ, ИППП и другие

медицинские вопросы непосредственно с учениками. Представители Минобразования сказали, что предпочитают включить такое информирование и образование непосредственно в новую общенациональную учебную программу. Вне зависимости от того, насколько полезен окажется такой план в конечном итоге, факт остается фактом: со всех точек зрения ценная и важная инициатива была прекращена еще до того, как для школ подготовили новую учебную программу. По состоянию на апрель 2008 г. школьные программы образования по вопросам ВИЧ-инфекции не проводились уже несколько месяцев. Министерство, по сообщениям, отклоняет все просьбы о проведении просвещения силами обученных инструкторов хотя бы временно, пока не будет готова новая школьная программа. Министерство утверждает, что у него нет денег, чтобы платить специалистам даже в течение нескольких месяцев. Министерство образования неоднократно подвергалось критике за то, что проявляет близорукость и подвергает опасности здоровье эстонских школьников. Со стороны государства высказалась Мерилин Мяесалу, главный специалист отдела здравоохранения МиСВ, которая назвала Министерство образования «основным узким местом», мешающим эффективному переходу к национальному финансированию программ по окончании финансирования Глобального фонда. Она сказала: «Мы повторяем, ждать больше нельзя. Мы должны решить эту проблему. Мы пытаемся убедить их, что очень важно заполнить этот остающийся пробел»<sup>26</sup>.

Со точки зрения гражданского общества, которую выразила Нелли Каликова из СПИД-центра поддержки, действия министерства особенно возмутительны в свете того, что эпидемия ВИЧ вступает в генерализованную стадию, и школьницы нуждаются в более эффективном и постоянном профилактическом образовании по вопросам ВИЧ-инфекции. Она сказала: «Мы видим, что все больше новых случаев приходится на долю молодых женщин и девушек. Сейчас, например, в возрастной группе ВИЧ-положительных от 15 до 19 лет преобладают женщины»<sup>27</sup>.

Слава Васильев из Эстонского общества ВИЧ-позитивных (ESPO), один из представителей гражданского общества в национальной комиссии по СПИДу, сказал, что в ходе недавнего заседания комиссии представители обоих министерств – Минобразования и Министерства юстиции (которое тоже критикуют за задержки с выполнением его новых обязанностей по противодействию ВИЧ) – были вынуждены отвечать на целый ряд нелюбимых вопросов. «К сожалению», - сказал Васильев - «эти чиновники среднего звена только хмыкали и бормотали что-то невнятное, но так и не дали удовлетворительного ответа на вопрос о том, почему они не принимают более адекватные и активные меры»<sup>28</sup>.

Представительница МиСВ Мяесалу добавила, что по ее мнению, Министерство юстиции хотя бы признает существование проблемы<sup>29</sup>. Также, по ее словам, недавно министерство приняло на работу нового координатора по вопросам ВИЧ/СПИДа, что дает надежду на более активное и всестороннее выполнение им своих обязательств в дальнейшем.

#### **4.4 Ограничительные условия контрактов**

Представитель «Convictus Eesti» (НПО, активно работающей в тюрьмах последние несколько лет) сообщил, что он и его организация недовольны различными ограничениями, внесенными в их первый после Глобального фонда контракт, подписанный с Министерством юстиции.

---

<sup>26</sup> Интервью в Таллинне, 22 апреля 2008 г.

<sup>27</sup> Интервью в Таллинне, 21 апреля 2008 г.

<sup>28</sup> Интервью в Таллинне, 25 апреля 2008 г.

<sup>29</sup> Интервью в Таллинне, 22 апреля 2008 г.

По его словам, Лацин Алиев поначалу был «приятно удивлен» тем, что по контракту его НПО выделяется немного больше денег, чем по программе Глобального фонда<sup>30</sup>. Однако, добавил он, контракт содержал формулировку о том, что министерство может «изменить договоренность» в любой момент и по любой причине. То есть возникает возможность, что министерство внезапно по собственному усмотрению может сократить финансирование или даже изменить условия его предоставления, если что-то вызовет у властей недовольство.

Алиев также сказал, что его и его коллег беспокоит отсутствие в контракте нескольких видов услуг, которые организация "Convictus Eesti" оказывала уже долгое время – например проведение в тюрьмах «информационных дней», в ходе которых приглашенные специалисты рассказывают о таких заболеваниях, как, например, туберкулез и гепатит. В результате организацию фактически ограничили только одним видом деятельности - проведением групп поддержки для ВИЧ-положительных заключенных.

По мнению Алиева, введенные ограничения указывают на то, что министерские чиновники «не понимают важности нашей работы». Он сказал, что организация пытается поправить ситуацию с помощью НИРЗ, который в рамках программы Глобального фонда поддерживал широкий спектр услуг в тюрьмах.

#### **4.5 Эффективность гражданского общества и его отношения с государством**

Складывается впечатление, что между государством и гражданским обществом в последние годы установились в целом отношения сотрудничества, хотя существуют и определенные трения. Процесс перехода от поддержки Глобального фонда к финансированию из национального бюджета усугубил некоторые прошлые проблемы во взаимоотношениях и создал новые. Многие респонденты из государственных структур считают работу организаций гражданского общества неэффективной и неправильной. В ответ некоторые респонденты из гражданского общества утверждают, что госструктуры не проявляют к ним должного уважения и не признают в должной мере их успехи в оказании прямых услуг.

##### Точка зрения государства

По мнению представителя ВОЗ Хабихта, гражданское общество не так эффективно, как это необходимо для формирования ответных мер по противодействию ВИЧ/СПИДу. Он сказал, что «голос [представителей гражданского общества] не слышен» в полной мере, поскольку им недостает человеческого потенциала, информированности в некоторых ключевых областях, а также «видения общей картины», поскольку они основное внимание посвящают отдельным конкретным вопросам<sup>31</sup>.

