



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

# УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЦЕЛЯХ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОГРАММ БОРЬБЫ С ВИЧ/СПИДОМ В ЕВРАЗИЙСКОМ РЕГИОНЕ ЗА СЧЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА

ЯНВАРЬ 2006 г.

Данная работа представлена на рецензию Агентством США по международному развитию. Авторы: Роджер Дрю и Джордж Первис от имени Social & Scientific Systems, Inc. в рамках проекта «Синергия», № контракта HRN-C-00-99-00005-00.



Бюро глобального здравоохранения  
Отдел ВИЧ/СПИДа  
Агентство США по международному развитию  
1300 Pennsylvania Ave. NW  
Washington, DC 20523



**УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
В ЦЕЛЯХ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ  
ПРОГРАММ БОРЬБЫ С ВИЧ/СПИДОМ  
В ЕВРАЗИЙСКОМ РЕГИОНЕ  
ЗА СЧЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ  
ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА**

Мнения, выраженные авторами в данной работе, не обязательно отражают мнения Агентства США по международному развитию или Правительства Соединенных Штатов Америки.



## ОГЛАВЛЕНИЕ

СОКРАЩЕНИЯ .....	vii
РЕЗЮМЕ .....	viii
1. ВВЕДЕНИЕ И ОСНОВНЫЕ СВЕДЕНИЯ .....	1
2. МЕТОДИКА .....	1
3. ЧТО ТАКОЕ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....	2
4. УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....	2
5. УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЕВРАЗИЙСКОМ РЕГИОНЕ .....	3
5.1. ПРИМЕРЫ КОНКРЕТНЫХ СТРАН .....	3
5.1.1. КЫРГЫЗСТАН .....	3
5.1.2. ТАДЖИКИСТАН .....	4
5.1.3. УКРАИНА .....	4
6. НЕДОСТАТКИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....	5
6.1. НЕДОСТАТКИ КОНЦЕПТУАЛЬНОГО ПЛАНА .....	5
6.2. УПРАВЛЕНИЕ .....	8
6.3. ФИНАНСИРОВАНИЕ .....	8
6.4. ОРГАНИЗАЦИЯ СНАБЖЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ И ТОВАРАМИ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ .....	9
6.5. УПРАВЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ .....	10
6.6. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ .....	11
6.7. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ .....	12
7. УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ГЛОБАЛЬНЫЙ ФОНД .....	13
7.1. ОЦЕНКА СИСТЕМНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ИЗ СРЕДСТВ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА .....	13
7.2. В КАКОЙ СТЕПЕНИ УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ ФИНАНСИРУЕМЫХ ГЛОБАЛЬНЫМ ФОНДОМ ПРОГРАММ БОРЬБЫ С КОНКРЕТНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ? .....	13
7.2.2. ФИНАНСИРОВАНИЕ .....	15
7.2.3. ОРГАНИЗАЦИЯ СНАБЖЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ И ТОВАРАМИ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ .....	15
7.2.4. УПРАВЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ .....	15
7.2.5. МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ .....	16
7.2.6. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР .....	17
7.3. ДОЛЖЕН ЛИ ГЛОБАЛЬНЫЙ ФОНД ДЕЛАТЬ УПОР НА УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ? .....	17
7.4. УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ .....	18
7.5. КОМПОНЕНТ «УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» В ХОДЕ ПЯТОГО РАУНДА .....	19
7.6. ОПЫТ, ПОЛУЧЕННЫЙ БЛАГОДАРЯ УТВЕРЖДЕННЫМ ЗАЯВКАМ НА ФИНАНСИРОВАНИЕ КОМПОНЕНТА «УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» В ХОДЕ ПЯТОГО РАУНДА .....	20
7.6.1. РУАНДА .....	20
7.6.2. МАЛАВИ .....	21
7.6.3. КАМБОДЖА .....	21

7.7.	ЗАЯВКИ НА ФИНАНСИРОВАНИЕ РАБОТЫ ПО УКРЕПЛЕНИЮ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОТ СТРАН ЕВРАЗИЙСКОГО РЕГИОНА .....	21
8.	ДОНОРСКАЯ ПОДДЕРЖКА СТРАН, НАПРАВЛЕННАЯ НА ВКЛЮЧЕНИЕ РАБОТЫ ПО УКРЕПЛЕНИЮ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЗАЯВКИ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА .....	22
8.1.	ПОДГОТОВКА К КОНКУРСУ .....	22
8.2.	ОСНОВНЫЕ ТЕМАТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЗАЯВОК .....	25
9.	КОНКРЕТНЫЕ ВОПРОСЫ ОБ ОТДЕЛЬНЫХ ОБЛАСТЯХ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....	29
9.1.	СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ .....	29
9.2.	РАСШИРЕНИЕ ОХВАТА МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ ПРИ КОНЦЕНТРИРОВАННОЙ ЭПИДЕМИИ .....	30
9.3.	ОБУЧЕНИЕ .....	30
9.4.	ФИНАНСОВЫЕ ПРЕПЯТСТВИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ РАБОТЕ .....	31
9.5.	СТИМУЛИРОВАНИЕ .....	31
9.6.	ДОСТУП К ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТАМ .....	32
9.7.	СОЧЕТАНИЕ УСЛУГ ГОСУДАРСТВЕННОГО И ЧАСТНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....	32
9.8.	МОНИТОРИНГ .....	32
10.	ВЫВОДЫ .....	36
11.	БЛАГОДАРНОСТЬ .....	36
ПРИЛОЖЕНИЯ		
ПРИЛОЖЕНИЕ А. ГРАФИК ВСТРЕЧ .....		A-1
ПРИЛОЖЕНИЕ В. БИБЛИОГРАФИЯ .....		B-1
ПРИЛОЖЕНИЕ С. ТИПЫ ЭПИДЕМИИ ВИЧ/СПИДА В СТРАНАХ ЕВРАЗИЙСКОГО РЕГИОНА .....		C-1
ПРИЛОЖЕНИЕ D. ТЕХНИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ .....		D-1
ПРИЛОЖЕНИЕ E. РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ОТДЕЛЬНЫХ СТРАН .....		E-1
ПРИЛОЖЕНИЕ F. ВОЗМОЖНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ОКАЗАНИЯ ОСНОВНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПАЦИЕНТАМ С ВИЧ/СПИДОМ В УСЛОВИЯХ КОНЦЕНТРИРОВАННОЙ ЭПИДЕМИИ .....		F-1
ПРИЛОЖЕНИЕ G. ЧТО ТАКОЕ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ? ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ В СОПОСТАВЛЕНИИ С ОБЫЧНЫМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭТОГО ПОНЯТИЯ В ЕВРАЗИЙСКОМ РЕГИОНЕ .....		G-1
ПРИЛОЖЕНИЕ H. КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ СОВЕТСКОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....		H-1
ПРИЛОЖЕНИЕ I. ИНДИКАТОРЫ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА ДЛЯ МОНИТОРИНГА ГРАНТОВ, ПРЕДОСТАВЛЕННЫХ НА УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (GLOBAL FUND, 2005L) .....		I-1
ПРИЛОЖЕНИЕ J. ИНДИКАТОРЫ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ СИСТЕМНЫХ ЭФФЕКТОВ (GLOBAL FUND, 2005I) .....		J-1
ПРИЛОЖЕНИЕ K. ПРЕДЛАГАЕМЫЕ К РАССМОТРЕНИЮ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИНДИКАТОРЫ ДЛЯ МОНИТОРИНГА УКРЕПЛЕНИЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, НАПРАВЛЕННОГО НА БОРЬБУ С ВИЧ/СПИДОМ В ЕВРАЗИЙСКОМ РЕГИОНЕ .....		K-1

## СОКРАЩЕНИЯ<sup>1</sup>

САРАСИТУ	Проект САРАСИТУ по борьбе с ВИЧ/СПИДом в Центральной Азии
АМР США	Агентство США по международному развитию
АРО	Академия развития образования
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГАВИ	Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации
ГТО	Группа технической оценки
ГФСТМ	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ДМР	Британский департамент международного развития
ЕР	Евразийский регион
ИОО	Институт «Открытое общество»
Минздрав	Министерство здравоохранения
МиО	Мониторинг и оценка
МСМ	Мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами
НПО	Неправительственная организация
ОП	Общесекторальный подход
ПИН	Потребитель инъекционных наркотиков
ПРООН	Программа развития ООН
СВФ	Системное воздействие деятельности Фонда
СКК	Страновой координационный комитет
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
СЭС	Санитарно-эпидемиологическая служба
ТБ	Туберкулез
УСЗ	Укрепление систем здравоохранения
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ЮНЭЙДС	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

---

<sup>1</sup> Большинство сокращений расшифровывается при первом использовании; многие используются только в таблицах и цифровых данных, некоторые встречаются только в приложениях.

## РЕЗЮМЕ

Перед странами Евразийского региона стоит серьезная проблема распространения эпидемии ВИЧ/СПИДа, в основном среди наиболее уязвимых групп населения. Существует возможность эффективно реагировать на эпидемию и остановить ее распространение как в уязвимых группах, так и за их пределами. Однако имеющиеся данные свидетельствуют о том, что эта возможность не используется. Одна из причин заключается в существовании серьезных недостатков в системах здравоохранения региона, препятствующих оперативному тиражированию эффективных программ борьбы с ВИЧ/СПИДом.

В данном исследовании поставлена задача изучения этих недостатков и способов их устранения. Оно выполнено по заказу Бюро по Европе и Евразии Агентства США по международному развитию (АМР США). Основное внимание в данном отчете сосредоточено на практических мерах, которые могут быть приняты в целях получения ощутимых результатов для разработки программ борьбы с ВИЧ/СПИДом в регионе.

Исследование проведено очень своевременно. Одной из основных организаций, финансирующих мероприятия по борьбе с ВИЧ/СПИДом в регионе, является Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. К настоящему времени Глобальный фонд в ходе пяти раундов финансирования согласился предоставить более 523 млн долларов для мероприятий против ВИЧ/СПИДа в регионе. Пятый раунд подачи заявок на финансирование из средств Глобального фонда, прошедший в 2005 г., отличался от предыдущих раундов. Страны впервые получили возможность подавать заявки на финансирование работ не только по борьбе с отдельными заболеваниями, но и по укреплению систем здравоохранения (УСЗ). Новый подход объясняется более масштабным международным признанием необходимости укреплять системы здравоохранения для обеспечения устойчивой результативности мероприятий по борьбе с конкретными заболеваниями. Изменения не ограничиваются только Глобальным фондом; они произошли и в других международных партнерствах в области здравоохранения, например в Глобальном альянсе по вакцинам и иммунизации (ГАВИ).

Это позитивная перемена и для международного сообщества, и для региона. Дополнительное финансирование необходимо для устранения серьезных недостатков в национальных системах здравоохранения, не позволяющих эффективно тиражировать программы борьбы не только с ВИЧ/СПИДом, но и с туберкулезом, а в ряде стран и с малярией. Тем не менее, за средствами фонда обратились всего 30 стран, а удовлетворены были заявки лишь трех из них (10%). Из Евразийского региона заявку подала только Республика Грузия. Ее заявка предусматривала укрепление эпидемиологического надзора 2-го поколения за ВИЧ/СПИДом, но была отклонена. Группа технической оценки (ГТО) Глобального фонда представила отчет с изложением причин низкой результативности. В настоящее время он рассматривается Глобальным фондом, и существует вероятность внесения соответствующих изменений до проведения шестого раунда. Пока неясно, останется ли УСЗ в качестве самостоятельного компонента или странам будет рекомендовано включать мероприятия по укреплению систем здравоохранения в заявки на финансирование борьбы с конкретным заболеванием. Существуют серьезные аргументы в пользу того, что для стран Евразийского региона предпочтительнее второе. Так или иначе, нужен способ, позволяющий включить мероприятия по укреплению систем здравоохранения в программы, финансируемые Глобальным фондом.

Если Глобальный фонд сохранит укрепление систем здравоохранения в качестве самостоятельного компонента, то до проведения шестого раунда необходимо будет уточнить инструкции, откорректировать форму заявки и расширить возможности ГТО по оценке таких заявок. Каким бы ни было решение, странам потребуются поддержка и рекомендации, чтобы в ходе шестого раунда подавались более качественные заявки на финансирование укрепления систем здравоохранения, чем в пятом раунде. Принципиально важно, чтобы в странах Евразийского региона при этом принимались во внимание три специфических фактора.

Во-первых, страны должны сознавать, что они столкнулись с особой формой эпидемии ВИЧ/СПИДа, с неравномерным распределением, когда непропорционально сильно страдают особенно уязвимые группы населения, например работники коммерческого секса и потребители инъекционных наркотиков, и что борьба с такой эпидемией требует принципиально иного

подхода, чем борьба с обычной. Степень распространенности эпидемии в данном регионе – предмет споров. Во многих странах составлены программы или рекомендации, в соответствии с которыми правительства принимают надлежащие меры. Однако финансовые ресурсы по-прежнему расходуются без учета реального распространения инфекции – например, затраты на просветительские программы в школах превышают затраты на профилактическую работу среди потребителей инъекционных наркотиков и работников коммерческого секса. В результате охват эффективными программами профилактики в большинстве уязвимых групп населения почти везде остается слишком низким, чтобы изменить ситуацию. Крайне важно, чтобы на решение этого ключевого вопроса были направлены все инициативы по повышению качества программ борьбы с ВИЧ/СПИДом посредством укрепления систем здравоохранения в регионе.

Во-вторых, для стран Евразийского региона исключительно важно осознать: укрепление системы здравоохранения потребует коренного изменения политики в этой области, а не просто поэтапного улучшения существующей системы. Ситуация здесь может существенно отличаться от ситуации в других регионах, где важнейшие элементы системы здравоохранения могут быть недоразвиты или даже полностью отсутствовать. В странах Евразийского региона, напротив, существует масштабная система здравоохранения, но она, к сожалению, судя по всему, не способна эффективно противостоять концентрированной эпидемии ВИЧ/СПИДа по причинам, которые рассматриваются ниже.

В-третьих, необходимо отказаться от широко распространенного мнения о том, что системы здравоохранения тождественны государственному сектору здравоохранения. Для этого необходимо разработать более широкое определение систем здравоохранения, охватывающее все инициативы, которые вносят положительный вклад в профилактику ВИЧ-инфекции, оказание медицинской помощи, поддержку и лечение людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Многие из этих услуг требуют новаторских методов и предоставляются субъектами, не входящими в систему государственного здравоохранения, например неправительственными организациями (НПО).

Принципиально важно также, чтобы Глобальный фонд не пытался в одиночку решить все вопросы систем здравоохранения. Его задача – координировать диалог, касающийся политики в области здравоохранения, принимая в нем участие наряду с другими международными партнерами, которые работают в этой же области, и нацеливать свои ресурсы на поддающиеся количественному выражению мероприятия здравоохранения, которые дадут наглядные результаты в плане противодействия в той или иной стране одному или нескольким заболеваниям, которыми он занимается. Рекомендуется, чтобы это обеспечивалось двойкой стратегий, подобно той, которую недавно разработал ГАВИ.

Во-первых, рекомендуется, чтобы заявки были нацелены на определенные направления в рамках конкретной системы здравоохранения, в частности на управление, финансирование, организацию снабжения лекарственными препаратами и товарами медицинского назначения, управление человеческими ресурсами и их планирование, оказание медицинских услуг, общественное здравоохранение и эпидемиологический надзор (рис. 1). В данном докладе содержатся предложения о работе, которую можно провести в рамках каждого из этих направлений, основанные на опыте трех стран – Кыргызстана, Таджикистана и Украины.

**Рис. 1. Предлагаемые тематические направления для поддержки Глобальным фондом работы по укреплению систем здравоохранения в странах Евразийского региона в целях повышения качества профилактики ВИЧ-инфекции, медицинской помощи, поддержки и лечения для ВИЧ-инфицированных**

<p><b>Управление</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обеспечение четких прямых связей между национальной политикой и стратегией в области ВИЧ/СПИДа и национальной политикой и стратегий в области здравоохранения.</li> <li>• Укрепление функций планирования и анализа политики национальных координирующих механизмов.</li> <li>• Содействие развитию стиля руководства, отличающегося более высоким уровнем коллегиальности и совещательности, и отходу от командно-административного стиля.</li> </ul>
<p><b>Финансирование</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Принятие мер, позволяющих контролировать расходование финансовых средств на борьбу с ВИЧ/СПИДом, в частности создание и ведение национальных счетов по ВИЧ/СПИДу.</li> <li>• Содействие развитию упрощенных и унифицированных механизмов финансирования там, где это необходимо.</li> <li>• Принятие мер, способствующих развитию сотрудничества между разными донорами и национальными финансирующими организациями.</li> <li>• Содействие децентрализации финансового управления и контроля.</li> </ul>
<p><b>Организация снабжения лекарственными препаратами и товарами медицинского назначения</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Принятие мер, направленных на содействие эффективной организации снабжения лекарственными препаратами и товарами медицинского назначения и управление ими, и на создание моделей снабжения, ориентированных на качество, цену и своевременность.</li> </ul>
<p><b>Управление человеческими ресурсами</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разработка планов работы с человеческими ресурсами и стратегий для борьбы с ВИЧ/СПИДом или для сектора здравоохранения, или для обоих направлений.</li> <li>• Совершенствование механизмов оплаты труда в здравоохранении, особенно механизмов, увязывающих уровень оплаты с результатами работы.</li> <li>• Организация обучения для медицинских работников, в том числе обучения до начала самостоятельной работы.</li> <li>• Принятие мер по стимулированию и сохранению квалифицированных кадров.</li> <li>• Содействие использованию многодисциплинарных групп, с особым акцентом на повышение роли медицинских сестер и социальных работников.</li> <li>• Решение вопросов стигматизации и дискриминации медицинскими работниками лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, и других уязвимых групп населения.</li> <li>• Повышение роли членов групп потребителей в организациях-исполнителях программ (например, в качестве работников на местах).</li> </ul>
<p><b>Медицинское обслуживание</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Содействие интеграции и сотрудничеству между вертикальными структурами здравоохранения, характерными для советской системы здравоохранения (рис. 2), особенно структурами, занимающимися медицинским обслуживанием больных ВИЧ/СПИДом, ИППП, ПИН и больных туберкулезом.</li> <li>• Содействие более активному участию организаций вне сектора общественного здравоохранения в управлении программами борьбы с ВИЧ/СПИДом и в их реализации. В частности, могут привлекаться НПО, министерства, не занимающиеся вопросами здравоохранения, частные компании и организации, которые объединяют людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.</li> <li>• Модернизация неэффективной и не удовлетворяющей современным требованиям инфраструктуры.</li> </ul>
<p><b>Общественное здравоохранение и эпидемиологический надзор</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Укрепление системы эпидемиологического надзора, особенно работы по проведению и систематизации биоповеденческих обследований в наиболее уязвимых группах населения.</li> <li>• Обеспечение использования данных эпидемиологического надзора в проведении мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИДом.</li> <li>• Создание и укрепление национального органа общественного здравоохранения. В бывших советских республиках для этого может потребоваться реформирование Санитарно-эпидемиологической службы.</li> </ul>

X Укрепление систем здравоохранения в целях совершенствования программ борьбы с ВИЧ/СПИДом в Евразийском регионе за счет использования ресурсов Глобального фонда

Во-вторых, каждая поданная в Глобальный фонд заявка на финансирование работы по укреплению систем здравоохранения должна включать эффективный план контроля и оценки. Этот план должен обеспечивать измерение результатов работы не менее чем в двух направлениях: элементы системы здравоохранения, укрепление которых произошло, и влияние, которое такое укрепление окажет на программы борьбы с ВИЧ/СПИДом.

Наконец, в данном резюме представлено несколько практических рекомендаций для тех стран и партнеров, которые готовят заявку по УСЗ в Глобальный фонд; более подробно эти рекомендации рассмотрены в Разделе 8.

### ***Подготовка заявки***

Во-первых, необходимо провести оценку технических потребностей, чтобы выявить недостатки системы здравоохранения, препятствующие борьбе с заболеванием. В очень немногих случаях такая оценка, возможно, уже проведена, но в большинстве случаев ее еще предстоит провести. Поскольку это должно быть сделано до подачи заявки в Глобальный фонд, данная работа должна финансироваться из других источников. Финансирование подобных исследований позволит донору добиться значительных результатов за счет небольшого объема средств.

Во-вторых, необходимо будет принять решение о целесообразности включения УСЗ как одного из компонентов в заявку на финансирование борьбы с конкретным заболеванием или как самостоятельного компонента. Второй вариант нужно рассмотреть, если подается заявка на крупную сумму средств, если заявка содержит больше одного элемента, если медицинские мероприятия дадут ощутимые положительные результаты по более чем одному заболеванию, если заявка подается в дополнение к другим грантам Глобального фонда, направленным на борьбу с конкретным заболеванием, или если заявка не зависит от компонентов другой заявки, направленной на противодействие конкретному заболеванию и поданной в рамках того же раунда.

### ***Содержание заявки***

Содержание заявки будет в значительной степени определяться конкретными особенностями страны, однако можно выделить несколько общих принципов. Во-первых, не следует финансировать развитие ненужных подсистем. Например, в данном регионе не следует тратить средства на развитие инфраструктуры здравоохранения или несистематизированного наращивания существующих не связанных между собой лабораторных мощностей.

Во-вторых, следует придерживаться одного из двух базовых сценариев. В идеале подход к УСЗ должен быть современным, продуманным и комплексным; государственные органы должны стимулировать и поддерживать проведение перемен; доноры должны иметь такие эффективные механизмы реализации и финансирования, как общесекторальный подход; сектор первичной медицинской помощи должен быть хорошо развит и должен пользоваться доверием; должен существовать эффективно работающий общегосударственный орган здравоохранения.

Вряд ли у многих стран региона имеются все эти компоненты. В реальности у большинства из них эти компоненты в значительной степени недоразвиты. В таких условиях лучше постараться включить базовые направления УСЗ в заявку на финансирование мер по борьбе с тем или иным конкретным заболеванием. Рекомендации по выбору таких направлений приведены на рис. 1 и более подробно рассматриваются ниже.

### ***Оказание основных медицинских услуг***

Каждой стране будет необходимо принять решение о том, каким образом она будет оказывать основные услуги, и как будет управлять выделенными для этой цели средствами Глобального фонда. Преимущества и недостатки разных структур более подробно рассмотрены в приложении F и проиллюстрированы на рис. 2. Однако необходимо сделать несколько общих замечаний.

- *Финансирование* в описанных выше реальных условиях, вероятнее всего, будет поступать через организацию, которая наиболее полно удовлетворяет требованиям Глобального фонда к основным получателям средств (Global Fund, 2003d). На практике, вероятнее всего, этим требованиям будут удовлетворять очень немногие организации. В ситуациях, более близких к описанным выше идеальным условиям, можно учитывать и другие факторы, например отказ от укрепления вертикальных структур. Хотя в других странах (например, в Мозамбике) Глобальный фонд предоставляет финансирование в рамках общесекторального подхода, однако в данном регионе немногие страны, за исключением Кыргызстана, рассматривают возможность общесекторального подхода к здравоохранению.
- *Биоповеденческое обследование* наиболее уязвимых групп населения дает важную информацию для планирования мер по борьбе с концентрированной эпидемией ВИЧ/СПИДа. В большинстве бывших советских республик реальным является выполнение этой работы через центры по борьбе с ВИЧ/СПИДом. В немногих странах, где условия близки к идеальным, а также в других странах Восточной Европы, возможно проведение этой работы через вновь созданный национальный орган здравоохранения или такие существующие структуры, как Санитарно-эпидемиологическая служба.
- *Профилактические услуги для уязвимых групп населения*, например потребителей инъекционных наркотиков, работников коммерческого секса и мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, требуют доверия между учреждением, оказывающим медицинские услуги, и клиентом. Поэтому реальнее всего предоставлять такие услуги через НПО. Однако в этом случае может оказаться сложным достичь надлежащего масштаба услуг из-за низкого потенциала НПО во многих странах. В более идеальных условиях услуги могут предоставляться семейными врачами, но положительных примеров этого немного. В данном регионе ВИЧ-инфекция особенно быстро распространяется в местах заключения, преимущественно через инъекционное потребление наркотиков. Медицинские услуги в местах заключения могут предоставляться только при содействии администрации таких учреждений. Однако, учитывая характер необходимых услуг, наиболее реалистичным способом может оказаться привлечение к этой работе НПО. Даже в идеальных условиях существует вероятность того, что медицинская служба тюрьмы будет существовать отдельно от общих служб здравоохранения, хотя необходимы более прочные связи и сотрудничество между ними. В тех случаях, когда персонал тюрем проявляет готовность, он может играть одну из основных ролей в оказании профилактических услуг заключенным.
- *Медицинское обслуживание, поддержку и лечение* лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, во многих странах необходимо сосредоточить в ограниченном числе лечебных центров, чтобы обеспечить достаточную нагрузку врачей и установление доверительных отношений с потенциальными клиентами. Реально ожидать оказания таких услуг в центрах борьбы с ВИЧ/СПИДом или в инфекционных больницах. В небольших странах, где количество людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, невелико, достаточно будет одного такого центра. В более крупных странах, особенно со слабой транспортной инфраструктурой и с большим числом людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, потребуется более децентрализованная система. Однако странам будет необходимо максимально приблизиться к идеальным условиям, чтобы они могли обеспечивать необходимый уход и лечение в учреждениях первичной помощи, особенно из-за того, что большинство пациентов, нуждающихся в антиретровирусной терапии, являются потребителями инъекционных наркотиков. Для того чтобы придерживаться схемы лечения, им необходимо сопутствующее медикаментозное лечение.

Рис. 2. Предлагаемые механизмы оказания медицинских услуг в разных условиях

	Критерии	Механизмы оказания медицинских услуг			
		Финансирование	Контроль	Программы профилактики	Медицинское обслуживание, поддержка и лечение
<p><i>Критерии в основном удовлетворяются</i></p> <p><b>Условия, приближающиеся к идеальным</b></p>	<p>Государство берет на себя ведущую роль в укреплении систем здравоохранения.</p> <p>Наличие развитого, продуманного подхода к УСЗ с привлечением нескольких доноров.</p> <p>Государственные органы стимулируют и поддерживают проведение перемен.</p>	<p>Финансирование программ, поддерживаемых Глобальным фондом, разработано так, чтобы избегать укрепления вертикальных структур и обеспечить их объединение с другими структурами.</p>	<p>Проведение биоповеденческих обследований в уязвимых группах населения каждые 2-5 лет в рамках национальных систем эпидемиологического надзора под эгидой национального органа общественного здравоохранения.</p>	<p>Расширение эффективных профилактических программ для уязвимых групп населения обеспечивается участием широкого круга организаций, в том числе сектора первичной медицинской помощи.</p>	<p>Антиретровирусная терапия обеспечивается всем нуждающимся, благодаря оказанию координированных услуг первичной и вторичной медицинской помощи и включает медикаментозное лечение и, при необходимости, социальную поддержку.</p>
	<p><i>Критерии в основном не удовлетворяются</i></p> <p><b>Условия, приближающиеся к реальным</b></p>	<p>Наличие у доноров эффективного механизма выполнения программ и финансирования (в частности ОП).</p> <p>Хорошо развитый и пользующийся доверием сектор первичной медицинской помощи.</p> <p>Наличие национального органа, ответственного за общественное здравоохранение</p>	<p>Финансовые средства Глобального фонда поступают через единственную организацию, которая удовлетворяет или почти удовлетворяет требованиям Фонда к основным получателям средств.</p>	<p>Биоповеденческие обследования в уязвимых группах населения проводятся по мере наличия финансирования специальной структурой, ответственной за работу по ВИЧ/СПИДу и за отчетность о выявленных случаях заражения.</p>	<p>Эффективные профилактические программы проводятся в ограниченных масштабах, в основном НПО, несмотря на их ограниченный потенциал, недостаточные финансовые средства и ограниченную поддержку со стороны политиков и общественности.</p>
		<p>Другие аспекты антиретровирусной терапии, которые необходимо учитывать.</p>	<p>Численность населения, нуждающегося в лечении, и необходимость достаточной нагрузки для врачей.</p> <p>Размеры страны и другие географические факторы, например, транспортная инфраструктура.</p>		



## 1. ВВЕДЕНИЕ И ОСНОВНЫЕ СВЕДЕНИЯ

По оценкам, проведенным Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), в 2004 г. в странах Евразийского региона насчитывалось 1,4 млн человек, живущих с ВИЧ/СПИДом. За тот же период от этого заболевания умерло около 60 тысяч человек (UNAIDS/WHO, 2004). Несмотря на значительные успехи, мероприятия по борьбе с ВИЧ/СПИДом по-прежнему слишком ограничены и не оказывают реального воздействия на эпидемию. Так, в 2004 г., по оценкам ЮНЭЙДС/ВОЗ, охват эффективными профилактическими услугами составил всего 10% работников коммерческого секса, 4% мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, и менее 8% потребителей инъекционных наркотиков, а антиретровирусную терапию получили всего 11% нуждающихся (UNAIDS/WHO, 2004). Решение проблемы ВИЧ/СПИДа является одним из приоритетов Правительства США и Агентства США по Международному развитию (АМР США), однако средства, которыми располагает данный регион, ограничены, их становится все меньше. Поэтому необходимо стратегическое использование средств для привлечения дополнительных ресурсов.

Образованный в 2002 г. Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией предоставляет значительные финансовые средства для противодействия ВИЧ/СПИДу в данном регионе. В ходе первых пяти раундов своей деятельности Глобальный фонд предоставил до 717 миллионов долларов<sup>2</sup> для финансирования деятельности в регионе, при этом около 73% этих средств было направлено на борьбу с ВИЧ/СПИДом (Global Fund, 2005f). Недавно Глобальный фонд объявил решения по пятому раунду приема заявок (Global Fund, 2005g, 2005h). Впервые в списке направлений возможного финансирования появился отдельный пункт – «укрепление систем здравоохранения» (УСЗ) (Global Fund, 2005e)<sup>3</sup>, что соответствует приоритетам Правительства США в целом и предложенному Президентом «Чрезвычайному плану борьбы со СПИДом» в частности, в котором признается необходимость укрепления систем здравоохранения (Synergy Project, 2005).

Данный доклад представляет собой результат работы, профинансированной Бюро по Европе и Евразии АМР США через проект «Синергия». Основное внимание в докладе уделяется тому, каким образом ресурсы Глобального фонда можно использовать для устранения основных недостатков системы здравоохранения, препятствующих тиражированию эффективных программ борьбы с ВИЧ/СПИДом в Евразийском регионе.

## 2. МЕТОДИКА

Подробное описание методики, которая применялась в данной работе, содержится в документе с описанием объема работы (приложение D; Synergy Project, 2005). В рамках проекта «Синергия» была сформирована группа из двух международных консультантов, имеющих опыт работы в таких областях, как системы здравоохранения и ВИЧ/СПИД. В октябре-декабре 2005 г. они посетили Кыргызстан, Таджикистан и Украину. Их задача заключалась в том, чтобы посетить три страны, в которых укрепление национальных систем здравоохранения находится на разных этапах. Во время пребывания в стране консультанты занимались в основном проведением групповых и индивидуальных собеседований с основными информантами. Консультанты посетили несколько объектов, что позволило им непосредственно ознакомиться с деятельностью по проекту. Кроме того, консультанты посетили представительство Глобального фонда в Женеве, чтобы обсудить с его сотрудниками планы работы. Они опросили лично или по телефону нескольких международных экспертов в области УСЗ и ВИЧ/СПИДа. Полный перечень опрошенных представлен в приложении А. Кроме того, консультанты изучили имеющуюся литературу и базу данных ресурсного центра «Партнеры за реформу здравоохранения». Перечень всех изученных документов содержится в приложении В. Миссиям АМР США в регионах была направлена краткая анкета,

<sup>2</sup> Эту сумму Глобальный фонд называет «текущим бюджетом», т.е. это максимальная сумма для финансирования предлагаемой деятельности. Она может быть предоставлена на срок до пяти лет. После утверждения заявки Глобальный фонд заключает соглашение о начальном финансировании на первые два года. Выплата дальнейших средств в размере, равном максимальной сумме, зависит от результатов работы по гранту и по программе и требует подачи заявки на дальнейшее финансирование.

<sup>3</sup> Глобальный фонд утвердил 3 из 30 заявок на финансирование УСЗ, представленных в ходе Пятого раунда.

предназначенная для выявления причин, по которым страны не подавали заявку на финансирование УСЗ в ходе пятого раунда.

Исследование такого рода неизбежно имеет некоторые ограничения. Ограничено время, что означает невозможность посетить многие мероприятия или провести собеседования за пределами столиц. Участники собеседований были в основном – в первую очередь в Таджикистане – рекомендованы сотрудниками АМР США. Собеседования проводились на английском языке, а это означает, что некоторым участникам приходилось разговаривать через переводчика. Возникло несколько организационных проблем, особенно в Таджикистане, вследствие задержки и отмены рейсов. Посещение Украины совпало с празднованием Всемирного дня борьбы со СПИДом, то есть оказалось невозможным провести собеседования со всеми намеченными информантами.

### 3. ЧТО ТАКОЕ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Всемирная организация здравоохранения дает очень широкое определение системы здравоохранения как *всех мероприятий, направленных на обеспечение, восстановление или сохранение здоровья* (WHO, 2000). Однако респонденты были склонны использовать этот термин в гораздо более узком значении, считая понятия «система здравоохранения», «сектор здравоохранения» и «услуга (услуги) здравоохранения» взаимозаменяемыми. В частности, в странах Евразийского региона, говоря о системе здравоохранения, люди ограничиваются формальными услугами здравоохранения, которые предоставляет государство. В приложении G показаны различия между официальными определениями системы здравоохранения и обычным использованием этого понятия в регионе. Для целей настоящего исследования мы использовали широкое определение, которое ВОЗ применяет, говоря о системах здравоохранения. Поэтому в данном исследовании учитываются все услуги, программы и мероприятия, касающиеся в первую очередь здоровья и предлагаемые всяческими организациями, в том числе неправительственными организациями (НПО) и различными министерствами.

### 4. УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В самом общем плане УСЗ включает всё, что способствует повышению эффективности мероприятий в рамках системы здравоохранения, однако существующие официальные определения предполагают более узкую нацеленность на более формальные услуги здравоохранения. Например, сеть «Укрепление систем здравоохранения» (Health Systems Action Network)<sup>4</sup> определяет задачу УСЗ как стремление обеспечить *фиксируемое количественными показателями повышение эффективности работы отдельных лиц и организаций, которые оказывают поддержку в предоставлении всех услуг здравоохранения* (Health Systems Action Network, 2005).

Кроме того, некоторые авторы разграничивают УСС и реформу здравоохранения на том основании, что реформа здравоохранения включает в себя изменение политики в области здравоохранения, а УСЗ не включает (Arias et al., 2004). Однако в настоящем документе термин «укрепление системы здравоохранения» используется применительно ко всей работе, включая такие учреждения, где явно или неявно происходят существенные изменения политики в отношении здравоохранения.

Для классификации компонентов УСЗ используются разные системы (например, Emrey, 2005). В данном документе мы используем некоторую модификацию системы, предложенной рабочей группой АМР США Государственному департаменту США для применения в Глобальном фонде<sup>5</sup>. УСЗ разделяется на шесть категорий: управление, финансирование, организация снабжения лекарственными препаратами и товарами медицинского назначения, управление человеческими

<sup>4</sup> Более подробную информацию см. на сайте <http://www.hsanet.org/>

<sup>5</sup> Ф. Данкан (F. Duncan) в личной беседе. Изменение заключается в объединении двух категорий в основном для того, чтобы избежать отделения надзора от мониторинга и оценки, которые считаются неразрывно связанными в части эффективного реагирования на концентрированную эпидемию ВИЧ/СПИДа. Две объединенные категории это информационные системы, мониторинг, оценка и функции общественного здравоохранения: надзор, профилактика и работа с населением.

ресурсами, медицинское обслуживание и контроль состояния здоровья и заболеваний<sup>6</sup>. Эти категории используются в качестве аналитического инструмента во всем документе.

## **5. УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЕВРАЗИЙСКОМ РЕГИОНЕ**

Для понимания того, что необходимо для укрепления системы здравоохранения в регионе, требуется понимание советской системы здравоохранения. Ее краткое описание содержится в приложении Н. Без этой информации можно прийти к неверному определению потребностей данного региона, исходя из ситуации в других регионах (например, в Африке и Азии), где в большинстве случаев отсутствуют медицинские учреждения, и нет или почти нет работников здравоохранения (Friedman 2005).

Из-за наличия в данном регионе сложившейся еще в советское время системы здравоохранения основная работа по УСЗ была сосредоточена здесь на реформировании этой системы. За последние 15 лет международные агентства по развитию предоставили странам Евразийского региона значительные средства для этой цели. Эти средства служили для поддержки программ по широкому кругу компонентов систем здравоохранения, к числу которых относятся управление, государственно-частные партнерства, политика в области здравоохранения, менеджмент, организация (в том числе, передача функций и децентрализация), финансирование (в том числе, системы оплаты труда работников учреждений здравоохранения), снабжение (в том числе, рациональное использование лекарственных препаратов), развитие первичной медицинской помощи и семейной медицины, структурная перестройка и модернизация, повышение качества, общественное здравоохранение, информационные системы, развитие человеческих ресурсов (на всех уровнях), приватизация, развитие НПО.

К числу наиболее успешных программ в этой области относятся «ЗдравРеформа», «ЗдравПлюс» и «ЗдравПлюс II» в Центральной Азии. Если говорить коротко, то программа «ЗдравРеформа» послужила движущей силой перемен в старой системе; «ЗдравПлюс» способствовала распространению реформы первичной медицинской помощи в географическом и программном плане; действующая в настоящее время программа «ЗдравПлюс II» направлена на укрепление и институционализацию отдельных услуг здравоохранения и распространение программ на такие области, как общественное здравоохранение и медицинское образование. АМР и другие партнеры по развитию выполняют аналогичные программы, основанные на нескольких или всех указанных принципах, в Албании, Армении, Азербайджане, Грузии и Румынии.