В качестве примера он привел настойчивые заявления некоторых НПО о том, что процесс закупок АРВ в Эстонии непрозрачен. Хабиخت сказал, что эти утверждения легко опровергнуть, поскольку «все сведения о закупках доступны в интернете».

В целом, по его мнению, организации гражданского общества более успешно занимались бы адвокацией, если бы понимали, как функционирует правительство. Это помогло бы им отличать ситуации, в которых наиболее уместно компромиссное решение, от тех, в которых можно настаивать на своем и добиться успеха.

Наблюдения Хабихта были аналогичны тем, которые высказали авторы опубликованного в апреле 2008 г. отчета ВОЗ об оценке программы:

<sup>30</sup>Интервью в Таллинне, 22 апреля 2008 г.

<sup>31</sup>Интервью в Таллинне, 22 апреля 2008 г.

*Потенциал сервисных НПО в части управления проектами значительно улучшился... [однако] НПО в меньшей степени продвинулись вперед в формировании некоторых других умений, необходимых для того, чтобы третий сектор в Эстонии стал сильным и динамичным. К примерам таких умений относятся: ведения переговоров с целью заключения контрактов, анализ рисков и управление рисками, публичный фандрейзинг, планирование и развитие резервов, планирование и развитие ресурсов, управление людскими ресурсами и адвокация.*

*...[В]некоторых сферах адвокации и лоббирования НПО добились исключительных успехов - например, в привлечении финансовых средств из государственного бюджета по окончании гранта Глобального фонда. Однако эти успехи можно развивать и далее и придать им более систематический характер, если признать коллективную силу НПО, действующих совместно - например, в составе сети по вопросам ВИЧ и СПИДа. В этой сфере все еще отмечаются признаки несамостоятельности - например, некоторые респонденты говорят, что ничего не могут сделать по вопросу опиоидной заместительной терапии в арестных домах, пока не будет указания «сверху». Хотя в этом и есть доля правды, в том смысле, что для такого изменения политики, вероятно, потребуются совместные действия Министерства по социальным вопросам, Министерства юстиции и Министерства обороны, НПО имеют хорошую возможность повлиять на ситуацию путем лоббирования и адвокации<sup>32</sup>.*

#### Точка зрения представителей гражданского общества

Некоторые представители гражданского общества тоже признают, что сектор в целом не так эффективен, как мог бы быть. Игорь Соболев, председатель ЭСЛЖВ, указал на главную с его точки зрения, проблему – а именно, что гражданское общество редко объединяется<sup>33</sup>, причем успешная совместная адвокация летом 2007 года с целью гарантировать продолжение финансирования из госбюджета является исключением, которое лишь подтверждает правило.

Впрочем, он добавил, что по-прежнему существуют и некоторые серьезные внешние барьеры, мешающие гражданскому обществу реализовать свой потенциал в полной мере. По его мнению, например, гражданское общество недостаточно представлено в Государственной комиссии по ВИЧ/СПИДу, особенно в сравнении с не существующим уже СКМ Глобального фонда.

Соболев также сказал, что государственные чиновники слишком редко уделяют серьезное внимание вопросам языка. Значительная часть представителей НПО по ВИЧ/СПИДу – русскоговорящие, что не удивительно, если учесть, что эпидемия непропорционально затронула русскоговорящее меньшинство. Однако государственная политика требует, чтобы большинство встреч проводилось исключительно или почти исключительно на эстонском языке. Это ограничивает возможность для участия активистов, не являющихся эстонцами.

---

<sup>32</sup> Всемирная организация здравоохранения “Evaluation of Fighting HIV/AIDS in Estonia,” («Оценка борьбы с ВИЧ/СПИДом в Эстонии»), апрель 2008 г. В PDF-формате на сайте: [www.euro.who.int/Document/E91264.pdf](http://www.euro.who.int/Document/E91264.pdf).

<sup>33</sup> Интервью в Таллинне, 21 апреля 2008 г.

## **В . РАССКАЗ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ОДНОЙ НПО О ПЕРЕХОДЕ НА ФИНАНСИРОВАНИЕ ИЗ ГОСБЮДЖЕТА**

Большинство эстонских НПО, бывших субполучателями гранта Глобального фонда, впоследствии получили финансирование из национального бюджета на сходную деятельность. Нелли Каликова, директор СПИД-Центра поддержки (НПО по снижению вреда в Таллинне), обобщенно изложила некоторые вопросы переходного периода, вставшие перед ее организацией:

**Процесс:** «Прошлым летом [до официального окончания программы Глобального фонда] нам предложили подать заявку на продолжение финансирования в Министерство по социальным вопросам. Наша заявка на ту же сумму (на один год), что и наш прошлый контракт с Глобальным фондом, была одобрена. Мы в то время не просили дополнительное финансирование по двум причинам. С одной стороны, мы не были уверены, что это не снизит наши шансы на подписание нового контракта. Кроме того, я понимала, что дополнительное финансирование потребует от нас оказания дополнительных услуг, а для этого мне потребуется больше людей. Это будет сложно, по крайней мере в ближайшие сроки, поскольку на обучение людей требуется время».

**Количество клиентов:** «Количество клиентов не изменилось. Например, на деньги Глобального фонда мы предоставляли метадоновую терапию 120 клиентам; мы по-прежнему можем оказывать такую услугу тому же числу людей, но уже на средства национального бюджета».