### **5.1. ПРИМЕРЫ КОНКРЕТНЫХ СТРАН**

Ниже дается краткое описание основных систем здравоохранения и вопросов реформы здравоохранения в Кыргызстане, Таджикистане и на Украине<sup>7</sup>. Более подробное изложение этих вопросов представлено в приложении Е.

#### **5.1.1. КЫРГЫЗСТАН**

Проводимая в Кыргызстане реформа здравоохранения представляет собой в целом положительно оцененный пример реформ в странах Евразийского региона<sup>8</sup>, поскольку эта работа проводилась в сложных условиях политического и экономического перехода и жесткого экономического давления. В 1996 г. при поддержке международных доноров Кыргызстан начал проведение комплексной десятилетней программы реформирования сектора здравоохранения, которая увенчалась рядом серьезных успехов. Была перестроена система первичной медицинской помощи, осуществлена значительная перестройка и модернизация избыточного больничного фонда. Эти фундаментальные изменения в структуре медицинского обслуживания были обусловлены изменением финансирования здравоохранения, в том числе созданием Фонда обязательного меди-

<sup>6</sup> Названия были несколько изменены ради краткости.

<sup>7</sup> Данный материал в значительной степени представляет собой обобщение публикаций Европейской обсерватории по системам здравоохранения (Европейской обсерватории по системам здравоохранения, 2000a, 2000b; 2004; 2005).

<sup>8</sup> Вместе с тем Бюро АМР США по Центральной Азии (USAID/CAR) считает успех недостаточно прочным вследствие нестабильности ситуации.

цинского страхования как единого плательщика, в котором было сосредоточено все государственное финансирование здравоохранения, а также введением новых систем оплаты труда работников учреждений здравоохранения. В медицинском обслуживании была введена семейная медицина, разрабатываются и применяются новые рекомендации по научно обоснованной клинической практике, создан орган по аккредитации медицинских учреждений, вводятся другие способы обеспечения качества и повышения эффективности медицинского обслуживания, разрабатываются программы в приоритетных областях, например в области охраны материнства и детства. Население стало принимать гораздо больше участия в вопросах здоровья благодаря просветительским программам и созданию сельских комитетов по охране здоровья. Однако многое еще предстоит сделать. Следующий этап реформы здравоохранения пройдет в рамках недавно утвержденного плана реформы здравоохранения «Манас Таалими» на 2005-2010 г.г., который доноры поддерживают при помощи впервые реализованного в Содружестве независимых государств общесекторального подхода. Помимо институционализации действующих реформ в число вопросов следующего поколения реформ входят укрепление системы общественного здравоохранения (т.е. Санитарно-эпидемиологической службы – СЭС), реформа медицинского образования, объединение и укрепление систем борьбы с инфекционными заболеваниями, передающимися вертикальным путем. Необходимо продолжать и совершенствовать работу по прекращению распространения инфекционных заболеваний, в частности туберкулеза, малярии и ВИЧ-инфекции, а населению нужно настоятельно рекомендовать более ответственно относиться к собственному здоровью.

#### **5.1.2. ТАДЖИКИСТАН**

Система здравоохранения в Таджикистане в постсоветский период очень сильно пострадала вследствие гражданской войны, коллапса экономики и резкого сокращения финансирования здравоохранения. Таким образом, проведение реформы здравоохранения обусловлено в значительной мере темпами восстановления экономики страны, однако ключевые реформы уже начаты, хотя до сих пор они ограничивались в основном работой по формированию политики в области здравоохранения. Необходимо привлекать дополнительные источники финансирования здравоохранения, хотя до восстановления экономики одной из долгосрочных задач останется, вероятнее всего, развитие медицинского страхования. Министерство здравоохранения стало уделять больше внимания реформированию сектора здравоохранения. Оно приступило к сокращению избыточного коечного фонда и осуществляет переход от подготовки врачей по специальностям к подготовке семейных врачей. Изучаются новые формы оплаты медицинского обслуживания и оплаты труда работников здравоохранения для содействия внедрению более эффективной и ресурсосберегающей практики. Руководители Таджикистана хотят сохранить положительные особенности национальной системы здравоохранения, в частности хорошо развитую сеть медицинских учреждений, и соединить их с новыми механизмами финансирования и управления, предназначенными для более качественного использования ресурсов. Таджикистан поздно начал проведение реформ, но добивается значительных успехов после многих лет войны, разрухи и ухудшения состояния здоровья населения.

#### **5.1.3. УКРАИНА**

Основные принципы медицинского обслуживания на Украине мало изменились после получения независимости, и почти вся система по-прежнему работает по модели Семашко<sup>9</sup>, в которой ресурсы распределялись исходя из нагрузки (количество коек, количество посещений). В последние 15 лет на Украине усиленно дебатировался вопрос об оптимальных подходах к развитию системы первичной медицинской помощи, в том числе посредством перехода к модели, основанной на принципах семейной медицины (общей практики). Однако отсутствие четкой национальной политики в отношении развития первичной медицинской помощи тормозило ход реформ и сохраняло существующее положение дел. На Украине по-прежнему отсутствует единая долгосрочная программа реформирования национальной системы здравоохранения.

---

<sup>9</sup> По имени Н.А. Семашко, народного комиссара по здравоохранению в 1918-1939 г.г.

4 Укрепление систем здравоохранения в целях совершенствования программ борьбы с ВИЧ/СПИДом в Евразийском регионе за счет использования ресурсов Глобального фонда

Последующие попытки провести реформу были в основном эпизодическими и непоследовательными и не смогли привести к фундаментальному переустройству системы здравоохранения. Вместе с тем эксперты, политики и граждане стали все яснее осознавать, что острые проблемы системы здравоохранения обусловлены не только дефицитом средств, но и неэффективностью финансирования, планирования и регулирования. Поэтому, несмотря на множество проблем, некоторые реформы в ограниченном объеме все же представляются возможными.

## 6. НЕДОСТАТКИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В странах Евразийского региона можно выделить несколько общих недостатков системы здравоохранения, препятствующих борьбе с ВИЧ/СПИДом в общенациональном масштабе, хотя в разных странах эти недостатки распространены в разной степени. Вследствие этих недостатков охват основными услугами по борьбе с ВИЧ/СПИДом остается на низком уровне. Так, в 2004 г., по оценкам ЮНЭЙДС/ВОЗ, охват эффективными профилактическими услугами составил всего 10% работников коммерческого секса, 4% мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, и менее 8% потребителей инъекционных наркотиков, а антиретровирусную терапию получили всего 11% нуждающихся (UNAIDS/WHO, 2004). В данном документе сначала рассмотрены три недостатка общего характера, а затем три недостатка в конкретных направлениях (см. рис. 3)

### 6.1. НЕДОСТАТКИ КОНЦЕПТУАЛЬНОГО ПЛАНА

Во-первых, *отсутствует умение четко разграничить разные виды эпидемии ВИЧ/СПИДа* (например, равномерную и очаговую) и разработать соответствующую программу (см. приложение С; Birgows and Sharma, 2005). В данном регионе эпидемия концентрирована в уязвимых группах населения, однако при разработке программ опираются преимущественно на опыт, полученный в борьбе с равномерно распределенной эпидемией. В результате ресурсы отвлекаются из тех направлений, в которых они наиболее нужны. Например, программы целевой профилактической работы в наиболее уязвимых группах (потребители инъекционных наркотиков, работники коммерческого секса, мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами) пересматриваются таким образом, что превращаются в размытые и нецелевые программы по работе с населением в целом. Хотя многие страны данного региона заявляют, что целенаправленно работают именно с уязвимыми группами, во врезке 1 приводятся некоторые простые критерии, позволяющие оценить справедливость таких заявлений. Этого не делает ни одна страна в данном регионе.

#### **Врезка 1. Свидетельства надлежащей реакции на концентрированную эпидемию ВИЧ/СПИДа**

Биоповеденческое обследование проводится не реже одного раза в два года среди работников коммерческого секса, потребителей инъекционных наркотиков, мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, а также заключенных, и используется в качестве основы для ответных мероприятий в масштабах страны.

Ресурсы для профилактической работы выделяются пропорционально уровню поражения конкретных групп населения. Например, если 70% ВИЧ-инфицированных принадлежат к потребителям инъекционных наркотиков, то более 70% выделяемых на профилактическую работу ресурсов должны быть предназначены для мероприятий в этой группе населения.

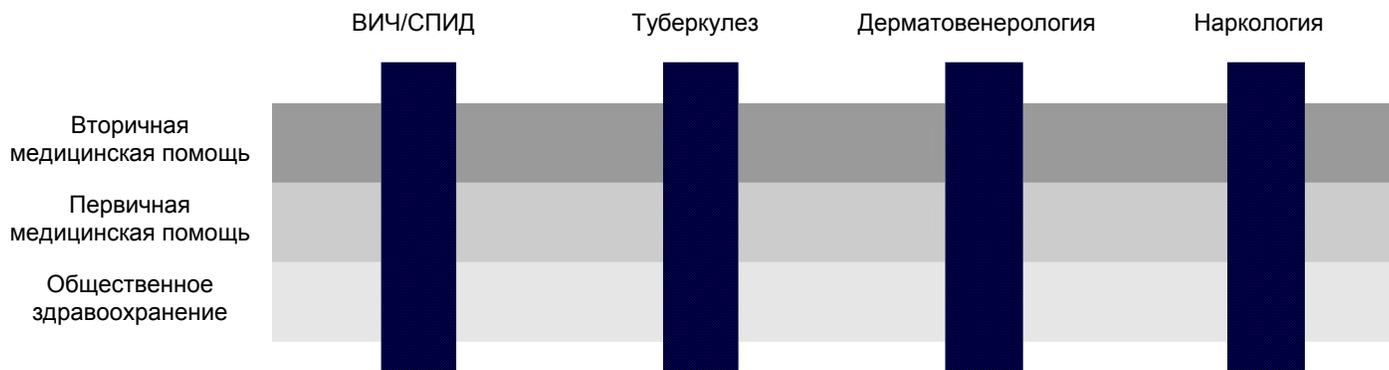
Охват проверенными и доказавшими свою эффективность программами таких групп населения превышает 60% (USAID et al., 2004).

**Рис. 3. Недостатки систем здравоохранения стран Евразийского региона, препятствующие разработке эффективных программ борьбы с ВИЧ/СПИДом**

<p><b>Недостатки концептуального характера</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Неумение четко разграничить разные виды эпидемии ВИЧ/СПИДа;</li> <li>• Очень узкая концептуализация системы здравоохранения;</li> <li>• Упрощенный подход к понятиям «вертикальная» и «горизонтальная» программа;</li> </ul>
<p><b>Управление</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Возможное отсутствие или неустойчивость руководства;</li> <li>• Слабая и несогласованная координация работы разных ведомств;</li> <li>• Проблемы стиля руководства;</li> <li>• Отсутствие единой политики и нормативно-правовой базы;</li> <li>• Слабые возможности для анализа и планирования.</li> </ul>
<p><b>Финансирование</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Низкий уровень финансирования здравоохранения;</li> <li>• Неоправданно сложные и не отвечающие современным требованиям механизмы;</li> <li>• Несогласованность финансовой поддержки разных частей системы здравоохранения;</li> <li>• Сильная зависимость от форм официальной и неофициальной оплаты наличными средствами;</li> <li>• Сложность получения информации о средствах, израсходованных на здравоохранение и борьбу с ВИЧ/СПИДом;</li> <li>• Ограниченные возможности страны по освоению средств.</li> </ul>
<p><b>Организация снабжения лекарственными препаратами и товарами медицинского назначения</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дефицит товаров медицинского назначения или перебои в их поставках;</li> <li>• Сомнительные механизмы государственных закупок;</li> <li>• Проблемы, связанные с распределением лекарственных средств и других товаров медицинского назначения.</li> </ul>
<p><b>Управление человеческими ресурсами</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оплата труда в государственном здравоохранении, как правило, очень низка;</li> <li>• Советские системы здравоохранения отличались жесткой иерархией, в которой наивысшее положение занимали врачи;</li> <li>• Широко распространенная стигматизация людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и других уязвимых групп со стороны медицинского персонала.</li> </ul>
<p><b>Медицинское обслуживание</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наследие советской системы здравоохранения;</li> <li>• Реформы – сложный и длительный процесс.</li> </ul>
<p><b>Контроль состояния здоровья и заболеваний</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Негибкая и неполная система отчетности по ВИЧ/СПИДу;</li> <li>• Данные обследований редко используются в качестве основы для организации ответных мер по борьбе с ВИЧ/СПИДом в регионе;</li> <li>• Основные учреждения здравоохранения, например СЭС, в значительной степени отстранены от процесса сбора и анализа данных об основных вопросах общественного здравоохранения, касающихся данного региона;</li> <li>• Затруднительно получить информацию об объеме средств, расходуемых в общенациональном масштабе на здравоохранение в целом и на программу борьбы с ВИЧ/СПИДом.</li> </ul>

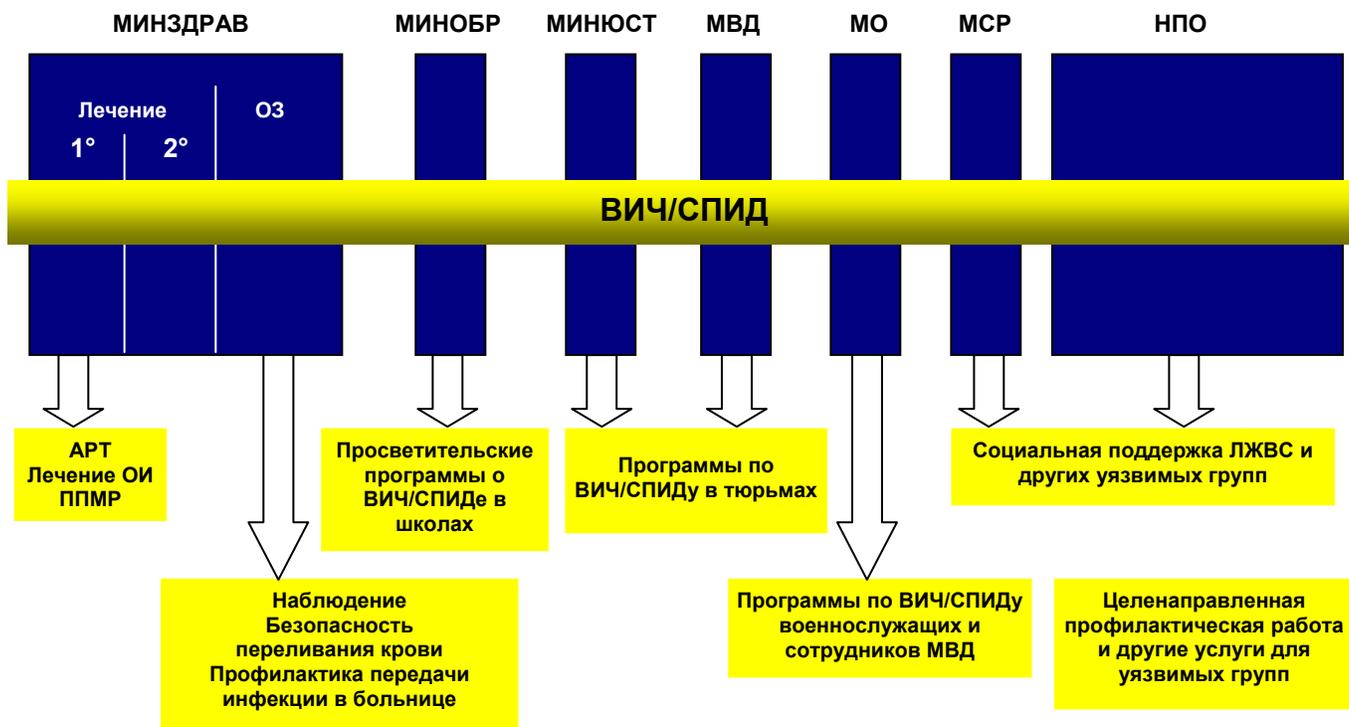
В-третьих, существует тенденция к пропаганде *чрезмерно упрощенных понятий горизонтальных и вертикальных программ*. Советская система здравоохранения признана слишком фрагментированной и вертикально организованной. Вместо организации обслуживания на таких основных уровнях, как первичная медицинская помощь, вторичная медицинская помощь в больницах общего профиля, общественное здравоохранение и т.п., медицинские учреждения занимались конкретными заболеваниями и были построены по принципу узкой специализации (например, дерматовенерология, туберкулез, ВИЧ/СПИД, наркология и т.д.). Такие специализированные медицинские учреждения занимались всеми функциями на всех уровнях (рис. 4).

**Рис. 4. Вертикальность советской системы здравоохранения**



Совершенно очевидно, что целесообразно объединить эти службы в горизонтальной структуре. Это является одной из основных целей программ реформирования здравоохранения в регионе. Однако в этой работе существует несколько проблем. Во-первых, такое объединение ограничено преимущественно сферой здравоохранения, а в частности – государственными медицинскими службами, которые представляют собой вертикальные структуры, неспособные обеспечивать все необходимые услуги, связанные с ВИЧ-инфекцией (рис. 5). Было бы целесообразно объединить те услуги, с которыми может полностью справиться сектор здравоохранения (например, лабораторные), однако нереально ожидать, что даже объединенный сектор общественного здравоохранения будет в состоянии оказывать все услуги, необходимые для эффективного противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа.

**Рис. 5. ВИЧ/СПИД как «горизонтальная», многосторонняя межотраслевая проблема \***



\* Аббревиатуры: АРТ – антиретровирусная терапия; ОЗ – Общественное здравоохранение; МО – Министерство обороны; Минобр – Министерство образования; Минздрав – Министерство здравоохранения; МВД – Министерство внутренних дел; Минюст – Министерство юстиции; МСР – Министерство социальной работы; ОИ – оппортунистические инфекции; ППМР – профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку; ЛЖВС – люди, живущие с ВИЧ/СПИДом.

Кроме того, службы (услуги), которые на первый взгляд представляются объединенными, могут сами оказаться новыми вертикальными структурами. Например, в Кыргызстане оздоровительными мероприятиями занимаются не работники учреждений первичной медицинской помощи общего профиля, которые слишком загружены другой работой, а сеть оздоровительных центров, созданных как самостоятельная структура здравоохранения, не зависящая от СЭС. Хотя пропаганда здорового образа жизни, несомненно, заслуживает одобрения, такая система имеет много общего с системой специализированных учреждений, для расформирования которой прилагаются столь серьезные усилия.

## **6.2. УПРАВЛЕНИЕ**

Несколько респондентов указали на проблемы управления и руководства как на основные препятствия, не позволяющие национальным системам здравоохранения эффективно реагировать на ВИЧ/СПИД. Во-первых, *руководство может отсутствовать или быть крайне неустойчивым*. Например, когда авторы настоящего доклада посетили Украину, работа правительства была приостановлена, а многие министры и их заместители были отправлены в отставку, в том числе заместитель министра, который занимался вопросами ВИЧ/СПИДа. Была создана должность заместителя министра по вопросам ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и наркологии, однако она до сих пор остается вакантной. Любое назначение может быть кратковременным, учитывая, что парламентские выборы запланированы на март 2006 г.

Во-вторых, *координация работы разных ведомств может быть слабой и несогласованной*. Например, проведенное в 2005 г. на Украине исследование (Министерство здравоохранения, ДМР, ЮНЭЙДС, 2005) документально подтвердило существование нескольких организаций, которые занимались координацией работы по ВИЧ/СПИДу. После опубликования настоящего доклада был образован Национальный координационный совет Украины. Однако этот орган не провел ни одного заседания, так как заместитель министра, ответственный за его формирование, был отправлен в отставку. Несмотря на широкую поддержку концепции единого украинского органа, координирующего работу по ВИЧ/СПИДу, существуют разные мнения относительно того, какое отношение он должен иметь к работе по другим направлениям, в частности по туберкулезу, злоупотреблению наркотиками и др.

В-третьих, существуют *проблемы стиля руководства*. Одним из основных наследий советского периода является крайне централизованный и иерархический подход к управлению, особенно в государственных структурах. Например, советская система государственных приказов по-прежнему преобладает почти повсеместно. Органы, ответственные за конкретное направление, зачастую считают, что их роль – отдавать команды и осуществлять контроль, а не облегчать работу и координировать ее в рамках более коллегиального руководства – стиля, к которому стремятся международные организации и НПО. Так, респонденты в государственных органах Таджикистана заявили, что хотят усиления государственного контроля над процессами координирования работы, проведением конкурсов и организацией снабжения.

В-четвертых, *политика и нормативно-правовая база*, регулирующие выполнение программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом, зачастую не соответствуют современным требованиям. В некоторых случаях соответствующая политика просто отсутствует, в других же случаях существующая политика может препятствовать проведению надлежащих мероприятий, например, НПО может быть запрещено оказывать некоторые услуги.

Наконец, у стран может отсутствовать соответствующий *потенциал анализа и планирования*. Об этом свидетельствует, например, степень поддержки, которая потребовалась страновым координационным комитетам (СКК) для подготовки успешных заявок на гранты. Судя по всему, потенциал анализа и планирования может быть еще меньше в вопросах, касающихся систем здравоохранения, чем в вопросах конкретного заболевания – ВИЧ/СПИДа и туберкулеза.

## **6.3. ФИНАНСИРОВАНИЕ**

Препятствиями для эффективной борьбы с распространением ВИЧ/СПИДа являются некоторые вопросы финансирования. Первое такое препятствие – *уровень общего финансирования здра-*

воохранения и борьбы с ВИЧ/СПИДом. Во всем регионе этот уровень низок, а в некоторых странах (например, в Таджикистане) очень низок и еще больше упал после распада СССР. В 1990-1998 г.г. расходы на здравоохранение на душу населения сократились с 69 до двух с половиной долларов (European Observatory on Health Care Systems, 2000b).

Во-вторых, механизмы финансирования могут быть *чрезмерно усложненными и не отвечающими современным требованиям*, например, на Украине (Lekhan and Rudiy, 2005). В частности, в советской системе:

- непропорциональный объем средств направлялся на финансирование систем медицинской помощи второго и третьего уровня исходя из размеров учреждения в целом и, в частности, коечного фонда. В результате для этой системы характерны избыточный коечный фонд и необоснованная госпитализация;
- административное направление ресурсов не на улучшение состояния здоровья населения, а на сохранение медицинских учреждений;
- использование системы финансирования из нескольких источников, при которой одни услуги финансируются из государственного бюджета, а другие – из муниципального. Это необоснованно сложный процесс, результатом которого является неравномерность обслуживания;
- наличие многочисленных параллельных механизмов финансирования, в рамках которых средства направляются на финансирование специализированной, а не общей и первичной медицинской помощи.

Эти особенности имели конкретные последствия, в том числе рост огромных и недозагруженных больниц, которые оказывали медицинскую помощь второго и третьего уровня, отсутствие основных услуг и сосредоточение власти в руках заведующих специализированными отделениями.

Кроме того, в некоторых странах, особенно в Центральной Азии, доноры предоставляли *несогласованную финансовую поддержку отдельным частям системы здравоохранения*. Во многих случаях это создавало дополнительные параллельные механизмы финансирования. Существуют проблемы координирования средств доноров и программ, финансируемых из национального бюджета, а также координирования самих донорских программ.

Во многих областях региона широко процветает наличная – *как официальная, так и неофициальная* – оплата медицинских услуг. Так, недавно проведенное на Украине исследование показало: население чаще оплачивает лекарство, чем государство, несмотря на положение Конституции, в соответствии с которым здравоохранение должно быть бесплатным. Это заставляет бедных и маргинализованных граждан отказываться от медицинских услуг совсем или пользоваться ими несвоевременно.

Кроме того, могут возникать *затруднения в получении информации об объеме средств, расходуемых на здравоохранение* в масштабах страны в целом и, в частности, на программы борьбы с ВИЧ/СПИДом. Ни одна страна в регионе не ведет на систематической основе национальных счетов по учету средств для борьбы с ВИЧ/СПИДом. Государства часто указывают объем предусмотренных в бюджете средств на национальную программу борьбы со СПИДом, но редко сообщают о фактически израсходованных суммах. Кроме того, национальная программа борьбы со СПИДом не включает все меры по противодействию СПИДу, принимаемые в стране.

Наконец, *страны могут быть не в состоянии освоить средства*, предоставляемые им международными агентствами. Например, по крайней мере два года назад Всемирный банк предоставил Украине крупный заем на развитие услуг для больных ВИЧ/СПИДом, однако основная часть этих средств не освоена, так как страна не в состоянии организовать закупки товаров и услуг в соответствии с требованиями Всемирного банка.

#### **6.4. ОРГАНИЗАЦИЯ СНАБЖЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ И ТОВАРАМИ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ**

Несмотря на то что теоретически существуют системы, обеспечивающие наличие бесплатных или недорогих лекарств и товаров медицинского назначения, эти системы зачастую нерабо-

тоспособны вследствие *дефицита товаров медицинского назначения или перебоев в их поставках*. Причины заключаются в отсутствии достаточного финансирования и в затягивании процессов закупок. В результате многие вынуждены приобретать необходимые им лекарства и медицинские товары, если те нужны своевременно или регулярно.

*Государственное снабжение* лекарственными средствами, оборудованием и другими товарами медицинского назначения представляет собой проблему во многих странах (Drew, 2005b). Цены чрезвычайно высоки, а процессы протекают крайне медленно. Существуют механизмы направленные на обеспечение должного качества приобретаемой продукции, однако эти механизмы слишком сложны и часто обходятся компаниями с помощью неофициальных выплат (например, для регистрации препарата или его включения в национальный реестр лекарственных препаратов). Поскольку компаниям приходится нести эти расходы, они вряд ли будут заинтересованы в работе на рынке, если этот рынок считается слишком маленьким или если бюрократические препоны слишком высоки. Чиновники, отвечающие за принятие решений по снабжению, часто получают низкую зарплату и подвергаются политическому давлению. Организации гражданского общества, которые должны следить за подотчетностью государственных органов, сформировались относительно недавно и пока довольно слабы. Однако в этом направлении были достигнуты и заметные успехи, например Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, привлекла внимание к высоким ценам, которые Министерство здравоохранения платит за антиретровирусные препараты (All-Ukrainian Network of People Living with HIV, 2005).

Кроме того, существуют проблемы, связанные с *распределением уже приобретенных лекарственных препаратов и других товаров медицинского назначения*. Так, очень сложно доставлять лекарственные препараты из одной области в другую. Управление поставками основано преимущественно на смете, то есть вместо проведения точной оценки фактического уровня потребления в предшествующие периоды, чиновники, которые занимаются снабжением, считают, что все приобретенные препараты будут использованы.

## **6.5. УПРАВЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ**

*Уровень оплаты труда в государственном секторе здравоохранения, как правило, очень низок*. Например, в Таджикистане месячный оклад врача в государственном учреждении составляет всего 5-10 долларов. В результате у врачей нет стимулов, они работают на нескольких ставках, отвлекаются на зарабатывание денег как в системе здравоохранения, так и в других областях, получают от пациентов деньги «в конвертах», происходит активная миграция из сельской местности в города, высока текучесть кадров.

В тех странах, которые добились успехов в проведении реформы здравоохранения, оклады медицинских работников увеличились благодаря использованию таких механизмов, как налогообложение, накопительная система и официальное софинансирование услуг пользователями. Так, в Кыргызстане оплата труда в период с 2001 по 2003 г.г. повысилась на 70-80% (анонимный источник b, без даты), но ее уровень остается низким.

Советская система медицинского обслуживания была *крайне иерархичной, при этом высшее положение в этой иерархии занимали врачи*, и во многих странах региона (например, на Украине) это наследие сохраняется. Медицинские сестры получают ограниченное образование, поэтому занимают низкое положение в иерархии, практически не ощущая себя профессионалами. Мало кто понимает необходимость существования профессиональных менеджеров (администраторов) на руководящем уровне и функции других категорий персонала, например, социальных работников. В результате ориентация сектора носит преимущественно биомедицинский характер, а основное внимание в нем уделяется оказанию лечебных услуг. Взаимодействие между врачами и пациентами строится по иерархическому принципу. Хотя в некоторых местах, где реформы дали положительные результаты (например, в Кыргызстане), ситуация изменилась – врачи вспоминают, как это было: «Посылали больных сдавать анализы, требовали результаты...» (Wolfe, 2005). В такой системе практически нет места для привлечения пациентов как конечных пользователей услуг к выбору и анализу услуги. Эта иерархия в основном сохранилась в регионе почти повсеместно, но начинает меняться по мере возникновения

в гражданском обществе таких сильных организаций пользователей медицинских услуг, как Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.

Поступает много сообщений о *стигматизации и дискриминации* людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и других уязвимых групп медицинским персоналом. Отчасти это обусловлено недостаточными знаниями о способах передачи инфекции и боязнью заразиться. Так, один респондент отметил: «В апреле этого года в больницу поступил человек, больной СПИДом. Он попросил сестру надевать перчатки, когда она будет делать ему инвазивные процедуры. Она не хотела этого делать. Он сказал, что у него положительная реакция на ВИЧ-инфекцию. Она всполошилась и позвонила в Министерство здравоохранения, так как не знала, что делать». Такая стигматизация и дискриминация со стороны медперсонала вызвана и другими причинами: описанной выше иерархией и осуждающим отношением к деятельности, связанной с передачей ВИЧ-инфекции, в частности к потреблению инъекционных наркотиков и коммерческому сексу. Один из респондентов заявил: «В родильный дом пришла на аборт беременная женщина. Врач не хотел делать аборт, но позвал всех студентов и медсестер на нее посмотреть – увидеть «позор» того, что происходит с нацией». В результате уязвимые люди не доверяют государственным медицинским учреждениям и избегают обращаться в них. Особую озабоченность вызывает мнение одного из респондентов о том, что почти на всех курсах для медицинских работников, стигматизация лишь закрепляется»<sup>10</sup>.

## 6.6. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Многие проблемы общественного здравоохранения связаны с наследием *советской системы здравоохранения* (см. приложение Н). Составляющими этого наследия являются следующие.

- Фрагментированные специализированные услуги, направленные на обеспечение медицинского обслуживания, а также медицинская помощь первичного и вторичного уровня в конкретных областях (см. рис. 4). Однако не все эти элементы существуют во всех странах (например, центры по борьбе с ВИЧ/СПИДом за пределами Советского Союза не создавались). Тем не менее, на большей территории региона эти структуры сохранились практически в неизменном виде, хотя некоторые были разрушены, например, дерматовенерология в ряде стран. Другие элементы были интегрированы в реформированную систему здравоохранения, так, например, произошло в Кыргызстане.
- Конкуренция между разными медицинскими службами. В частности, могут возникать споры по поводу того, кто должен заниматься лечением оппортунистических инфекций (пневмоцистной пневмонии и нелегочного туберкулеза) у людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Подходы разных служб могут существенно различаться. Так, на Украине респонденты отметили особую косность противотуберкулезной службы<sup>11</sup>.
- Избыток узких специалистов и нехватка медицинских работников общих специальностей (например, семейных врачей).
- Развитая инфраструктура, особенно госпитальная, которая включает стационары и лаборатории. Многие из них недостаточно загружены либо необоснованно заполнены людьми, которых можно лечить в амбулаторных условиях.
- Дефицит доверия к службам здравоохранения в целом и к отдельным службам в частности (например, к наркологии), которые считают тесно связанными с правоохранительными органами. Отсутствие доверия особенно затрагивает такие группы, наиболее уязвимые к ВИЧ-инфекции, как потребители инъекционных наркотиков.
- Неадекватная система общественного здравоохранения, которая фактически полностью отстранена от решения основных вопросов здравоохранения в стране. Основным органом

<sup>10</sup> Это общее замечание, которое не касается каких-либо конкретных курсов. Оно основано на высказываниях, вызванных страхом, негативных отзывах о представителях уязвимых групп, а также на том, что недостаточное внимание уделяется устранению отрицательного отношения, моделированию и пропаганде поддержки уязвимых групп.

<sup>11</sup> Ее характерные особенности: особый акцент на биомедицинской работе, в частности преувеличение роли врачей, госпитальной терапии и массированного использования лабораторных и рентгенологических исследований. На Украине сюда же входит противодействие принятию положений «Краткосрочного курса лечения под медицинским контролем» (ВОЗ, 2005) в качестве национальной стратегии борьбы с туберкулезом.

здравоохранения в постсоветских государствах является СЭС<sup>12</sup>. В Центральной Азии есть планы по реформированию этого ведомства и его реорганизации в современную систему общественного здравоохранения, но многие респонденты, особенно на Украине относятся к ним скептически. Один из них заметил: «Переориентировать СЭС на общественное здравоохранение совершенно невозможно. Она выполняет в основном полицейские функции».

- Услуги рассредоточены на большой территории, а это означает, что многим людям для получения некоторых услуг приходится ехать довольно далеко. Например, Центры по борьбе с ВИЧ-инфекцией в ряде случаев расположены далеко от жилых районов.

Подводя итоги, можно сказать: сектор здравоохранения в данном регионе хорошо развит и структурирован. Вместе с тем ему присущи жесткость и отсутствие индивидуального подхода к пациентам. Необходимо пропагандировать переориентацию на пациентов и их потребности<sup>13</sup>.

По общему мнению, система здравоохранения в регионе нуждается в реформировании, однако проведение реформ оказалось *сложным и длительным процессом*. Так, существующая на Украине система здравоохранения почти не изменилась со времен советской системы (European Observatory on Health Systems and Policies, 2004). Даже в тех странах, которые добились значительных успехов (например, в Кыргызстане) (European Observatory on Health Systems and Policies, 2005), реформа служб общественного здравоохранения идет особенно медленными темпами.

## **6.7. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ**

Система здравоохранения в регионе получает большие массивы данных, однако в системе медицинской информации в целом и в ее использовании для борьбы с ВИЧ/СПИДом в частности существуют серьезные проблемы. Во-первых, система отчетности по заболеваемости основана в значительной степени на *жесткой и неполной системе отчетности о случаях поражения ВИЧ/СПИДом*. Последняя используется в качестве основного источника официальных данных по ВИЧ/СПИДу, однако эти данные являются неполными и отражают в большей степени политику в отношении тестирования на ВИЧ-инфекцию, чем распространенность или частоту ВИЧ-инфекции. В регионе ведется работа по созданию фундаментальных систем биоповеденческого контроля в наиболее уязвимых группах населения, однако она находится в зачаточном состоянии. Пока не ясно, каким образом она будет систематизирована и продолжена.

Во-вторых, *данные, полученные в ходе обследований, редко используются в качестве основы для борьбы с ВИЧ/СПИДом в регионе*. Несмотря на надежные данные о концентрированном характере эпидемии ВИЧ/СПИДа, особенно среди потребителей инъекционных наркотиков, при разработке программ во многих странах это обстоятельство не учитывается. Напротив, мероприятия разрабатываются и проводятся на основе исходного предположения о том, что развивается либо неизбежно начнет развиваться в ближайшее время эпидемия, типичная для заболеваний, передающихся половым путем. Поэтому финансовые средства, выделяемые для целевых программ профилактической работы среди наиболее уязвимых групп, не соответствуют требованиям, а охват этих программ по-прежнему невысок и не может изменить ситуацию.

*Основные учреждения общественного здравоохранения в регионе, в частности СЭС, практически не принимают участия в сборе и анализе данных по главным проблемам общественного здравоохранения, затрагивающим регион*. В частности, мониторингом и эпидемиологическим наблюдением за распространением туберкулеза и ВИЧ/СПИДа могут заниматься не СЭС или аналогичное ведомство, а вертикальные структуры по туберкулезу и ВИЧ/СПИДу<sup>14</sup>.

<sup>12</sup> Ведомство такого рода существует и в большинстве восточноевропейских государств. Так, в Болгарии оно называется Санитарно-эпидемиологической инспекцией.

<sup>13</sup> Индивидуальный подход к пациентам выносит потребности и желания пациента на первый план при разработке и внедрении тех или иных систем. Так, если такой подход используется при обслуживании потребителей инъекционных наркотиков, то он может повлиять на время и место предоставления услуг, а также на их комплекс в конкретном учреждении. В рассматриваемом регионе для многих медицинских служб в настоящее время характерен индивидуальный подход к персоналу, так как в основе их структуры находятся потребности и желания персонала.

<sup>14</sup> Возможно, это утверждение в меньшей степени справедливо по отношению к Восточной Европе, чем к бывшим

Наконец, *затруднительно получить информацию об объеме средств, расходуемых* в масштабе страны на охрану здоровья в целом и на борьбу с ВИЧ/СПИДом в частности.

## **7. УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ГЛОБАЛЬНЫЙ ФОНД**

В данном разделе доклада рассматривается участие Глобального фонда в решении вопросов укрепления систем здравоохранения – сначала влияние деятельности Глобального фонда на систему здравоохранения в целом, затем конкретное влияние грантов на борьбу с ВИЧ/СПИДом в Кыргызстане, Таджикистане и Украине. После этого анализируются доводы в пользу более активного участия Глобального фонда в УСЗ и против него, а также рассматривается целесообразность УСЗ как самостоятельного компонента в дальнейших раундах Глобального фонда<sup>15</sup>. Раздел завершается анализом опыта нескольких стран, подавших заявки на грант для укрепления систем здравоохранения в ходе пятого раунда подачи заявок в Глобальный фонд.

### **7.1. ОЦЕНКА СИСТЕМНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ИЗ СРЕДСТВ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА**

Независимо от того, целенаправленно ли Глобальный фонд занимается укреплением систем здравоохранения, финансирование из его средств неизбежно даст системные результаты просто в силу его масштабов. В настоящее время общей оценкой системных результатов финансирования за счет средств Глобального фонда занимаются несколько программ. АМР США, Европейская Комиссия и другие доноры поддерживают Сеть исследований системного воздействия деятельности Фонда (СВФ) при помощи базы данных PHRplus (PHRplus, 2005; SWEF Research Network, 2005). Эта работа ведется в форме страновых исследований<sup>16</sup>, посвященных четырем тематическим направлениям: условия реализации политики, сочетание услуг государственного и частного здравоохранения, человеческие ресурсы и лекарственные препараты и товары медицинского назначения (Bennett and Fairbank, 2003). Частью работы по изучению СВФ является Global Fund Tracking Study, которое поддерживают Британский департамент международного развития и несколько других доноров (Brugha et al., 2005a, 2005b; London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2004; Starling et al., 2005) и в рамках которого проводятся четыре страновых исследования в Африке.<sup>17</sup> Результаты изучения СВФ были представлены на конференции, проведенной в ноябре 2004 г. в Вашингтоне (American Public Health Association, 2004; Brugha and Stillman, 2004; Schneider, 2004a, 2004b).