**Гарантия поддержки.** «До этого года все наши контракты [по гранту Глобального фонда] заключались только на один год. Это создавало для нас много проблем, поскольку трудно планировать на длительный период, особенно если финансирование поступает в основном из одного источника. А сейчас НИРЗ [Национальный институт развития здравоохранения] официально обещал поддерживать нас в течение пяти лет. Мы не знаем в точности, какую сумму будем получать каждый год – и мы все равно должны ежегодно подавать заявку на финансирование – но у нас хотя бы есть письменная гарантия поддержки на пять лет. Это для нас хорошая новость и важное подтверждение доброй воли. Некоторые другие финансирующие нас госструктуры тоже приняли стратегию НИРЗ. Например, мы получили официальную гарантию поддержки на пять лет от городской администрации, которая также нас финансирует.

## **4.6 Медицинская помощь и другие службы для заключенных**

В любой момент времени уровень ВИЧ среди заключенных в Эстонии в несколько раз выше, чем среди общего населения. Это не удивительно в свете двух взаимосвязанных фактов: ПИН продолжают составлять большинство всех случаев ВИЧ в стране и потребители наркотиков гораздо чаще, чем любая другая группа, попадают в тюрьму. В апреле 2008 г. Веймер сообщила, что по приблизительным данным около 500 из 4000 заключенных в стране являются ВИЧ-положительными, т.е. более 12% всего тюремного населения<sup>34</sup>.

Источники из госструктур и гражданского общества указали на несколько проблем, затрудняющих всестороннее и эффективное оказание услуг по лечению и профилактике ВИЧ среди заключенных. Главная проблема в том, что все службы в тюрьмах, включая медицинские, являются подведомственными Министерству юстиции. В своей параллельной системе здравоохранения Министерство обязано соблюдать национальные правила и стандарты, однако наблюдатели утверждают, что уровень медицинского обслуживания там отстает от существующего вне тюрем.

Доступность АРТ, по-видимому, не составляет проблемы. По словам Веймер, в апреле 2008 г. АРТ получали более 100 заключенных, т.е. почти 20% от всех получающих АРТ в стране. Однако политика и практика министерства в части профилактики ВИЧ не столь безупречны. Оно позволяет НПО раздавать заключенным презервативы, но запрещает раздачу в подведомственных ему учреждениях чистых игл и шприцев<sup>35</sup>. Веймер сказала, что не всегда доступен метадон для заместительной терапии, причем ситуация варьирует не только в разных учреждениях, но и в пределах одного учреждения. Она сказала, что слышала сообщения о случаях, когда заключенные получали метадон в течение нескольких недель, а затем им прекращали выдавать метадон без всякой видимой причины<sup>36</sup>.

Еще одна проблема связана с тем, что часть функций уголовного правосудия находится в ведении Министерства внутренних дел - а именно, надзор за местами предварительного заключения. Лицам, содержащимся в местах предварительного заключения, доступна АРТ, но недоступны метадон и другие услуги по снижению вреда. Недостаток координации и слаженности действий разных ведомств ставят под угрозу здоровье и благополучие заключенных и могут привести к еще более серьезным негативным последствиям для здоровья общества в контексте эпидемии ВИЧ.

## **4.7 Отсутствие АРВ-дженериков**

Как уже отмечалось, увеличение числа пациентов, принимающих АРТ, приведет к ощутимым финансовым последствиям для национального бюджета. В Эстонии эта проблема стоит острее, чем во многих других странах, в том числе в странах с более высоким бременем заболевания, поскольку в Эстонии в настоящий момент доступны только патентованные препараты АРВ.

---

<sup>34</sup> Интервью в Таллинне, 21 апреля 2008 г.

<sup>35</sup> Лацин Алиев из «Convictus Eesti» - НПО, работающей по проблемам ВИЧ в тюрьмах, сказал, что не видит перспективы изменения политики Министерства юстиции по этому вопросу в ближайшем будущем. Сотрудники министерства постоянно ссылаются на национальное законодательство, запрещающее употребление алкоголя и наркотиков в тюрьмах; нередко заключенные получают дополнительный срок, если их застанут в пьяном виде или под воздействием наркотиков. Интервью в Таллинне, 22 апреля 2008 г.

<sup>36</sup> Интервью в Таллинне, 21 апреля 2008 г.

Проведенное в начале 2008 г. исследование выявило широкий разброс цен на АРВ<sup>37</sup> - от эквивалента 746, 52 дол. на пациента в год при применении препарата Stocrin компании Merck (efavirenz) до 11 083,92 дол. на пациента в год при применении препарата Truvada компании Gilead (emtricitabine + tenofovir). Вот еще примеры цен, которые платит правительство Эстонии за обычно применяемые АРВ: 3550,44 дол. на человека в год за Combivir (zidovudine + lamivudine) компании GlaxoSmithKline и 7195,44 за препарат Kaletra (lopinavir/ritonavir) компании Abbott.

Около 85% всех получающих АРТ пациентов в Эстонии принимают одну из двух схем. Если используется Combivir, ежегодные расходы государства на лечение одного пациента, принимающего эти схемы, следующие (исключая налог с продаж):

Combivir (zidovudine + lamivudine) + Stocrin (efavirenz) = 4296,96 дол.

Combivir (zidovudine + lamivudine) + Kaletra (lopinavir/ritonavir) = 10745,88 дол.

Нетрудно увидеть, почему такие цены вызывают озабоченность у руководителей, управляющих государственным бюджетом. Верно и то, что в других странах мира используются дженерики – непатентованные версии всех применяемых в Эстонии АРВ, причем дженерики значительно дешевле, иногда на 90%.

Теоретически Эстония может последовать примеру многих других стран, таких как Таиланд, Бразилия и ЮАР, и предпринять более агрессивные – но вполне легальные с точки зрения Всемирной торговой организации (ВТО) – шаги к снижению стоимости закупок АРВ. Например, по законам Эстонии допускается параллельный импорт - одно из так называемых «элементов гибкости», которые разрешены странам-членам ВТО в целях снижения стоимости АРВ и других жизненно необходимых лекарственных средств<sup>38</sup>.

По состоянию на апрель 2008 г. правительство Эстонии, тем не менее, не воспользовалось этим правом в отношении АРВ. Дело в том, что эстонские власти связаны довольно жесткими требованиями ЕС к защите патентов. По словам представителя ВОЗ Ярно Хабихта, правительство Эстонии не рискует воспользоваться допустимыми ТРИПС «элементами гибкости» для снижения стоимости АРВ, поскольку опасается вызвать недовольство других членов ЕС. С этой точки зрения, по его мнению, Эстония «недостаточно велика», чтобы объявить о чрезвычайной ситуации в сфере охраны здоровья населения<sup>39</sup> - так, как это делали другие страны, которые воспользовались разрешением ТРИПС закупать более дешевые АРВ.

Хабиخت предположил, что других вариантов в ближайшей перспективе скорее всего не предвидится, отметив при этом, что фармацевтические компании не снизят цены на препараты по своей воле, если на них не будет оказано давление.

В отличие от многих стран мира, в Эстонии местные НПО и ЛЖВС не считают приоритетным направлением адвокации борьбу за доступность АРВ-дженериков. Причиной этому - бытующее по-прежнему представление, что дженерики менее эффективны и не так безопасны, как патентованные лекарства, причем такое представление встречается даже среди людей, много лет занимающихся вопросами лечения и профилактики ВИЧ. Эту точку зрения иллюстрирует комментарий одного ВИЧ-положительного лидера антиспидовской НПО: «Ради Бога, никаких дженериков! Мы считаем, что брэнд – значит качество. Мы боимся даже думать принимать лекарства из таких стран, как Индия»<sup>40</sup>.

<sup>37</sup> Сведения о ценах на АРВ в Эстонии были предоставлены автору в апреле 2008 г. сотрудниками исследовательского коллектива, проводящими региональный обзор доступности АРВ и цен на них.

<sup>38</sup> Параллельный импорт и другие «элементы гибкости» описаны в документе ВТО «Соглашение по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности» (ТРИПС).

<sup>39</sup> Интервью в Таллинне, 21 апреля 2008 г.

<sup>40</sup> Интервью со Славой Васильевым из Общества ESPO в Таллинне, 25 апреля 2008 г.

## **4.8 Проблемы и приоритеты расширения масштабов служб**

Почти все согласны, что программа Глобального фонда существенно помогла усилить ответные меры по противодействию ВИЧ/СПИДу в Эстонии. Но многие задачи остаются нерешенными. Например, предстоит еще многое сделать в некоторых ключевых областях профилактики и лечения, которые уже давно считаются приоритетными; вместе с тем, быстро меняющаяся картина эпидемии означает, что постоянно появляются и требуют внимания новые приоритеты.

### Обследование на ВИЧ

По словам Аннике Веймер из НИРЗ, в апреле 2008 г. действовали шесть государственных пунктов ДКО<sup>41</sup>. Она добавила, что лишь недавно стали доступны экспресс-тесты, и ее отдел надеется к концу года снабдить ими все пункты. Расширение доступности экспресс-тестов, с ее точки зрения, должно повысить число обследуемых, поскольку снижается вероятность того, что после забора крови пациент не пожелает вернуться за результатом.

### Проблемы стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ

Все респонденты согласились с тем, что стигма и дискриминация в связи с ВИЧ остаются серьезными барьерами, стоящими на пути востребованности служб лечения, ухода и поддержки среди людей, живущих с ВИЧ, и представителей уязвимых групп. Веймер сказала, что с ее точки зрения уровень стигмы все же снижается, отчасти в силу большей доступности АРТ. В числе других важных мер борьбы со стигмой она назвала недавние информационные кампании в СМИ и все чаще практикуемое частными компаниями проведение тренингов по ВИЧ/СПИДу среди своих сотрудников.

Веймер привела конкретный пример, показывающий, что у многих эстонцев пока сохранились психологические установки, способствующие стигме<sup>42</sup>. В последние годы, по ее словам, жители нескольких районов и населенных пунктов протестовали против открытия на их территории низкопороговых служб для ПИН. В июле 2006 г. жители одного из районов Таллинна обратились в суд с требованием не допустить, чтобы городские власти открыли такой пункт в их районе. Через год вопрос был урегулирован путем компромисса: обмен игл и шприцев непосредственно в помещении пункта запретили, однако его сотрудникам было разрешено организовать мобильную службу обмена. (Веймер добавила, что и она, и ее коллеги были очень рады тому, что не был создан судебный прецедент для закрытия таких служб в будущем).

### Слишком многие ВИЧ-положительные не знают о своем статусе

В результате этого они не получают адекватной медицинской помощи, в том числе АРТ, и полезной для них социальной поддержки. Веймер сказала, что непреходящей проблемой является «слишком позднее обращение за помощью... зачастую когда человек уже имеет клинические проявления СПИДа»<sup>43</sup>. Она отметила, что люди затягивают с обращением к врачу по разным причинам, но большинство, по ее мнению, либо не знают о существовании таких служб, либо боятся в них обращаться из-за стигмы и опасений по поводу конфиденциальности. Первая причина указывает на необходимость более широких и

---

<sup>41</sup> Интервью в Таллинне, 21 апреля 2008 г.

<sup>42</sup> Интервью в Таллинне, 21 апреля 2008 г.

<sup>43</sup> Интервью в Таллинне, 21 апреля 2008 г.

всесторонних мероприятий по информированию и просвещению, особенно среди представителей уязвимых групп, а вторая причина подчеркивает важность борьбы со стигмой.