Глобальный фонд разработал несколько индикаторов для определения системного воздействия своей работы. Они охватывают три направления – устойчивость, дополнительность средств и партнерства (Global Fund, 2005i).

Собрана и другая актуальная информация о коллективном системном воздействии партнерств в области глобального здоровья (McKinsey and Company, 2005) и партнерств в других конкретных областях, в частности ГАВИ. Кроме того, другие организации собрали сведения о единичных системных воздействиях в конкретных странах (Friedman, 2005; Physicians for Human Rights, 2005).

### **7.2. В КАКОЙ СТЕПЕНИ УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ ФИНАНСИРУЕМЫХ ГЛОБАЛЬНЫМ ФОНДОМ ПРОГРАММ БОРЬБЫ С КОНКРЕТНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ?**

Для целей настоящего исследования используются в основном материалы программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом, проведенных в Кыргызстане, Таджикистане и на Украине.<sup>18</sup> Вместо анализа этих

---

республикам Советского Союза, так как там не создавались центры по борьбе с ВИЧ/СПИДом.

<sup>15</sup> Важно четко разграничить два вопроса. Первый касается принципиальной целесообразности использования финансовых средств Глобального фонда для укрепления систем здравоохранения, второй касается механизма (механизмов) такого использования.

<sup>16</sup> в Бенине, Камбодже, Эфиопии, Грузии, Мозамбике, Никарагуа, Танзании, Уганде и Замбии.

<sup>17</sup> в Мозамбике, Танзании, Уганде и Замбии.

<sup>18</sup> Кыргызстан, Таджикистан и Украина получили от Глобального фонда гранты на борьбу с ВИЧ/СПИДом, причем Таджикистан получил два гранта. Кроме того, Кыргызстану и Таджикистану предоставлены гранты на борьбу с туберкулезом, а в рамках Пятого раунда оба государства получили финансирование для борьбы с малярией.

вопросов по каждой стране в отдельности авторы доклада постарались проанализировать вопросы тематически по нескольким ключевым направлениям. Результаты представлены в схематическом виде на рис. 6.

**Рис. 6. Системные аспекты грантов Глобального фонда в странах Европы и Азии**

	<b>Направления финансирования</b>	<b>Проблемные направления</b>
<b>Управление</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Более активное участие организаций гражданского общества</li> <li>• Моделирование стилей коллегиального руководства</li> <li>• Содействие использованию многосекторального подхода</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ограниченные успехи в преодолении авторитарных стилей руководства</li> </ul>
<b>Финансирование</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Значительное дополнительное финансирование</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проблемы, связанные с устойчивостью</li> <li>• Создание параллельных механизмов финансирования</li> <li>• Игнорирование других значительных потребностей в охране здоровья</li> </ul>
<b>Организация снабжения лекарственными препаратами и товарами медицинского назначения</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Расширение номенклатуры предлагаемых средств, в частности антиретровирусных препаратов</li> <li>• Использование новых механизмов, в частности децентрализованных закупок</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Слабые национальные системы снабжения, особенно в части его своевременности</li> </ul>
<b>Управление человеческими ресурсами</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Организация обучения</li> <li>• Привлечение медицинских учреждений и групп пользователей, которые традиционно не принимали участия в процессе</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствие общенациональных стратегий применительно к человеческим ресурсам</li> <li>• Ограниченное внимание обучению до начала самостоятельной работы</li> <li>• Почти не уделяется внимания стимулированию и сохранению кадров</li> <li>• Очень сильная стигматизация и дискриминация в учреждениях и среди работников здравоохранения</li> <li>• Отвлечение персонала от других приоритетных областей</li> </ul>
<b>Медицинское обслуживание</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Приоритетное внимание необходимости обеспечить эффективные профилактические услуги группам населения, в наибольшей степени затронутым концентрированной эпидемией, в частности потребителям инъекционных наркотиков</li> <li>• Привлечение НПО</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Незначительные успехи в объединении услуг большим туберкулезом и ВИЧ/СПИДом; в некоторых случаях их отделение от других услуг осуществляется принудительно</li> <li>• Незначительные успехи в модернизации материальной инфраструктуры, в частности лабораторий</li> </ul>
<b>Общественное здравоохранение и эпидемиологический надзор</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поддержка официальными органами работы по развитию национальных систем мониторинга и оценки распространения ВИЧ/СПИДа</li> <li>• Приоритетное внимание финансированию эпидемиологического надзора 2-го поколения за ВИЧ/СПИДом</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ограниченные успехи в институционализации эпидемиологического надзора 2-го поколения за ВИЧ/СПИДом и озабоченность по поводу устойчивости этой работы</li> <li>• Озабоченность тем, что данные не используются как основа для принятия мер</li> </ul>

Одним из основных нововведений в регионе по инициативе Глобального фонда стало привлечение общественных организаций людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, в структуры управления национальными мероприятиями по борьбе с В/СПИДом через СКК или аналогичные органы.

Их привлечение неизбежно повлекло за собой пропаганду более коллегиального и недискриминационного стиля руководства вместо командно-административного стиля государственных органов. В этом направлении достигнуты определенные успехи (например, в Кыргызстане и на Украине), но успехи эти не очень значительны из-за глубоко укоренившегося отношения и практики.

Кроме того, Глобальный фонд настойчиво пропагандировал многосекторальный подход к управлению национальными мероприятиями по борьбе с ВИЧ/СПИДом и их объединение с работой по борьбе с туберкулезом и малярией. Он не всегда применялся наряду с более узкими и более традиционными подходами к управлению, который использовали официальные органы здравоохранения.

#### **7.2.2. ФИНАНСИРОВАНИЕ**

К концу Пятого раунда объем финансирования из средств Глобального фонда достигал 717 миллионов долларов, из которых около 73% были направлены на борьбу с ВИЧ/СПИДом (Global Fund, 2005f). Таким образом, финансирование охраны здоровья в регионе и работы по борьбе с тремя указанными заболеваниями значительно увеличилось. Однако существует озабоченность относительно характера этого финансирования в трех основных направлениях. Во-первых, неясно, каким образом работа будет продолжаться после израсходования грантов Глобального фонда. Этот вопрос особенно актуален для финансирования регулярного снабжения такими капитальными товарами, как лабораторное оборудование, а также для продолжения антивирусной терапии. Во-вторых, вызывает озабоченность создание альтернативных (параллельных) механизмов финансирования, в частности:

- a. использование системы ООН (для борьбы с ВИЧ/СПИДом) и международных НПО (для борьбы с туберкулезом) в Таджикистане из-за того, что в стране нет достаточного потенциала для управления этими средствами;
- b. привлечение международных НПО на Украине после приостановки грантов трем основным получателям;
- c. использование вертикально организованных институтов по борьбе с ВИЧ/СПИДом и туберкулезом в Кыргызстане. Есть опасения, что они пренебрегают вводимой в стране системой единого плательщика, которая направлена на создание общесекторального подхода (ОП). Однако, судя по всему, в Глобальный фонд никогда не поступали официальные просьбы об использовании его средств в рамках ОП или о параллельном финансировании общей стратегии реформы здравоохранения<sup>19</sup>.

В-третьих, возникают опасения по поводу того, что при финансировании борьбы с конкретными заболеваниями могут игнорироваться другие важные приоритеты в здравоохранении страны.

#### **7.2.3. ОРГАНИЗАЦИЯ СНАБЖЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ И ТОВАРАМИ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ**

Одно из основных требований эффективной системы здравоохранения заключается в том, чтобы важнейшие лекарственные препараты и товары медицинского назначения имелись в наличии и использовались надлежащим образом. Гранты Глобального фонда заметно способствовали выполнению этого требования, прежде всего в приобретении антиретровирусных препаратов на Украине. Однако необходимо решить несколько важных вопросов, не последним из которых является возможность для национальных систем снабжения обеспечить надежное управление финансовыми средствами таким образом, чтобы качественные товары приобретались по оптимальным ценам и вовремя. Традиционные механизмы снабжения оказались особенно неэффективными именно в части своевременности (SWEF Research Network, 2005). Глобальный фонд поддерживал введение новых механизмов в этих направлениях, в том числе децентрализованных закупок некоторых товаров медицинского назначения неправительственными организациями Украины (Drew, 2005b).

#### **7.2.4. УПРАВЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ**

В центре внимания многих программ, поддерживаемых Глобальным фондом, находились люди, оказывающие услуги, особенно образовательные. К числу новаций в обучении, внедренных при

---

<sup>19</sup> Глобальный фонд финансирует работу при помощи механизма ОП по крайней мере в одной стране (Мозамбике), поэтому в принципе нет оснований, препятствующих аналогичному финансированию в других странах.

поддержке Глобального фонда, относятся совместное обучение междисциплинарных групп применению антиретровирусной терапии. Кроме того, Глобальный фонд позволил странам впервые привлечь к оказанию ключевых услуг нетрадиционных работников здравоохранения, в том числе социальных работников, действующих в рамках НПО, и представителей групп потребителей этих услуг.

В то же время подаваемые в Глобальный фонд заявки содержат следующие общие недостатки:

- a. заявки разрабатываются при отсутствии общей стратегии управления человеческими ресурсами в системе здравоохранения и в секторе здравоохранения;
- b. в заявках меньше внимания уделяется обучению до начала самостоятельной работы, чем обучению на рабочем месте;
- c. в заявках в полном объеме не рассматриваются вопросы, связанные с мотивацией и сохранением кадров.

Кроме того, было высказано опасение, что средства Глобального фонда, выделяемые на борьбу с малярией, ВИЧ/СПИДом и туберкулезом, создают опасность отвлечения персонала от работы в других направлениях, а в системе здравоохранения появляется ценовой разрыв (Bennett and Fairbank, 2003).

Одним из ключевых вопросов является вопрос дискриминации людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и других уязвимых групп населения медицинским персоналом. Благодаря грантам Глобального фонда в решении этого вопроса были достигнуты некоторые успехи, но только в относительно небольшом масштабе, на местном уровне.

#### **7.2.5. МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ**

Несмотря на некоторые успехи, достигнутые на местном уровне в развитии сотрудничества медицинских работников разных специальностей (например, специалистов по туберкулезу и ВИЧ/СПИДу; наркологов и специалистов по ВИЧ/СПИДу), эти успехи относительно ограничены. В Кыргызстане предоставление средств Глобального фонда еще больше расширило разрыв между службами, работающими с больными туберкулезом и ВИЧ/СПИДом.

Одной из основных заслуг Глобального фонда стала более четкая ориентация на разработку эффективных моделей для программ профилактики ВИЧ/СПИДа в регионе, учитывая концентрированный характер эпидемии. В частности:

- a. сосредоточение работы на наиболее уязвимых группах населения, особенно потребителях инъекционных наркотиков, секс-работниках, мужчинах, занимающихся сексом с мужчинами, и заключенных;
- b. переход от традиционных подходов, для которых было характерно главенство специалистов, дидактичность и опора на знания, к новаторским методам, основанным на руководящей роли лиц одного круга и участии всех заинтересованных сторон;
- c. включение методов коммуникации в комплексные научно обоснованные подходы.

Эти компоненты требуют распространения более нетрадиционных подходов к оздоровлению населения в рамках всего сектора здравоохранения.

Кроме того, Глобальный фонд оказал поддержку в изменении состава услуг, предоставляемых государственными и частными учреждениями, в первую очередь за счет привлечения НПО в качестве основных участников процесса. Сделать это было нелегко из-за того, что до недавнего времени в здравоохранении полностью доминировали государственные структуры. В результате потенциал НПО невелик, а механизмы сотрудничества между государственными учреждениями и НПО (в том числе механизмы финансирования) развиты очень слабо. Несмотря на некоторые положительные изменения, по-прежнему мало кто концептуально понимает такой расширенный подход к системам здравоохранения. Большинство заинтересованных сторон, с которыми проводились консультации, все еще воспринимают систему здравоохранения в традиционном узком смысле как государственный сектор здравоохранения<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> В частности, многие заинтересованные стороны считали, что услуги по профилактике ВИЧ-инфекции, которые

К тому же одной из очевидных особенностей систем здравоохранения в регионе является избыточная материальная инфраструктура, в частности больничные здания. В этом может заключаться одно из основных отличий этого региона от других регионов (например, Африки), где развитие материальной инфраструктуры может быть одним из основных требований УСЗ. В результате успешного проведения программы реформирования здравоохранения в Кыргызстане удалось сократить площадь больниц почти на 40%, а количество больничных зданий более чем на 46%, в результате чего была достигнута значительная экономия средств (Purvis et al., 2005). Необходимо обеспечить такое положение дел, при котором финансирование за счет Глобального фонда не приведет к остановке или замедлению этого процесса, который может иметь особенно важное значение для развития лабораторных мощностей. Поскольку такое развитие необходимо для оказания основных услуг (например, антиретровирусной терапии), принципиально важно сделать приобретение оборудования и модернизацию лабораторной инфраструктуры частью общенационального плана, и тщательно скоординировать эту работу с другими механизмами финансирования.

#### **7.2.6. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР**

С помощью предоставленного Глобальным фондом финансирования были достигнуты значительные успехи в совершенствовании надзора за ВИЧ/СПИДом и мониторинга этого заболевания в регионе, в частности благодаря проведению биоповеденческих обследований в наиболее уязвимых группах населения. В то же время не удалось пока добиться полноценного использования данных, полученных в результате таких обследований, для разработки соответствующих мероприятий. Существует также необходимость институционализировать эти обследования и продолжать их проведение в будущем<sup>21</sup>.

Кроме того, Глобальный фонд оказал значительную поддержку развитию национальных систем мониторинга и оценки ВИЧ/СПИДа в соответствии со своей стратегией «Три в одном». В то же время недостаточно внимания уделялось осмыслению того, каким образом их можно включить в состав общих информационных систем здравоохранения или координировать с работой этих систем<sup>22</sup>.

#### **7.3. ДОЛЖЕН ЛИ ГЛОБАЛЬНЫЙ ФОНД ДЕЛАТЬ УПОР НА УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ?**

Гранты Глобального фонда оказывают воздействие на национальные системы здравоохранения, но с самого его основания ведутся споры о том, в какой мере работа Фонда должна быть сосредоточена непосредственно на этом направлении (например, Chalmers, 2001). Авторы, выступающие в поддержку этой идеи, указывают на следующие факторы:

- необходимость эффективного ответа на эпидемию ВИЧ/СПИДа в рамках основных услуг здравоохранения;
- наличие других серьезных проблем, касающихся состояния здоровья в тех странах, где распространены ВИЧ/СПИД, туберкулез и малярия;
- озабоченность проведением параллельных вертикальных программ с самостоятельными системами финансирования и мониторинга и отвлечением дефицитных человеческих ресурсов;

---

финансируются донорами и предоставляются неправительственными организациями, не являются составной частью системы здравоохранения, хотя такие услуги представляют собой деятельность, направленную преимущественно на охрану здоровья. Так, на Украине такое отношение частично закреплено в законодательстве, в котором предусмотрено, что услуги здравоохранения должно оказывать государство.

<sup>21</sup> Хорошим примером этого может служить работа АМР США и Центров контроля и профилактики заболеваний в Центральной Азии.

<sup>22</sup> Данная проблема выявляет множество концептуальных вопросов, затронутых ранее в настоящем докладе. В общем плане, традиционные системы медицинской информации ориентированы на сбор данных по сектору здравоохранения. Напротив, большинство данных в системе мониторинга и оценки ВИЧ/СПИДа поступает из специальных исследований или из других секторов. В то же время часть этих данных совпадает (например, по антиретровирусной терапии, профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и т.п.).

- озабоченность устойчивостью вертикальных программ, финансируемых за счет средств из внешних источников;
- отсутствие единообразных базовых систем здравоохранения во многих странах, в частности в Африке (Oxfam, 2002).

Такие споры ведутся не только в Глобальном фонде, но и в других международных партнерствах в области здравоохранения<sup>23</sup> (High Level Forum on the Health Millennium Development Goals, 2005), например, в ГАВИ (GAVI, 2005). Эти партнерства оказали определенное положительное влияние на системы здравоохранения, в частности способствовали повышению качества планирования, мониторинга и оценки, подотчетности и расширению участия негосударственных организаций. В то же время наблюдались и серьезные недостатки, в том числе слабая координация работы, высокие транзакционные издержки, неодинаковые уровни участия стран, слабая согласованность с системами конкретной страны, негативное влияние на устойчивость национальных планов развития, искажение национальных приоритетов, отвлечение дефицитных человеческих ресурсов, создание нескоординированных механизмов медицинского обслуживания и низкий уровень координации (High Level Forum on the Health Millennium Development Goals, 2005).

Совершенно очевидно, что международные партнерства в области здравоохранения смогут реализовать свой потенциал только в том случае, если будут наращивать мощности системы здравоохранения. Группа ГАВИ приняла решение о том, что будет добиваться этого, работая по ограниченному кругу направлений: кадровые вопросы, лекарственные препараты, оборудование, инфраструктура, организация и управление, особенно на районном уровне.

С другой стороны, некоторые указывают, что масштаб эпидемии ВИЧ/СПИДа в некоторых регионах планеты и исключительно высокая цена новых эффективных препаратов для лечения этого заболевания требуют новых, экстренных и целенаправленных мер (Global Fund, 2003b). Озабоченность, высказанная Глобальным фондом и другими донорами относительно УСЗ, касается:

- необходимости многосекторального подхода к эффективной борьбе с ВИЧ/СПИДом;
- осознания того, что традиционные системы здравоохранения медленно реагируют на пандемию ВИЧ/СПИДа;
- значительных ресурсов и длительных сроков, которые потребуются для наращивания потенциала некоторых национальных систем здравоохранения;
- сложностей демонстрации ощутимых преимуществ программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией при помощи мероприятий, направленных на укрепление систем здравоохранения (Synergy Project, 2005).

В конечном счете, Глобальный фонд был создан на основе принципа, который требует от него «борьбы с тремя заболеваниями такими способами, которые будут содействовать укреплению систем здравоохранения» (Global Fund, 2003c). Тем не менее, дебаты по данному вопросу продолжаются.

#### **7.4. УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ**

В ходе Пятого раунда приема заявок Глобальным фондом страны смогут обратиться за финансированием работы по УСЗ. Это изменение совпало с упразднением в Пятом раунде категории заявок на финансирование борьбы одновременно с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией.

В инструкциях о подаче заявок в ходе Пятого раунда финансирования четко сказано, что Глобальный фонд рассматривает системы здравоохранения в широком смысле. В них, в частности, указано, что Глобальный фонд не считает систему здравоохранения и сектор здравоохранения синонимами и что система здравоохранения может включать деятельность в других секторах (Global Fund, 2005e).

<sup>23</sup> Дополнительную информацию о международных партнерствах в области здравоохранения см. в работе: Carlson, 2004.

В настоящее время дебатруется вопрос о том, должен ли Глобальный фонд и в последующих раундах принимать заявки на финансирование мероприятий по УСЗ отдельно от заявок на финансирование борьбы с конкретными заболеваниями. В сводном виде эти дебаты представлены в таблице 1.