Опрошенные представители госструктур и гражданского общества согласились, что недостаточное обращение ВИЧ-положительных ПИН за медицинской помощью является острой проблемой на данный момент. Недавняя оценка ВОЗ принимаемых Эстонией ответных мер по противодействию ВИЧ/СПИДу привела к следующему выводу:

*Охват ВИЧ-положительных ПИН АРВ-терапией, по-видимому, очень низок. Например, хотя подавляющее большинство случаев ВИЧ-инфекции в Эстонии зарегистрированы среди ПИН, лишь о 30 - 35% всех получающих АРТ пациентов в Нарве известно, что они ПИН. Проблема, по всей вероятности, никак не связана с доступностью обследования на ВИЧ. Охват ПИН обследованием на ВИЧ, судя по всему, хороший. Например, в 2005 г. более двух третей опрошенных ПИН (68%) сообщили, что прошли тест на ВИЧ в течение предыдущего года. Однако сравнительно немногие из них впоследствии обращаются за медицинской помощью<sup>44</sup>.*

### Недостаточный кейс-менеджмент

И Веймер, и Мерлин Мяесалу (из МиСВ) подчеркнули отсутствие в Эстонии эффективной системы ведения конкретного пациента - кейс-менеджмента. На практике это означает, к примеру, почти повсеместное отсутствие непрерывности лечения ВИЧ-положительных и пациентов на заместительной терапии в случае, если они попадают в тюрьму или выходят на свободу. Такое упущение может привести к серьезным последствиям для здоровья, особенно если при этом страдает доступность и приверженность АРТ. Прекращение заместительной терапии значительно повышает вероятность того, что клиент будет продолжать употреблять инъекционные наркотики и будет подвержен всем медицинским рискам, связанным с таким поведением.

Более эффективная организация кейс-менеджмента пойдет на пользу и ПИН, которые нередко оказываются лишены полноценного и недорогого медицинского обслуживания. Многие, если не большинство из них не имеют медицинской страховки. Кроме того, как отмечено в оценке ВОЗ, они часто «нуждаются в целом спектре услуг, например, АРТ, лечение туберкулеза и ИППП, опиоидная заместительная терапия, а эти услуги по-прежнему оказывают разные организации в разных местах в отрыве друг от друга»<sup>45</sup>.

По словам Мяесалу, руководство МиСВ в настоящее время разрабатывает систему кейс-менеджмента, которая будет полностью пущена в действие в течение следующих двух лет<sup>46</sup>.

---

<sup>44</sup>Всемирная организация здравоохранения “Evaluation of Fighting HIV/AIDS in Estonia,” («Оценка борьбы с ВИЧ/СПИДом в Эстонии»), апрель 2008 г. В PDF-формате на сайте: [www.euro.who.int/Document/E91264.pdf](http://www.euro.who.int/Document/E91264.pdf).

<sup>45</sup>Всемирная организация здравоохранения “Evaluation of Fighting HIV/AIDS in Estonia,” («Оценка борьбы с ВИЧ/СПИДом в Эстонии»), апрель 2008 г. В PDF-формате на сайте: [www.euro.who.int/Document/E91264.pdf](http://www.euro.who.int/Document/E91264.pdf).

<sup>46</sup>Интервью в Таллинне, 22 апреля 2008 г.

## 5. Усвоенные уроки и рекомендации

Вызовы переходного периода по окончании программы Глобального фонда, общий обзор которых приведен в Разделе 4, не должны заслонить собой тот факт, что доступность АРТ в Эстонии продолжает расти. Наряду с ним растет и доступность других ключевых услуг по ВИЧ/СПИДу, оказываемых государством и его партнерами из гражданского общества.

Однако процесс перехода не был легким и безоблачным. Серьезные препятствия сохраняются до сих пор, особенно в части

- обеспечения стабильности и увеличения бюджетного финансирования;
- повышения количества обращений в медучреждения для получения АРТ и другого лечения ВИЧ, особенно среди ПИН;
- повышение уровня координации, а также качества и объема услуг, предоставляемых всеми министерствами, и
- улучшение обмена информацией и взаимодействия между гражданским обществом и государством, чтобы избежать недопонимания и обеспечить ясность политики и стратегии.

Значительная часть того, что уже сделано (и еще предстоит сделать) в Эстонии, специфично для местного контекста, особенно в свете относительного богатства страны, небольшого абсолютного числа случаев ВИЧ и характера эпидемии, движущим фактором которой является употребление наркотиков. Тем не менее, программы Глобального фонда когда-то закончатся или сократят свое присутствие даже в относительно бедных странах, где миллионы ЛЖВС заразились ВИЧ гетеросексуальным путем. Но и в этих странах будет актуален в своей основной части опыт Эстонии за недавний период.

Ниже приводится перечень усвоенных уроков наряду с рекомендациями. Некоторые из них общие, другие более конкретны, но при этом каждая из рекомендаций направлена на расширение доступности служб по ВИЧ/СПИДу для тех, кто в них нуждается. Эта фундаментальная задача должна стать основой всех принимаемых решений и политики всех стран мира.

Рекомендации адресованы в первую очередь правительству, поскольку государственному сектору принадлежит ведущая роль в разработке, реализации и продолжении программ Глобального фонда.

**1. Не менее чем за год до предстоящего завершения финансирования Глобального фонда следует разработать и одобрить единую национальную стратегию.** Все заинтересованные стороны из государственных структур и гражданского общества должны быть приглашены к участию в разработке этой единой комплексной стратегии. Если кого-то не пригласить, есть вероятность, что эта сторона не поймет стратегию или не примет ее, а в результате пострадает качество услуг, наряду с сотрудничеством и координацией.

**2. Все заинтересованные стороны (и в особенности государство) должны признавать долгосрочный характер своих обязательств.** Когда стратегические планы по ВИЧ/СПИДу охватывают несколько лет – например действующий сейчас в Эстонии план рассчитан на 10 лет – легче зафиксировать ресурсы и обеспечить непрерывную финансовую, общественную и политическую поддержку. Разумеется, в планы можно вносить необходимые изменения, но общие рамки долгосрочного стратегического плана должны оставаться неизменными.