**Таблица 1. Должно ли укрепление систем здравоохранения быть самостоятельным компонентом заявок, подаваемых странами Евразийского региона в Глобальный фонд?**

Доводы в пользу самостоятельности компонента	Доводы в пользу включения этой работы в компоненты по конкретным заболеваниям
<p>Подчеркивается значение систем здравоохранения.</p> <p>Менее вероятно укрепление вертикальных «империй», занимающихся конкретными заболеваниями.</p> <p>Позволяет решить общие проблемы в рамках одной заявки.</p>	<p>В данном регионе основными проблемами являются ВИЧ/СПИД и в определенной степени туберкулез. Малярия является проблемой лишь нескольких стран.</p> <p>В данном регионе эпидемия ВИЧ/СПИДа носит концентрированный характер и распространена в основном среди потребителей инъекционных наркотиков. Это требует совершенно иных ответных мер, чем при эпидемии обычного типа. Традиционные системы здравоохранения плохо справляются с такой эпидемией.</p> <p>В случае включения УСЗ в заявки на финансирование борьбы с конкретными заболеваниями меньше риск того, что внимание будет сосредоточено только на секторе общественного здравоохранения.</p> <p>Глобальный фонд и системы конкретных стран плохо предназначены для разработки и оценки заявок на УСЗ как самостоятельного компонента. В частности, у стран существуют механизмы для подготовки заявок для борьбы с ВИЧ/СПИДом и туберкулезом, но неясно, каким образом они будут разрабатывать заявку только по УСЗ.</p> <p>Разработка заявки на финансирование борьбы с конкретным заболеванием, включающей элементы УСЗ, требует гораздо меньше усилий, чем подготовка отдельных заявок на финансирование УСЗ и борьбы с заболеванием.</p> <p>Опыт совмещения ВИЧ и туберкулеза в одной заявке оказался в регионе неудачным.</p> <p>Существуют риски пробелов и дублирования в работе, особенно если заявки подаются в рамках одного раунда. В частности, если бы проведение мероприятий было включено в заявку на финансирование борьбы с ВИЧ/СПИДом, а укрепление человеческих ресурсов – в заявку на финансирование УСЗ, то в случае финансирования только одной из этих заявок могли бы возникнуть проблемы.</p> <p>Вероятность прочного и надежного влияния УСЗ на борьбу с заболеванием выше, если элементы УСЗ включены в заявку на финансирование борьбы с данным заболеванием.</p> <p>Все, что требуется стране, может быть включено в существующие структуры заявок на финансирование борьбы с конкретными заболеваниями.</p>

### **7.5. КОМПОНЕНТ «УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» В ХОДЕ ПЯТОГО РАУНДА**

В ходе Пятого раунда заявки на финансирование УСЗ как самостоятельного компонента составляли около 15% (30 из 202) всех заявок, рассмотренных Группой технической оценки (ГТО)<sup>24</sup>. Процент утвержденных заявок очень низок. Было утверждено всего 10% (3 из 30) заявок, по сравнению с более чем 35 заявками по другим компонентам. По итогам оценки ГТО обсудила причины столь низкого уровня и представила Правлению Глобального фонда свои замечания

<sup>24</sup> В заявку разрешалось включать более одного компонента (например, борьба с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом, малярией и УСЗ). ГТО анализирует только заявки, которые предварительно отобраны Секретариатом как соответствующие требованиям ГФСТМ.

(Global Fund, 2005k). В целом утвержденные заявки на финансирование УСЗ сосредоточены на нескольких направлениях деятельности, которые были оценены как реальные и выполнимые, с четко определенными бюджетами и планами работы. Отклоненные заявки были слишком общими и далеко идущими при нечетко сформулированных задачах и плохо проработанных планах и бюджетах<sup>25</sup>. В частности, ГТО выявила следующие проблемы, связанные с компонентом УСЗ:

- определение УСЗ в заявках и рекомендациях было чрезмерно широким (т.е. в частности, не было понятно, что именно оно включает);
- форма заявки не была разработана специально для компонента УСЗ (она была в большей степени предназначена для заявок на финансирование борьбы с конкретным заболеванием);
- отсутствовали рекомендации для соискателей о возможных связях с борьбой против трех конкретных заболеваний;
- было не ясно, каким образом увязать заявки на финансирование УСЗ и борьбу с тремя заболеваниями при подаче заявок, включавших несколько компонентов;
- системы Глобального фонда (от СКК до ГТО) не были ориентированы на работу с заявками на финансирование УСЗ (Global Fund, 2005k).

ГТО обратилась к Правлению с просьбой проанализировать возникшие вопросы и принять конкретное решение о целесообразности для Глобального фонда сохранить УСЗ как самостоятельный компонент или более четко конкретизировать, какие элементы УСЗ могут быть включены в заявки на финансирование мероприятий против конкретных заболеваний. Она обратилась также за более подробными рекомендациями о том, какие конкретно элементы УСЗ Глобальный фонд хочет финансировать. Результаты этих решений могут иметь последствия для широкого круга структур и функций, в том числе для состава СКК и ГТО, содержания форм заявок и рекомендаций по их составлению. На XI заседании Правление Глобального фонда поручило Портфельному комитету изучить вопросы, поднятые ГТО, и представить рекомендации на XIII заседании Правления, которое должно состояться в апреле 2006 г. (Global Fund, 2005h).

## **7.6. ОПЫТ, ПОЛУЧЕННЫЙ БЛАГОДАРЯ УТВЕРЖДЕННЫМ ЗАЯВКАМ НА ФИНАНСИРОВАНИЕ КОМПОНЕНТА «УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» В ХОДЕ ПЯТОГО РАУНДА**

### **7.6.1. РУАНДА**

Руанда подала заявку на финансирование в размере почти 34 миллионов долларов на пятилетний срок. Основная работа должна быть сосредоточена на развитии существующей в стране системы территориального (на уровне сообществ) медицинского страхования. Заявка включала также определенную работу по укреплению систем управления здравоохранением и развитию мониторинга и оценки, а также по электрификации 74 медицинских центров (CCM Rwanda, 2005). Это одна из пяти заявок, которые ГТО отнесла к первой категории<sup>26</sup>. По оценке ГТО, это «эффективная, хорошо составленная и в высшей степени новаторская» заявка, в которой не обнаружено никаких недостатков. К числу положительных особенностей заявки относятся:

- эффективная доказательная база и данные о развитии территориального медицинского страхования в Руанде;
- серьезное внимание устранению основных препятствий для обеспечения ухода за больными СПИДом, туберкулезом и малярией;
- полное соответствие стратегиям развития национального сектора здравоохранения и финансирования медицинского обслуживания;
- новаторский и творческий подход к социальной защите, которой традиционно уделяется мало внимания (TRP, 2005a).

<sup>25</sup> Секретариат Глобального фонда составил таблицу с описанием достоинств и недостатков, которые установила ГТО в ходе оценки всех 30 заявок, представленных на финансирование компонента «укрепление систем здравоохранения» (Global Fund, 2005 m).

<sup>26</sup> Первая категория включает заявки, которые не требуют разъяснений или требуют их в минимальном объеме.

### **7.6.2. МАЛАВИ**

Малави подала заявку на финансирование в размере немногим более 34 миллионов долларов на пятилетний срок. Основная работа должна быть сосредоточена на значительном увеличении численности персонала надзорных служб, медицинских сестер, заместителей по лечебной работе и врачей, а также на значительном повышении качества обучения медсестер за счет модернизации медицинских училищ, привлечения дополнительных преподавателей и финансирования учебных курсов в четырех учреждениях (CCM Malawi, 2005). По мнению ГТО, это «эффективная и очень интересная» заявка». Единственным обнаруженным недостатком является недостаточная детализация плана работы и бюджета на первый год. К числу положительных особенностей заявки относятся:

- интересное предложение, которое может послужить одной из моделей для региона;
- включен план мероприятий по охране здоровья с масштабным привлечением ресурсов и масштабными результатами;
- в заявке были четко сформулированы связи с тремя заболеваниями;
- в ней обеспечивалось удовлетворение потребностей в услугах на краткосрочную перспективу и укрепление потенциала в течение более длительного времени;
- она обеспечивала прочные связи с существующими грантами Глобального фонда на финансирование работы по борьбе с ВИЧ-инфекцией и малярией (TRP, 2005b).

### **7.6.3. КАМБОДЖА**

Камбоджа подала заявку на финансирование в размере немногим более 5 миллионов долларов на пятилетний срок. Основная работа должна быть сосредоточена на повышении качества планирования мероприятий здравоохранения, закупок и распределения товаров медицинского назначения в секторе государственного здравоохранения (CCM Cambodia, 2005). ГТО рекомендовала утвердить заявку, однако указала на ряд недостатков. Один из них – степень участия НПО и некоторых руководящих работников государственных органов в предлагаемом процессе планирования. Второй недостаток касался вопроса о том, достаточно ли эффективными были информационные системы здравоохранения для предлагаемых процессов. ГТО отметила и серьезные достоинства заявки. К ним относились следующие:

- субкомпонент «планирование» хорошо разработан и нацелен на укрепление системы;
- были четко определены пробелы и приоритеты, связанные с функционированием системы лекарственного обеспечения;
- в заявке содержалось удовлетворительное описание основных получателей и субполучателей;
- в заявке было четко описано эффективное функционирование СКК;
- заявка включала планы поэтапного отказа от специальных надбавок к заработной плате и их замены премиальными выплатами по результатам работы;
- заявка содержала запрос на финансирование для всех уровней системы (TRP, 2005c).

## **7.7. ЗАЯВКИ НА ФИНАНСИРОВАНИЕ РАБОТЫ ПО УКРЕПЛЕНИЮ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОТ СТРАН ЕВРАЗИЙСКОГО РЕГИОНА**

Единственную заявку на УСЗ из стран Евразийского региона в Глобальный фонд подала Республика Грузия. Нескольким миссиям АМР США были направлены анкеты для выяснения причин, по которым другие страны не обращались за финансированием УСЗ в течение Пятого раунда. Были названы следующие причины:

- непонимание возможности подать заявку на финансирование по этой категории;
- страны уже определили вид работы, для финансирования которой они подавали заявки в ходе Пятого раунда, и не имели достаточного потенциала для подачи дополнительных заявок;

- отсутствие в стране четко определенных структур для подготовки заявок такого характера<sup>27</sup>.

Грузия подала заявку на финансирование в размере немногим более 800 тысяч долларов на пятилетний срок. Основная работа должна быть сосредоточена на укреплении надзора, мониторинга и оценки в области ВИЧ/СПИДа (ССМ Georgia, 2005). Эта заявка была подана одновременно с другой заявкой на финансирование борьбы с ВИЧ/СПИДом, на сумму немногим менее 5 миллионов долларов на пять лет. ГТО рассматривала обе заявки одновременно, так как, по ее мнению, компонент УСЗ слишком мал, чтобы оправдать самостоятельный грант Глобального фонда<sup>28</sup>. Было принято решение о том, что обе заявки содержат несколько недостатков и не могут быть рекомендованы для финансирования. К числу недостатков заявки относились следующие:

- неубедительный стратегический план с неудовлетворительным описанием работы преимущественно по первичной профилактике среди потребителей наркотиков и других уязвимых групп;
- авторы заявки не смогли предложить меры, обеспечивающие конфиденциальность и отказ от принуждения при оказании услуг по добровольному консультированию и тестированию в исправительных учреждениях и среди военнослужащих и сотрудников органов внутренних дел;
- неудовлетворительное объяснение причин, по которым до сих пор не приняты ключевые меры, запланированные в рамках Второго раунда;
- страна не смогла использовать внутренние ресурсы для финансирования небольшого по объему компонента УСЗ;
- противоречивость количественных данных.

## **8. ДОНОРСКАЯ ПОДДЕРЖКА СТРАН, НАПРАВЛЕННАЯ НА ВКЛЮЧЕНИЕ РАБОТЫ ПО УКРЕПЛЕНИЮ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЗАЯВКИ ДЛЯ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА**

В техническом задании на данное исследование четко установлено, что группа специалистов по оценке должна проанализировать, каким образом доноры и АМР США могут оказать странам оптимальную поддержку для того, чтобы страна могла включить УСЗ в свою заявку, подаваемую в Глобальный фонд, а затем успешно выполнить работу по грантам, в том числе провести мониторинг и оценку. Этот вопрос рассматривается в настоящем разделе доклада, при этом особое внимание обращено на оказание технической поддержки при составлении заявок.

### **8.1. ПОДГОТОВКА К КОНКУРСУ**

Участие в конкурсе Глобального фонда по компоненту «УСЗ» требует оценки технических потребностей<sup>29</sup>. Учитывая, что оценку потребностей необходимо провести до подачи заявки, совер-

<sup>27</sup> В настоящее время страны в основном определили и создали механизмы для разработки заявок на финансирование борьбы с тремя заболеваниями. Хотя эти заявки подаются – как правило – от лица странового координационного комитета (СКК), однако у этой структуры зачастую отсутствуют возможности для подготовки заявки, и она обычно опирается на возможности, имеющиеся у структур по борьбе с конкретными заболеваниями (например, у центров по борьбе с ВИЧ-инфекцией, программ противодействия туберкулезу). Пока неясно, кто будет отвечать за подготовку заявки на УСЗ для СКК и существует ли такой потенциал в странах Евразийского региона. В частности, один респондент из Центральной Азии заявил: «Мы можем рассматривать вопросы реформы здравоохранения совместно со структурами "ЗдравПлюс", но нам будет затруднительно найти в Кыргызстане или Казахстане национальный орган или органы, которые были бы готовы подготовить заявку по укреплению системы здравоохранения от имени практически бездействующих СКК. Поэтому Фонд получит от "ЗдравПлюс" заявку на программу, которую будет выполнять и контролировать "ЗдравПлюс"».

<sup>28</sup> Существует множество примеров заявок, которые Глобальный фонд утверждал в ходе предыдущих раундов по компоненту «борьба с ВИЧ/СПИДом» и которые включали элементы, очень похожие на элементы, выделенные в эту самостоятельную заявку на УСЗ.

<sup>29</sup> Разработка методики проведения такой оценки не входит в задачу настоящего доклада, однако шесть описанных

шенно очевидно: финансирование этой работы должно поступить из другого источника. Использование средств для этой цели позволит донору добиться значительных результатов за счет небольшого объема финансирования.

Основное внимание в оценке потребностей должно быть направлено на выявление таких пробелов и недостатков в системе здравоохранения, которые оказывают негативное влияние на разработку программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом. Кроме того, в ходе оценки должны быть определены способы, при помощи которых деньги Глобального фонда могут способствовать ликвидации этих недостатков и достижению наглядных успехов в разработке программ противодействия ВИЧ/СПИДу. Эту работу легче проводить в такой стране, как Кыргызстан, где существует ясное представление о том, какую именно систему здравоохранения страна старается создать (Ministry of Health, 2005), нежели на Украине, где такое представление лишь начинает формироваться (Lekhan and Rudy, 2005). Опираясь на материалы заявок, поданных в ходе Пятого раунда, ГТО Глобального фонда с большей вероятностью сможет оценить заявку как более эффективную, если в ней четко и однозначно сформулирована связь с тщательно разработанной политикой (например, политикой в отношении реформы здравоохранения или развития человеческих ресурсов в системе здравоохранения).

Кроме того, при подготовке к конкурсу необходимо принять решение о целесообразности готовить заявку по УСЗ как самостоятельному компоненту или включить аспекты УСЗ в заявку на финансирование борьбы с конкретными заболеваниями. Вероятно, у Глобального фонда будут более четкие инструкции по этому вопросу при проведении Шестого раунда<sup>30</sup>, и этими инструкциями необходимо руководствоваться. Кроме того, Глобальный фонд может принять решение в дальнейшем не выделять УСЗ в качестве самостоятельного компонента. Если же УСЗ останется отдельным компонентом, то при рассмотрении страной возможности подать заявку на финансирование УСЗ как самостоятельного компонента нужно будет учитывать следующие факторы.

- *Размер заявки.* Несмотря на отсутствие конкретных правил, регулирующих размер заявки, ГТО четко дала понять: она сочла заявку Грузии<sup>31</sup> слишком маленькой, чтобы оправдать предоставление отдельного гранта. Странам необходимо определить, достаточно ли велик размер их заявки, чтобы претендовать на самостоятельный грант.
- *Число элементов в компоненте.* Этот вопрос связан с размером заявки. Легче обосновать УСЗ как самостоятельный компонент, если он состоит не из одного элемента, а из нескольких<sup>32</sup>. Однако эти элементы должны быть четко определены. Одна из основных причин, по которой ГТО отклоняла заявки на УСЗ, состояла в том, что ГТО считала их слишком общими или неопределенными.
- *Положительные результаты не только по одному заболеванию.* Если планируемые меры окажут положительное влияние на разработку программ борьбы не только с ВИЧ/СПИДом, но также с туберкулезом и малярией, то это станет эффективным обоснованием выделения УСЗ как самостоятельного компонента. Совершенствование координирования разработки программ борьбы с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом и повышение качества лечения туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, – один из важнейших приоритетов Глобального фонда. Однако эти элементы уже можно включать в заявки по борьбе с конкретными заболеваниями. В настоящее время действует требование о решении этого вопроса в заявках на финансирование борьбы с ВИЧ/СПИДом в тех странах, где одной из проблем является туберкулез, а также в заявках на финансирование борьбы с туберкулезом в странах, где одной из основных причин эпидемии туберкулеза является ВИЧ/СПИД. Поэтому данный фактор сам по себе может оказаться недостаточной причиной для отдельной заявки.
- *Положительная взаимосвязь с действующими грантами Глобального фонда.* ГТО ожидает, что те страны, где уже ведется работа в рамках гранта или грантов Глобального

---

в нем тематических направлений могут быть использованы для выявления специфических для той или иной страны препятствий, которые необходимо устранить, чтобы программы борьбы с ВИЧ/СПИДом работали более эффективно.

<sup>30</sup> Сроки Шестого раунда пока не объявлены.

<sup>31</sup> 800 тыс. долларов на пять лет для развития надзора 2-го поколения.

<sup>32</sup> Однако это не обязательно так. В утвержденных заявках Малави и Руанды содержался один основной элемент.

фонда, в своей заявке покажут связь нового гранта с действующими. Наличие этой связи было отмечено как одно из достоинств в заявке Малави на УСЗ в ходе Пятого раунда (CCM Malawi, 2005) и как один из недостатков заявки Грузии (CCM Georgia, 2005). В заявку вполне допустимо включить устранение ограничений, препятствовавших работе в рамках других грантов Глобального фонда. Более того, этот элемент может быть отмечен как положительный, если разъяснения будут разумными и убедительными, а не просто представлять собой попытку оправдания низкого качества управления грантом. В целом, наиболее эффективное обоснование заявки на УСЗ в качестве самостоятельного компонента будет дано в том случае, если страна убеждена: новый грант станет дополнением к действующим грантам на борьбу с конкретными заболеваниями.

- Взаимодействие с одновременно подаваемыми заявками на финансирование борьбы с конкретным заболеванием (т.е. другими заявками в ходе одного раунда). ГТО назвала его одной из проблем Пятого раунда. Поскольку достоинства каждого компонента оцениваются по отдельности, заявка по каждому компоненту может быть утверждена или отклонена независимо от других компонентов. Это приведет к возникновению проблем, если тот или иной вид деятельности зависит от одного из элементов другого компонента. Некоторые страны решили эту проблему, включив один и тот же элемент в два разных компонента. Однако ГТО обратила внимание на этот вопрос, и вряд ли такую стратегию сочтут целесообразной в ходе последующих раундов. Если какая-либо деятельность является абсолютно необходимой для реализации элементов в рамках заявки для борьбы с конкретным заболеванием, то такая деятельность должна быть включена именно в эту заявку, а не в отдельную заявку по УСЗ.

Эти факторы представлены в таблице 2.

**Таблица 2. Оправдана ли заявка по УСЗ как самостоятельному компоненту?  
Перечень факторов, которые необходимо учитывать<sup>33</sup>**

ДА	НЕТ
<p>Бюджет заявки достаточен для обоснования отдельного гранта.</p> <p>Предлагаемый компонент УСЗ будет состоять из нескольких элементов.</p> <p>Предлагаемый компонент УСЗ не может быть профинансирован из других источников.</p> <p>Грант, на который подается заявка, обеспечит наглядные результаты более чем по одному заболеванию, для борьбы с которыми создан Глобальный фонд.</p> <p>Грант, на который подается заявка, обеспечит четкие дополнительные результаты для действующих программ борьбы с конкретными заболеваниями, в которых используются гранты Глобального фонда.</p> <p>Элементы заявки на грант не являются основными в одновременно подаваемых заявках на финансирование борьбы с конкретными заболеваниями.</p>	<p>Бюджет заявки недостаточен для обоснования отдельного гранта.</p> <p>Предлагаемый компонент УСЗ будет состоять только из одного элемента, который очевидно вписывается в заявку на финансирование борьбы с конкретным заболеванием, которая подается в рамках этого же раунда.</p> <p>Грант, на который подается заявка, обеспечит результаты в основном или исключительно в противодействии конкретному заболеванию.</p> <p>Предлагаемые элементы по УСЗ имеют принципиальное значение для успешной реализации элементов, касающихся борьбы с конкретными заболеваниями, в одновременно подаваемых заявках (т.е. в заявке, подаваемой в ходе того же раунда).</p>

<sup>33</sup> В том случае, если в последующих раундах Глобальный фонд по-прежнему будет принимать заявки по УСЗ в качестве самостоятельного компонента.

## 8.2. ОСНОВНЫЕ ТЕМАТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЗАЯВОК

Были определены шесть конкретных тематических направлений, которые страны данного региона могут использовать при подаче заявок в Глобальный фонд на финансирование УСЗ. АМР США может использовать эти тематические направления при оказании технической помощи странам, а Глобальный фонд – в предоставлении им рекомендаций. Кроме того, эти направления могут иметь значение и для стран других регионов, хотя в данном отчете этот аспект не рассматривался. Тематические направления представлены на рис. 1.

Первое направление включает комплекс элементов, касающихся *управления*. Первый из них – необходимость увязать политику и стратегию в области борьбы с ВИЧ/СПИДом с политикой и стратегией по отношению к здравоохранению. В тех случаях, когда страна четко установила такую связь между политикой и стратегией по этим вопросам, она должна указать на нее. Однако в некоторых странах связь между этими политиками и стратегиями отсутствует, а кое-где они противоречат друг другу. В таких случаях необходимо создать механизмы выявления и поддержания связей между политикой и стратегией в области борьбы с ВИЧ/СПИДом и в области здравоохранения. Важную роль в этом процессе должен играть СКК<sup>34</sup>. Финансирование этих процессов можно включить в заявку на грант для УСЗ, подаваемую в Глобальный фонд. Однако во многих странах дело не только в отсутствии связей между политиками и стратегиями в области борьбы с ВИЧ/СПИДом и в области здравоохранения. Во многих странах просто отсутствует четкая политика или стратегия в области здравоохранения. Вряд ли Глобальный фонд будет готов финансировать разработку такой политики и стратегии в полном объеме, но он может предоставить средства для финансирования части этой работы, особенно если она будет четко направлена на противодействие ВИЧ/СПИДу, туберкулезу и (при необходимости) малярии.

У многих СКК отсутствуют возможности для выполнения ключевых задач управления, в частности для разработки планов и анализа и разработки политики. Обычно у них нет канцелярии, а сами они часто зависят от основного получателя средств и не могут выполнять эти функции. Меры по укреплению возможностей СКК по планированию и анализу политики могут стать важной составной частью заявки на финансирование УСЗ.

С этим вопросом связан и вопрос о стиле руководства. Глобальный фонд добился успехов во внедрении более коллегиальных и совещательных форм руководства вместо более привычного командно-административного подхода. Однако в этой области можно сделать значительно больше, так как авторитарный стиль руководства все еще широко распространен и прочно укоренился.

Вторым тематическим направлением, определенным в настоящем докладе, является *финансирование*. Существует много причин, по которым стране необходимо знать, сколько она расходует на борьбу с ВИЧ/СПИДом:

- наличие информации об уровне расходов является показателем политической поддержки, рекомендованной ЮНЭЙДС;
- некоторые доноры (в частности Глобальный фонд) требуют, чтобы страны определили условия, позволяющие претендовать на финансирование;
- наличие информации об уровне расходов необходимо для эффективного планирования и определения объема недостающих ресурсов;

<sup>34</sup> Однако у многих страновых координирующих комитетов отсутствует потенциал для этого. Респондент из Центральной Азии заметил: «Одной из основных тем семинара Глобального фонда, который недавно состоялся в Москве для стран-получателей грантов, была тема укрепления СКК, и не без оснований. СКК, особенно в центрально-азиатских республиках, являются чисто формальными структурами и только ставят свои подписи под заявками, а от руководства разработкой программ отказываются, в том числе от стратегического планирования, выполнения, мониторинга и оценки программ для основных получателей и организаций, проводящих мероприятия по программе. В связи с этим данный раздел отчета можно считать пособием по подготовке заявок для организаций-доноров, которые фактически сами пишут заявки вместо бездействующих СКК. ... в идеальном мире компетентные национальные органы, входящие в состав работоспособного СКК, будут выявлять системные вопросы, определять необходимые меры и обеспечивать и (или) привлекать платную техническую поддержку этой работы».

- наличие информации об уровне расходов необходимо для мониторинга дополнительных донорских средств и оценки вероятности того, что страна сможет продолжать деятельность в дальнейшем.

В настоящее время для определения уровня финансирования служат национальные счета по ВИЧ/СПИДу – самостоятельные или в форме субсчета национальных счетов по здравоохранению. Некоторые страны, в частности Украина, уже начали их вводить. Однако ни одна страна в регионе пока не ведет такие счета систематически и регулярно. Предоставление финансовой поддержки для развития и ведения таких счетов станет важным вкладом Глобального фонда. Кроме того, подготовка и ведение национальных счетов по ВИЧ/СПИДу должно быть обязательным требованием, предъявляемым к странам с низким и средним уровнем дохода, для получения средств Глобального фонда на финансирование борьбы с ВИЧ/СПИДом, так как эти страны имеют право на получение таких средств только при соответствии определенным требованиям о совместном финансировании.

Кроме того, многие недостатки систем здравоохранения в регионе обусловлены способом их финансирования. Масштабная реформа финансирования всей системы здравоохранения в целом и сектора общественного здравоохранения в частности не входит в сферу полномочий Глобального фонда, но фонд может принять меры, обеспечивающие распределение его значительных финансовых ресурсов таким образом, который будет способствовать положительным изменениям и не станет препятствием для реформы. К числу таких мер могут относиться:

- содействие становлению упрощенных и унифицированных финансовых механизмов там, где это целесообразно;
- координирование и объединение разных источников финансирования, прежде всего средств государственного и местного бюджетов;
- определение мер содействия более активному сотрудничеству между разными донорами и национальными финансовыми организациями;
- содействие децентрализации финансового менеджмента и контроля.

Некоторые из этих пунктов вызывают серьезные вопросы о практичности используемого Глобальным фондом в настоящее время механизма финансирования через основного получателя, поскольку во многих случаях этот способ приводил к созданию дополнительных параллельных систем финансирования, усложняя и без того непростую ситуацию. Однако такое положение дел отражает скорее проблемы потенциала на уровне конкретной страны, чем проблемы, присущие системам Глобального фонда, так как нет оснований, по которым его финансовые средства нельзя было бы сделать частью национальных финансовых систем. В частности, гранты Глобального фонда могут управляться несколькими основными получателями, и можно добиться значительной степени децентрализации, предоставляя субгранты субгрантополучателям.

Третье тематическое направление заключается в том, что одной из важнейших составных частей многих грантов Глобального фонда является предоставление оборудования, лекарственных препаратов и других товаров, которое можно назвать *организацией снабжения лекарственными препаратами и товарами медицинского назначения*. Процессы государственных закупок во многих странах региона являются крайне бюрократическими и непрозрачными; это означает, что закупки осуществляются по завышенным ценам, продукция может быть разного качества, а весь процесс происходит необычайно медленно. Этот вопрос можно решить, если вместо процесса государственных закупок обеспечивать снабжение через агентства ООН, НПО или агентов по снабжению. Используемые этими агентствами подходы можно считать моделями для реформирования системы госзакупок, однако на практике этого не происходит. Укрепление системы государственных закупок оборудования, лекарственных препаратов и других товаров медицинского назначения может быть включено в заявку на финансирование УСЗ. Целесообразно рассмотреть следующие элементы.

- Усвоение опыта снабжения, накопленного НПО и агентствами ООН. В частности, опыт Международного альянса по ВИЧ/СПИДу на Украине<sup>35</sup> показывает значение децентрализованного процесса госзакупок для некоторых товаров<sup>36</sup>, важную функцию контролирующего органа, которую может выполнять конкурсный комитет с участием заинтересованных сторон, а также тот факт, что во многих учреждениях прямые переговоры дают более высокие результаты в части цены, качества и своевременности, чем традиционные конкурсы (Drew, 2005b).
- Инициативы, в которых основной акцент переносится с процесса на основные результаты в части цены, качества и своевременности.
- Реформа законодательства о закупках и упрощение бюрократической практики.
- Инициативы, направленные на укрепление независимости и профессионализма государственной службы, в том числе решение вопроса оплаты труда в государственном секторе.
- Инициативы, направленные на сокращение или устранение политического вмешательства в процессы закупок.
- Инициативы, направленные на укрепление возможностей организаций гражданского общества анализировать процессы закупок и заставлять государство отчитываться. Прекрасным примером служит та роль, которую играет Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, в выявлении несогласованности цен в ходе разных процессов приобретения антиретровирусных препаратов (All-Ukrainian Network of People Living with HIV, 2005).

Четвертое тематическое направление определено как *управление человеческими ресурсами*. Во многих странах отсутствуют комплексные планы либо для сектора здравоохранения, либо для разработки программ борьбы с ВИЧ/СПИДом. С большей вероятностью будут утверждены заявки на финансирование кадровых мероприятий, основанные на таких планах (пример – заявка Малави на УСЗ [CCM Malawi, 2005]). Глобальный фонд может выразить готовность финансировать разработку таких планов, особенно если они ориентированы на те заболевания, с которыми он борется.

Одним из основных препятствий для эффективной разработки программ борьбы с ВИЧ/СПИДом является низкая заработная плата медицинских работников в государственном секторе здравоохранения. Существует множество специальных и индивидуальных мер решения этой проблемы, некоторые из которых получили финансовую поддержку Глобального фонда. Однако некоторые страны (в частности Кыргызстан) стараются обеспечить их более системное решение. Следует отметить, что в состав утвержденной заявки на УСЗ, которую представила Камбоджа в ходе Пятого раунда, входило введение оплаты труда в зависимости от результатов работы<sup>37</sup>. Поэтому в Глобальный фонд можно представлять аналогичные схемы, особенно в рамках общих программ мер, обеспечивающих финансирование персонала, который работает над решением проблем ВИЧ/СПИДа и туберкулеза.

Важной частью любой программы укрепления систем здравоохранения будет обучение, поэтому Глобальный фонд всегда обращал очень большое внимание на поддержку обучения медицинских работников самых разных специальностей. Однако менее значительное внимание уделялось разработке исчерпывающего плана обучения в области ВИЧ/СПИДа, обучению медицинских

<sup>35</sup> После приостановки грантов Глобального фонда Украине Альянс был назначен контролером гранта Глобального фонда Украине. Он начал выполнять эти функции в начале 2004 г. и продолжал эту работу до второго этапа освоения гранта.

<sup>36</sup> Особенно для товаров, которые не требуют предварительного заказа и строгих технических спецификаций, например для презервативов. Несмотря на сильное сопротивление децентрализованным закупкам со стороны многих групп, децентрализация в некоторых учреждениях и регионах дала более высокие результаты, она хорошо сочетается с децентрализацией, которая развивается в ходе реформы здравоохранения, и содействует формированию потенциала децентрализованной работы. Заявления о том, что проведение децентрализованных закупок противоречит принципам «Три в одном», безосновательны. Эти принципы не требуют наличия одного общенационального закупочного ведомства, как не требуют и того, чтобы всю работу проводила только одна организация.

<sup>37</sup> В разработке и финансировании этой инициативы ключевую роль сыграл Британский департамент международного развития.

работников до начала самостоятельной работы, сохранению и стимулированию квалифицированного персонала. Все эти элементы могут стать частью заявки на УСЗ, подаваемой в Глобальный фонд.

Поступает множество сообщений о том, что медицинские работники в странах Евразийского региона практикуют дискриминацию по отношению к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, и другим уязвимым группам, и эти сообщения вызывают серьезную озабоченность. Особую тревогу вызывают сообщения о том, что в некоторых случаях обучение в области ВИЧ/СПИДа привело к усилению стигматизации и дискриминации. Для эффективной реализации национальных программ борьбы с ВИЧ/СПИДом потребуются проведение обучения и другие виды деятельности, направленные на устранение стигматизации как отношения к другим людям и дискриминационной практики в среде медицинских работников. Такие виды деятельности могут стать частью программы УСЗ. В программы должны быть включены защитные механизмы, позволяющие предотвратить усиление стигматизации и дискриминации в результате обучения.

К числу других направлений, которые уже поддержаны средствами Глобального фонда, относятся содействие использованию междисциплинарных групп, повышение роли медицинских сестер и социальных работников и привлечение представителей уязвимых групп населения к реализации программ (например, в качестве работников на местах). До сих пор такие инициативы финансировались в рамках конкретных программ борьбы с ВИЧ/СПИДом, однако они могут стать и составной частью заявки на финансирование УСЗ.

Пятое тематическое направление – *медицинское обслуживание*. Одним из основных объектов финансирования из средств Глобального фонда должно быть содействие совместной работе специалистов разных медицинских специальностей (см. рис. 4). Можно рассмотреть широкий круг инициатив, в частности:

- совершенствование координирования работы на национальном, региональном и местном уровне;
- совместное обучение соответствующих специалистов;
- разработку четких и выполнимых протоколов лечения туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией;
- разработку более качественных и рациональных услуг для потребителей инъекционных наркотиков, в том числе услуг по профилактике и применению антиретровирусной терапии;
- разработку услуг по более качественному лечению инфекций, передающихся половым путем, для большинства уязвимых групп, в том числе секс-работников и мужчин, занимающихся сексом с мужчинами.

Глобальный фонд уже оказал значительную поддержку работе по более активному привлечению нетрадиционных субъектов здравоохранения к реализации программ. К таким субъектам относятся другие министерства (помимо министерства здравоохранения), НПО и частные компании. Учитывая концентрированный характер эпидемии ВИЧ/СПИДа в регионе, любые инициативы по укреплению систем здравоохранения должны быть достаточно широко концептуализированы, чтобы обеспечить возможность такого участия и расширить его. Можно сформулировать множество творческих и новаторских идей и включить их в заявки по этому тематическому направлению<sup>38</sup>. Следует избегать инициатив, основанных на представлении о том, что УСЗ ограничивается только общественным здравоохранением.

Наконец, серьезной проблемой, с которой сталкивается регион, является наличие избыточной и не отвечающей современным требованиям инфраструктуры, которая создана на основе вертикали медицинских специальностей (см. рис. 4) и поддерживается руководителями этих специальностей, а также финансирование, пропорциональное коечному фонду. На содержание этой инфраструктуры расходуется огромная часть бюджета здравоохранения. В решении этой проблемы пока нет существенных продвижений, хотя Кыргызстан начал демонтировать эту систему.

<sup>38</sup> К числу возможных примеров относятся целенаправленное добровольное консультирование и тестирование уязвимых групп и предоставление антиретровирусной терапии при помощи участковых служб.

В задачи Глобального фонда не входит поддержка масштабной реформы инфраструктуры, но он должен следить за тем, чтобы не ухудшить ситуацию за счет расширения материальной базы сектора общественного здравоохранения. Одним направлением, в развитие которого Глобальный фонд может внести значительный вклад, является модернизация лабораторий. Для этого он должен потребовать, чтобы страны региона представили планы модернизации и укрепления лабораторных служб, прежде чем им будут предоставлены средства на приобретение оборудования и других товаров.

Последнее тематическое направление – *общественное здравоохранение и эпидемиологический надзор*. Суть общественного здравоохранения плохо понимают в регионе, а само оно отличается высокой степенью фрагментированности в разрезе медицинских специальностей. Кроме того, основной орган общественного здравоохранения зачастую плохо финансируется, имеет крайне ограниченные возможности, не принимает участия в решении основных проблем общественного здравоохранения и чрезмерно ориентирован на функции контроля общественного здравоохранения. Инициативы по укреплению и содействию развитию современного общественного здравоохранения<sup>39</sup> в странах Евразийского региона могут быть включены в заявку на УСЗ как работа по укреплению существующих органов (например, Санитарно-эпидемиологической службы) или по созданию новых структур, например институтов общественного здравоохранения.

Национальные системы надзора за ВИЧ/СПИДом в странах региона основаны преимущественно на отчетности о зарегистрированных случаях ВИЧ/СПИДа, что в некоторых случаях ведет к значительному занижению показателей. Недавно во многих странах за счет средств Глобального фонда было введено биоповеденческое обследование большинства наиболее уязвимых групп населения. Теперь необходимо систематизировать это обследование и продолжать его проведение наряду с отчетностью по выявленным случаям. АМР США поддерживает эту работу в Центральной Азии, а Центры контроля и профилактики заболеваний предложили модель такой системы (Drew and Choudhri, 2005). Кроме того, необходимо создать возможности для анализа и использования данных обследования, особенно для разработки соответствующих мероприятий по борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа в стране. Такие элементы целесообразно включить в заявку на УСЗ<sup>40</sup>.

## **9. КОНКРЕТНЫЕ ВОПРОСЫ ОБ ОТДЕЛЬНЫХ ОБЛАСТЯХ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Задание на проведение данной работы предусматривало изучение отдельных областей системы здравоохранения, в которых может быть целесообразным проведение медицинских мероприятий, финансируемых Глобальным фондом (см. приложение D; Synergy Project, 2005). Некоторые из них уже частично рассмотрены в предыдущих разделах доклада. Однако в данном разделе они рассматриваются более подробно для полноты и легкости отсылки.