**3. Начинайте разрабатывать планы на период окончания программы Глобального фонда со дня ее начала.** Может показаться, что помощь Глобального фонда будет в наличии всегда: ведь большинство программ рассчитаны на пять лет, а в одной стране нередко

действует несколько программ, причем каждая новая программа начинается еще до завершения предыдущей. Однако гарантий бессрочной помощи нет, особенно в свете того факта, что сам Глобальный фонд опирается на поддержку богатых стран, где регулярно меняется политическая и экономическая ситуация.

Политическое руководство каждой страны-получателя помощи должно готовиться к окончанию каждой программы Глобального фонда, разрабатывая соответствующие планы. При этом государство должно рассмотреть возможные пути сохранить и расширить финансирование проектов и услуг, инициированных при поддержке Глобального фонда и продолжить работу по наращиванию институционального потенциала. Во многих странах - особенно в странах с высоким бременем заболевания и ограниченными ресурсами, наиболее доступным и адекватным вариантом будет привлечение помощи других доноров взамен финансирования ГФ: если это так, то переговоры с двусторонними донорами и (или) многосторонними институтами следует начинать с первого дня программы Глобального фонда. Можно заранее заручиться обязательством предоставления гранта или льготного займа из этих источников для покрытия расходов по сохранению и расширению программ Глобального фонда после их официального завершения.

**4. На национальном уровне должна быть создана прозрачная и эффективная структура М&Е (мониторинга и оценки).** Всем политическим руководителям и заинтересованным сторонам совершенно необходимо знать, куда идут средства, выделяемые на ВИЧ/СПИД, кто их использует, как они используются и насколько эффективно они используются для достижения поставленных целей. В случае неадекватной и (или) непрозрачной системы М&Е будут утрачены доверие и общественная поддержка программ по ВИЧ/СПИДу. Даже намек на возможность коррупции следует полностью исключить. Для этого необходимо проводить регулярные проверки с подтверждением их результатов независимыми источниками, а затем эти результаты должны стать достоянием гласности, т.е. публиковаться на правительственных сайтах.

**5. В планах переходного периода следует предусмотреть определенную степень гибкости, чтобы обеспечить сотрудничество, координацию и непрерывность в оказании услуг.** Например, в Эстонии правительство согласилось выделить средства на оплату расходов за трехмесячный период с момента официального окончания программы Глобального фонда до начала нового финансового года. Тем самым исключалась опасность перерыва в оказании услуг тем, кто в них нуждается. В другом случае НИРЗ предложил партнерским НПО подписать официальный договор на пять лет. Этот жест был высоко оценен, поскольку свидетельствовал о доверии государства к деятельности партнеров и гарантировал устойчивость проектов в среднесрочной перспективе.

**6. Должностных лиц всех государственных ведомств, в том числе министров финансов и руководителей, формирующих политику в области торговли и здравоохранения, следует проинформировать об экономических и социальных преимуществах, которые приносят всесторонние программы по ВИЧ/СПИДу всему обществу.** Когда всем нуждающимся доступны АРТ и другие продлевающие жизни и сохраняющие здоровье препараты, страна становится богаче, повышается производительность, у людей появляется надежда. Признать финансирование служб по ВИЧ/СПИДу приоритетным направлением государственного бюджета - не значит впустую потратить деньги, которые можно было бы использовать на что-то другое.

**7. Следует более агрессивно и целенаправленно вести адвокацию среди основных многосторонних институтов, которые активно призывают к сокращению государственных расходов.** Чтобы сохранить и расширить программы по ВИЧ/СПИДу, необходимы большие государственные расходы. При этом в некоторых странах существуют договоренности с Всемирным Банком и Международным валютным фондом, предусматривающие сокращение государственных расходов, в том числе расходов на

здравоохранение. При поддержке представителей международного и местного гражданского общества государственные чиновники (особенно министры финансов) должны постоянно добиваться, чтобы эти институты устанавливали менее строгие пределы государственных расходов как условия предоставления займов и поддержки экономических программ. Государственные расходы невозможно и недопустимо сокращать в период угрозы здоровью населения; напротив, нужно рассмотреть пути увеличения таких расходов.

**8. Государственные руководители, формирующие политику, должны быть как можно более открыты для изучения стратегий и политики других стран в борьбе с эпидемией ВИЧ.** Например, в Эстонии в последние несколько лет приняли и внедрили снижение вреда как одну из основных стратегий профилактики ВИЧ. Поначалу руководители здравоохранения сомневались в том, нужно ли это делать, но они изменили свое мнение после тщательного анализа научных данных и знакомства с проектами обмена игл и заместительной терапии. Такие инициативы стали теперь составной частью профилактики ВИЧ в стране.

**9. Представители государства и их партнеры из гражданского общества всегда должны искать пути повышения доступности препаратов-дженериков.** В некоторых странах с большим успехом воспользовались соответствующими положениями политики и правил международной торговли для снижения расходов на АРВ и другие жизненно необходимые препараты. В большинстве случаев такое снижение расходов произошло либо в результате фактических закупок препаратов-дженериков, либо в результате того, что производители патентованных лекарств снизили цены в свете вероятности появления на рынке аналогов-дженериков.

Однако правительство Эстонии продолжает закупать лишь патентованные АРВ по завышенным ценам. Хорошо, что пока страна может себе позволить платить такие цены, но с увеличением числа людей, принимающих АРТ, устойчивость поставок может оказаться под угрозой. Государство во взаимодействии с гражданским обществом должно гораздо более активно добиваться отмены политики ЕС, лишаящей государства ЕС возможности снизить эти важнейшие расходы на охрану здоровья. Например, одним из обязательств Бременской декларации 2007 г. было «сотрудничество [европейских стран] в деле обеспечения доступности недорогих медицинских препаратов»<sup>47</sup>. Жесткая политика защиты патентов и ограничения на использование препаратов-дженериков являются нарушением духа и буквы этого обязательства. В конечном счете, самым простым путем обеспечения доступности недорогих лекарств стало бы наличие дженериков.

**10. В то же время органы здравоохранения в партнерстве с гражданским обществом должны инициировать информационно-просветительские кампании, посвященные АРВ-дженерикам.** Эта рекомендация актуальна для Эстонии и других стран, где многие ЛЖВС и (или) медики по-прежнему не доверяют качеству и эффективности АРВ-дженериков в целом. Это недоверие не основано на фактах: АРВ-дженерики регулярно и без негативных последствий применяются во всем мире.

Но усилия государства в этом направлении увенчаются успехом лишь в том случае, если государство продемонстрирует надежность своей политики и практики регулирования оборота лекарственных препаратов. Возможно, для этого потребуются пригласить экспертов ВОЗ и других авторитетных международных структур и попросить их регулярно проводить тщательную проверку с публикацией отчетов для подтверждения способности государства обеспечить единые требования к качеству всех лекарств на рынке, как патентованных, так и

---

<sup>47</sup> «Бременская декларация об ответственности и партнерстве – вместе против ВИЧ/СПИДа» была принята в марте 2007 г. На встрече присутствовали «Министры и представители Правительств Европейского Союза и соседних стран, отвечающие за здравоохранение». Более подробная информация в PDF-формате на сайте: [www.eu2007.de/en/News/download\\_docs/Maerz/0312-BSGV/070Bremen.pdf](http://www.eu2007.de/en/News/download_docs/Maerz/0312-BSGV/070Bremen.pdf).

дженериков. Такой шаг значительно повысил бы шансы на успех информационно-просветительской кампании о применении дженериков.

Не менее важен и тот факт, что дженерики значительно дешевле патентованных аналогов. При проведении кампании следует подчеркивать, что при наличии дженериков АРТ можно было бы предоставить большему числу людей за те же деньги. За счет этого удалось бы сократить бремя расходов для национального бюджета и обеспечить устойчивость программ лечения ВИЧ.

## **Приложение 1. Открытое заявление гражданского общества по поводу выделения средств на программы по ВИЧ/СПИДу, 2007 год**

В июне 2007 г. правительство объявило, что не имеет возможности продолжать финансирование программ по ВИЧ и СПИДу в том же объеме, что Глобальный фонд. Такое заявление подразумевало, что будет сокращено финансирование АРТ и тем самым ограничено число людей, которым будут доступны эти жизненно важные препараты.

В ответ на это коалицией в составе 17 эстонских НПО было подготовлено и передано правительству открытое заявление<sup>48</sup>. Представители около 100 организаций гражданского общества из 35 других стран подписали отдельный документ в поддержку инициативы эстонских коллег.

Их усилия увенчались успехом. В октябре 2007 г. Министр по социальным вопросам объявила, что общее финансирование программ по ВИЧ/СПИДу в бюджете на 2008 год, исполнение которого началось в январе 2008 г., сокращено не будет. Согласованные действия организаций гражданского общества стали еще одним подтверждением их важнейшей роли как партнеров государства в период по завершении финансирования Глобального фонда.

Текст открытого заявления организаций гражданского общества Эстонии дословно приводится внизу (в переводе на английский с последующим переводом на русский язык):

### **От организаций по борьбе с ВИЧ и СПИДом и сообществ людей, живущих с ВИЧ.**

**ОТКРЫТОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ:** 20 июня 2007 года в СМИ появилась статья о планах правительства Эстонии сократить финансирование на медицинское и социальное обслуживание, лечение и поддержку людей с ВИЧ и СПИДом. В результате этих мер объем средств, выделяемых на службы по ВИЧ, снизился бы почти в семь раз против ранее запланированного. Было высказано мнение, что средства должны выделяться на финансирование других социальных областей, а именно детских домов, инвалидов и работников «Скорой помощи».

Участники проходившего в тот же день семинара НПО, на котором присутствовали организации, борющиеся против ВИЧ/СПИДа, решили обратиться с открытым заявлением к правительству и к ведущим политикам республики, а также с призывом присоединиться к заявлению всем организациям и людям, которым не безразличны проблемы ВИЧ/СПИДа и кто понимает, как много человеческих жизней можно потерять в результате неверных решений, которые не учитывают опасность ВИЧ и СПИДа для общества и игнорируют опыт других стран по борьбе с ВИЧ и СПИДом.

Урезание средств на лечение оставляет на произвол судьбы сотни молодых людей, а бездумное противопоставление разных социальных групп, нуждающихся в социальной

---

<sup>48</sup> См.

[www.worldaidscampaign.info/index.php/en/campaigns/in\\_country\\_campaigns/europe/estonia\\_a\\_budget\\_freeze\\_aimed\\_at\\_social\\_needs\\_for\\_2008](http://www.worldaidscampaign.info/index.php/en/campaigns/in_country_campaigns/europe/estonia_a_budget_freeze_aimed_at_social_needs_for_2008).

защите, еще больше усугубляет имеющуюся стигму и дискриминацию людей, живущих с ВИЧ.

Мы напоминаем правительству республики некоторые факты:

- Правительством была утверждена государственная стратегия по борьбе с ВИЧ/СПИДом на 2006-2015 годы, а также государственная программа действий по этой стратегии на 200-2009 [sic] годы, и поэтому вся ответственность по полному финансированию этих программ ложится на правительство.
- На специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу в 2001 году Эстония вместе с другими членами ООН приняла Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, согласно которой всем нуждающимся должен быть гарантирован доступ к лечению. Каждый имеет право на лечение.
- 23 февраля 2007 года министр социальных дел дал обещание представителю Глобального Фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, что по окончании финансирования со стороны Фонда правительство продолжит финансировать профилактику и лечение по крайней мере в том же объеме.

Полноценное непрерываемое лечение улучшает качество жизни людей, живущих с ВИЧ, и позволяет им быть полноправными членами общества и налогоплательщиками. Кроме того, непрерываемое лечение препятствует появлению резистентных к лечению форм вируса и его распространению.

Болезнь, которая в первую очередь поражает нашу молодежь, угрожает дальнейшему существованию нашего государства, приросту населения и национальной безопасности. Качественная и последовательная профилактическая работа позволяет защитить людей от дальнейшего распространения вируса и наш народ от гибели.

Эстония как член Европейского союза с самым высоким относительным числом новых случаев заражения ВИЧ не имеет права отказываться от своих обязательств по претворению в жизнь и расширению профилактической работы и обеспечению антивирусным лечением всех нуждающихся людей с ВИЧ и больных СПИДом.

Снижение финансирования сегодня приведет к многократному увеличению денежных затрат в будущем со стороны всего общества.

## Приложение 2. Одно из главных препятствий, мешающих профилактике ВИЧ: отставание в части объемов предоставления и доступности заместительной терапии

Учитывая, что эпидемия ВИЧ в Эстонии связана в основном с употреблением наркотиков, не удивительно, что одной из шести основных задач программы Глобального фонда была организация профилактики ВИЧ и служб лечения и поддержки для лиц, употребляющих наркотики в инъекциях (ПИН). Мероприятия в рамках данного направления опирались главным образом на философию снижения вреда и включали раздачу шприцев и игл и расширение заместительной терапии. В течение четырех лет программы среди ПИН было распространено почти 4,5 миллиона шприцев; в пункты обмена игл/шприцев обратились почти 11 000 новых клиентов и около 4 400 клиентов были официально зарегистрированы в программах обмена<sup>49</sup>.

Однако не все плановые показатели были достигнуты, несмотря на существенное увеличение объема услуг. Что касается раздачи игл и шприцев, каждый из целевых показателей был выполнен по крайней мере на 80% (а некоторые и перевыполнены). Но в части заместительной терапии наблюдалось значительное отставание: к концу программы метадон в Эстонии получали 654 ПИН, что составляет 78% от запланированного числа (840 человек)<sup>50</sup>.

Это отставание продемонстрировало серьезную проблему с оказанием услуг в области ВИЧ/СПИДа, стоящую перед государством и его партнерскими организациями гражданского общества. Государство взяло на себя обязательство повышения доступности услуг по снижению вреда по окончании программы Глобального фонда, и политическое руководство признает, что для успешной профилактики ВИЧ требуется охватить заместительной терапией значительно большее число людей.

По словам Аннике Веймер, директора программ Национального института развития здравоохранения (НИРЗ), в апреле 2008 г. в Эстонии насчитывалось около 14 000 ПИН<sup>51</sup>. «Чтобы выполнить рекомендации ВОЗ, мы должны предоставить заместительную терапию хотя бы 4000 из них», - сказала она, а получают метадон лишь «около 750» человек<sup>52</sup>.

Веймер указала в качестве одной из причин низкого уровня охвата «недоверие» к метадоноу среди русскоязычного населения, составляющего большинство ПИН. «Они получают негативную информацию о метадоне из русскоязычных СМИ», - сказала она. (В России запрещено применение метадона для любых целей). В числе других причин она назвала то, что «возможно, 50%» ПИН сейчас делают инъекции смесями на основе эфедрина (напр., амфетамины) в дополнение к опиатам или вместо них. Метадон и аналогичные препараты в качестве заместительной терапии действуют только при опиатной зависимости.

Веймер признала, что третья причина относится скорее к неспособности государственного сектора в необходимом объеме обеспечить лечение наркозависимости. По ее словам, «В конце советской эпохи мы отказались от наркологических центров, поскольку нам не

---

<sup>49</sup> Национальный институт развития здравоохранения «Эстонская программа Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией», Оценка опубликована в декабре 2007 г.

<sup>50</sup> Национальный институт развития здравоохранения «Эстонская программа Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией», Оценка опубликована в декабре 2007 г.

<sup>51</sup> Все комментарии Веймер, цитируемые в данном разделе, были получены в ходе интервью в Таллинне 21 апреля 2008.

<sup>52</sup> По словам Веймер, около 605 из этих 750 получают метадон за счет государственного бюджета. Остальные лечатся в частных клиниках.

навивалась эта модель. Но мы ничем их не заменили». В результате, сказала она, в Эстонии ограничены варианты лечения зависимости (включая детоксикацию и реабилитацию).

О дефиците институциональных возможностей упомянула и директор одной из немногих эстонских НПО, занимающихся снижением вреда. По словам Нелли Каликовой из СПИД-центра поддержки, «хотя в Таллинне 4 000 ПИН, пунктов [заместительной терапии] менее трехсот. Я считаю преступным то, что мы обещаем метадон, а потом не можем его предоставить» тем, кто в нем нуждается<sup>53</sup>.

Веймер также отметила недостаточную согласованность в работе различных ведомств, предоставляющих заместительную терапию. Стоит отметить, что Министерство юстиции Эстонии проводит метадоновую терапию в тюрьмах (хотя обмен игл и шприцев по-прежнему запрещен). Однако не обеспечена преемственность терапии для пациентов, попадающих в тюрьму или выходящих из мест лишения свободы - т.е. перемещающихся из одного ведомства (Министерства юстиции или Министерства по социальным вопросам) в другое. Ситуацию осложняет еще и то, что места предварительного заключения находятся в ведении Министерства внутренних дел, которое не предоставляет метадоновую терапию ни в одном из своих учреждений.

---

<sup>53</sup> Интервью в Таллинне, 21 апреля 2008 г.