### **9.1. СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**

Принципиальный вопрос, касающийся систем медицинского обслуживания, это вопрос о том, как определить самые лучшие и наиболее отвечающие требованиям системы оказания основных медицинских услуг в условиях концентрированной эпидемии ВИЧ/СПИДа, особенно затрагивающей потребителей инъекционных наркотиков. Эти системы должны обеспечивать наиболее широкий охват маргинализированных групп населения, а также расширение набора услуг. Это будет зависеть от местных и общенациональных факторов, но можно сделать некоторые наблюдения по региону в целом. Эти наблюдения представлены в приложении F и на рис. 2 по трем основным услугам биоповеденческого обследования в уязвимых группах населения, услугам по целенаправленной профилактике заболеваний среди наиболее уязвимых групп, а также услугам по

<sup>39</sup> Санитарно-эпидемиологическая или аналогичная служба.

<sup>40</sup> Следует, однако, отметить: ГТО не сочла заявку на 800 тыс. долларов на пятилетний срок для развития надзора 2-го поколения достаточно крупной, чтобы заслуживать самостоятельного рассмотрения.

уходу, поддержке и лечению для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Кроме того, рассматривается и важнейший вопрос о механизмах финансирования этих услуг.

Структура приложения F позволяет показать различную роль, которую разные сектора могут играть в оказании этих услуг. Рассматриваются НПО, нереформированные структуры здравоохранения<sup>41</sup> и реформированные структуры здравоохранения<sup>42</sup>.

## **9.2. РАСШИРЕНИЕ ОХВАТА МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ ПРИ КОНЦЕНТРИРОВАННОЙ ЭПИДЕМИИ**

Предметом настоящего доклада (приложение D) являются технические вопросы, в частности вопрос о методах более широкого охвата услугами по профилактике ВИЧ-инфекции среди наиболее уязвимых слоев населения, однако эти технические вопросы не являются основным препятствием для расширения охвата. В одной из недавних работ (Sharma et al., 2005) сделан вывод о том, что для профилактики эпидемии ВИЧ-инфекции и сокращения ее масштабов среди самых уязвимых групп выделяются недостаточные ресурсы. Имеющиеся же ресурсы не используются для поддержки стратегий, которые доказали свою эффективность, а услуги не сосредоточены в местах проживания представителей уязвимых групп. Поэтому охват остается неудовлетворительным. Авторы приходят к следующему выводу:

*«Общее впечатление – пренебрежение концентрированной эпидемией приведет к тому, что общий показатель распространенности превысит отметку в 1%, заставляя правительства ослабить интерес к уязвимым группам населения и перенести внимание на более удобные стратегии работы со всем населением при помощи просветительских кампаний в СМИ о ВИЧ/СПИДе, что приведет к еще большему пренебрежению работой среди уязвимых групп. В конечном счете, если такое пренебрежение будет продолжаться достаточно долго, возникнет настоящая полномасштабная эпидемия».*

## **9.3. ОБУЧЕНИЕ**

В грантах Глобального фонда значительное внимание уделяется обучению, а одним из основных индикаторов охвата программы является количество лиц, прошедших обучение<sup>43</sup>. Вместе с тем обучение, как правило, планируется поэлементно в ходе разработки заявки, при этом относительно слабо учитывается то, как оно впишется в программу в целом или в работу отдельных лиц по программе. Иногда это приводит к тому, что обучение планируется в большем объеме, чем это возможно для всей программы или для конкретных участников<sup>44</sup>.

Кроме того, обучение состояло в основном из коротких специальных семинаров, которые проводились без отрыва от работы. Необходимо уделить больше внимания следующим вопросам:

- обучению медицинского персонала до начала самостоятельной работы;
- проведению таких постоянных учебных курсов, как курсы антиретровирусной терапии, которые проводятся на Украине Учебно-информационным центром ВОЗ;
- рассмотрению других методик обучения, в частности наставничества, учебных посещений и др.

Важно не только обучать людей, но и обеспечить применение ими своих знаний на практике, продолжение их работы в программе и сохранение у них стимулов. Важными составляющими

---

<sup>41</sup> В их состав входят вертикальные структуры здравоохранения (см. рис. 2), в частности центры по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезные диспансеры, кожно-венерологические диспансеры и наркологические диспансеры.

<sup>42</sup> В основном такие системы первичной медицинской помощи, как семейные врачи, группы семейных врачей и семейные медицинские центры. В идеале эти системы должны включать и службу общественного здравоохранения, ориентированную на решение основных проблем общественного здравоохранения в стране.

<sup>43</sup> Индикатор первого уровня.

<sup>44</sup> В таких ситуациях обучение могут пройти не те, кому оно действительно нужно, особенно в условиях низкой заработной платы, когда участники обучения получают оплату за посещение занятий. Более того, в таких учреждениях посещение занятий может быть одной из главных причин отвлечения персонала от его основных функций (см. раздел 6.5. – «Управление человеческими ресурсами»).

процесса являются посещения наставников, оценка применения результатов обучения на практике, курсы усовершенствования.

Обучение нужно рассматривать не как самостоятельный продукт, а как средство содействия реализации программы. Обучение должно проводиться в нужное время и соответствовать формам и способам выполнения программы. Это особенно важно в отношении антиретровирусной терапии. На Украине обучение было сосредоточено в нескольких медицинских центрах; таким образом, основные специалисты этих центров проходили качественное профильное обучение. Вместе с тем оно было основано на модели использования междисциплинарной бригады медицинской помощи, которая на тот момент действовала не в полной мере. Поэтому в лечении людей, живущих с ВИЧ/СПИДом и получающих антиретровирусную терапию, участвовали и неподготовленные сотрудники<sup>45</sup>, особенно в некоторых стационарных учреждениях. В Таджикистане многие врачи прошли обучение без четкого понимания того, как нужно обеспечивать лечение. Кроме того, задержки в снабжении привели к тому, что обучение закончилось в тот момент, когда в стране еще не было антиретровирусных препаратов.

Обучение должно охватить всех сотрудников, которые будут заниматься той или иной работой. Например, на Украине врачи, медсестры и социальные работники прошли обучение применению антиретровирусной терапии одновременно. Такая практика была новой и встретила определенное сопротивление, особенно со стороны врачей, но она имела большое значение, так как подчеркнула необходимость для медицинских работников разных специальностей принимать участие в командной работе и уважать друг друга. Это совместное обучение способствовало привлечению социальных работников из НПО в государственные медицинские центры, благодаря чему улучшилось соблюдение режима антиретровирусной терапии.

#### **9.4. ФИНАНСОВЫЕ ПРЕПЯТСТВИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ РАБОТЕ**

Финансовые препятствия не являются основными барьерами, сдерживающими доступ уязвимых групп населения к услугам по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции (Drew, 2005e<sup>46</sup>). К числу основных препятствий относятся ограниченная доступность этих услуг и дефицит доверия к государственным службам у уязвимых групп. Вместе с тем в получении ухода, поддержки и лечения людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, препятствуют и некоторые финансовые барьеры. Самыми серьезными из них являются широко распространенная неофициальная плата, взимаемая с пациентов в секторе здравоохранения. Эти препятствия частично преодолеваются посредством предоставления бесплатных лекарств, в частности антиретровирусных препаратов, но для более устойчивого решения проблемы потребуются повышение внимания вопросу оплаты труда медицинских работников и введение системы официальной оплаты услуг<sup>47</sup>. В некоторых странах существуют и аномальные финансовые барьеры, в частности в Албании, где люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, имеют право на бесплатное лечение в стационаре, но не амбулаторно. В результате люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, могут необоснованно госпитализировать просто по финансовым основаниям.

#### **9.5. СТИМУЛИРОВАНИЕ**

Вопрос стимулирования частично рассмотрен в разделах, посвященных механизмам финансирования и человеческим ресурсам. Низкая заработная плата в государственном секторе – одно из основных препятствий для проведения эффективных программ борьбы с ВИЧ/СПИДом. В Кыр-

<sup>45</sup> Проблема заключается в разрыве между моделью, на которой было основано обучение, и фактической практикой. Модель исходила из того, что лечение больного проводится междисциплинарной бригадой медицинской помощи, в состав которой входит медсестра, врач и социальный работник и которая обслуживает как стационарных, так и амбулаторных пациентов. На практике такие бригады часто обслуживают только амбулаторных пациентов. Стационарных пациентов обслуживают другие специалисты. Многие сотрудники пока не прошли обучение.

<sup>46</sup> В настоящем докладе изучены препятствия, в результате которых охват бесплатной антиретровирусной терапией на Украине оказался ниже ожидаемого. Они показаны на рис. 1. С этими отчетами можно ознакомиться на сайте Альянса по ВИЧ/СПИДу в Украине: <http://www.aidsalliance.kiev.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/en/gfund/extrew/synergyta.htm>.

<sup>47</sup> Она может включать систему социального страхования или систему официальных тарифов на услуги, в том числе механизм эффективных льгот для тех категорий граждан, которые не могут их оплачивать.

гызстане добились определенных успехов в перераспределении средств, выделяемых на реформу здравоохранения, в пользу финансирования заработной платы медицинского персонала, но ни одна страна в регионе не использует систему оплаты по результатам работы, как это делает Камбоджа.

Одним из основных системных барьеров в оказании услуг по уходу, поддержке и лечению для ВИЧ-инфицированных является финансирование системы здравоохранения исходя из количества коек. В тех странах, где эта практика сохраняется (например, на Украине), приоритетом и в дальнейшем будет лечение стационарных пациентов, сохранится избыточная инфраструктура, а также ненужная и длительная госпитализация.

#### **9.6. ДОСТУП К ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТАМ**

Финансовые средства, предоставляемые Глобальным фондом, сыграли огромную роль в повышении доступности лекарственных препаратов, особенно антиретровирусных. Так, только на Украине антиретровирусную терапию получают более 2500 человек. Однако само по себе наличие медикаментов еще не делает их общедоступными (Drew and Malkin, 2005). Многие люди, живущих с ВИЧ/СПИДом, являются активными потребителями инъекционных наркотиков. Они смогут соблюдать режим антиретровирусной терапии только в том случае, если будут одновременно лечиться от наркотической зависимости. К тому же людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, необходима не только антиретровирусная терапия, но и лечение оппортунистических инфекций. Вызывает сожаление парадоксальная ситуация: некоторые люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, могут получать дорогостоящие антиретровирусные препараты, но не в состоянии пользоваться дешевыми препаратами для лечения оппортунистических инфекций.

Серьезные проблемы сохраняются и в государственном снабжении лекарственными препаратами и товарами медицинского назначения: чрезмерные цены, политическое вмешательство, непрозрачные процедуры и значительные задержки. В результате возникает серьезная озабоченность по поводу возможного дефицита и опасения в отношении устойчивости лечения после прекращения финансирования со стороны Глобального фонда. Кроме того, управление поставками лекарственных средств зачастую является неудовлетворительным и негибким, что затрудняет перемещение избыточных запасов препаратов из одного географического района в другой.

В некоторых областях лекарственные препараты предоставляются бесплатно, но существует система официальной или неофициальной оплаты связанных с ними услуг, в частности медицинских консультаций и лабораторных анализов.

#### **9.7. СОЧЕТАНИЕ УСЛУГ ГОСУДАРСТВЕННОГО И ЧАСТНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Данный вопрос подробно рассматривается в других разделах, особенно в отношении НПО. Глобальный фонд оказал масштабную поддержку более активному привлечению этого сектора как к управлению программами борьбы с ВИЧ/СПИДом, так и к их выполнению. Более скромные успехи достигнуты в привлечении коммерческого сектора.

#### **9.8. МОНИТОРИНГ**

Одним из ключевых вопросов, который возникает в том случае, когда финансовые средства Глобального фонда должны использоваться для укрепления системы здравоохранения, является вопрос о том, как будет проводиться мониторинг их использования, особенно для выявления их возможного влияния на три заболевания – малярию, туберкулез и ВИЧ/СПИД. В данном разделе рассматриваются эти вопросы. Он состоит из двух частей. В первой части рассматривается уже проделанная по этому вопросу работа, в основном Глобальным фондом. Во втором анализируется эта работа с точки зрения определенных ранее шести тематических направлений, и предлагаются дополнительные индикаторы для определения результативности мероприятий по укреплению систем здравоохранения.

Глобальный фонд разработал состоящую из четырех уровней структуру для мониторинга своей деятельности (см. рис. 7).

Рис. 7. Мониторинг работы Глобального фонда<sup>48</sup>



Особенно важны для мониторинга УСЗ два из этих уровней. Первый – *результаты работы*. С момента создания Глобального фонда проводится работа по определению потребностей и систем мониторинга и оценки; ее кульминационным этапом стало опубликование подготовленного несколькими агентствами сборника методов мониторинга и оценки (Global Fund, 2005<sup>49</sup>). В этом сборнике в краткой форме изложено общее понимание международными организациями тех индикаторов, которые используются для мониторинга программ борьбы с конкретными заболеваниями. Основной акцент делается на услугах, оказываемых в ключевых направлениях, и на количественном выражении их охвата на трех уровнях: численность прошедших обучение, количество пунктов оказания услуг, численность населения, охваченного услугами. Эти

<sup>48</sup> Графически представлен в публикации: Global Fund, 2005i.

<sup>49</sup> Проект второго издания датирован сентябрем 2005 г.

три уровня охвата стали надежной основой для мониторинга программ борьбы с конкретными заболеваниями. Эти же индикаторы могут использоваться и для мониторинга влияния программ по УСЗ, поддерживаемых Глобальным фондом, на ситуацию с конкретными заболеваниями. По сути дела, возможность продемонстрировать изменение индикаторов этой категории должно рассматриваться как принципиально важное доказательство того, что мероприятия по УСЗ оказывают наглядное влияние на борьбу с ВИЧ/СПИДом и одним из других целевых заболеваний.

Вместе с тем текущая работа по грантам на укрепление систем здравоохранения должна прямо фиксироваться количественными показателями. В проекте второго издания сборника предлагаются индикаторы для количественного выражения текущей работы по грантам на УСЗ (см. приложение I). После опубликования второго издания сборника любая заявка на финансирование УСЗ должна будет включать как эти индикаторы, позволяющие фиксировать укрепление систем здравоохранения количественно, так и индикаторы, показывающие влияние на конкретное заболевание. Индикаторы УСЗ организованы по шести направлениям: медицинское обслуживание, человеческие ресурсы, укрепление систем на уровне сообщества, информационные системы и текущие исследования, инфраструктура, управление закупками и поставками. Для каждого направления предлагаются три уровня индикаторов – итоговые достижения, результаты и воздействие (см. приложение I). Для индикаторов воздействия во всех шести направлениях дается ссылка на индикаторы результатов по конкретному заболеванию. Это целесообразно по многим причинам, так как желаемый эффект (т.е. воздействие) мероприятий по УСЗ должен наблюдаться на уровне конкретного заболевания.

Второй уровень – *системные воздействия* (Global Fund, 2005i); основное внимание сосредоточено на трех вопросах: мобилизующая роль денег Глобального фонда, развитие партнерств и устойчивость. Глобальный фонд предложил индикаторы по каждому из этих трех направлений (см. приложение J).

Данный раздел завершается анализом адекватности и целесообразности индикаторов, разработанных Глобальным фондом для мониторинга работы по УСЗ. Сначала вопрос рассматривается в общем плане, затем – применительно к шести тематическим направлениям, определенным в настоящем докладе (см. рис. 1). В приложении K содержатся некоторые дополнительные индикаторы, которые авторы доклада предлагают использовать для отслеживания хода работы в этих направлениях, особенно в странах Евразийского региона.

Во-первых, как указано в сборнике, индикаторы текущей работы ориентированы на государственный сектор здравоохранения<sup>50</sup>. В сборнике содержится замечание о том, что аналогичные индикаторы целесообразно использовать и для сектора НПО. Однако существует опасность того, что такой акцент может случайно привести к упрочению и без того распространенного представления о том, что национальная система здравоохранения и государственный сектор здравоохранения – тождественные понятия. Во-вторых, индикаторы имеют наибольшее значение для тех стран, для которых характерны генерализованные эпидемии половых заболеваний, и по этой и другим причинам<sup>51</sup> индикаторы могут иметь большее значение для стран других регионов. В-третьих, распределение индикаторов по двум уровням – системное воздействие и текущая деятельность – может приводить к путанице. Целесообразным могло бы быть объединение всех индикаторов на уровне системы, но при этом разделение их на индикаторы, которые поддаются количественному фиксированию международными организациями (например, Глобальным фондом), и индикаторы, которые измеряются на уровне страны получателями грантов.

Теперь можно перейти к рассмотрению этих индикаторов через «призму» тематических направлений, определенных в настоящем докладе. Что касается *управления*, то некоторые индикаторы, показывающие степень партнерства и унификации на уровне системного воздействия, предназначены для количественного измерения степени участия НПО в структурах управления программами, однако в основном сосредоточены на механизмах и структурах. Существуют ситуации, в которых представители НПО считают, что не принимают или почти не принимают участия, даже в тех случаях, когда выполнены условия, предусмотренные индикаторами. Напротив, представители НПО могут считать, что принимают реальное и значимое участие в управлении в таких си-

<sup>50</sup> За исключением индикаторов для оценки укрепления систем на уровне сообщества.

<sup>51</sup> Например, характер индикаторов человеческих ресурсов.

туациях, когда некоторые из механизмов управления отсутствуют. По этой причине в приложение К включен индикатор, основная задача которого – оценить удовлетворенность НПО степенью своего участия в управлении программой и в ее реализации. К числу предлагаемых дополнительных индикаторов относятся индикаторы, направленные на оценку связей между грантом и политикой в отношении здравоохранения и ВИЧ/СПИДа.

Что касается *финансирования*, то многие индикаторы мобилизующей роли и устойчивости системного воздействия Глобального фонда требуют наличия информации об объеме средств, расходуемых на борьбу с ВИЧ/СПИДом на национальном уровне. Однако в странах Евразийского региона эта информация в основном отсутствует, поскольку ни одна страна регулярно не ведет национальные счета по ВИЧ/СПИДу. Количество стран, имеющих национальные счета по ВИЧ/СПИДу, приводится как индикатор в приложении К. Ни один из предлагаемых в настоящее время индикаторов не отслеживает степень объединения финансовых средств Глобального фонда с другими механизмами финансирования здравоохранения. В приложении К предлагается подходящий индикатор, а также еще один индикатор, который измеряет степень децентрализации финансовых средств Глобального фонда в стране.

В сборнике методов мониторинга и оценки есть несколько индикаторов, связанных с *организацией снабжения лекарственными препаратами и товарами медицинского назначения*, как специальных индикаторов текущей работы по УСЗ. Однако они предназначены конкретно для борьбы с туберкулезом. Они имеют важное значение, но может потребоваться их расширение за счет включения лекарственных средств и товаров для больных ВИЧ/СПИДом. Большое значение имеет также индикатор результатов, касающийся дефицита запасов; было бы особенно полезно разделить их по категориям лекарственных препаратов и отдельным товарам. Предлагаемые индикаторы напрямую не решают ключевые вопросы затрат и своевременности закупок<sup>52</sup>. Возможные индикаторы для этих вопросов содержатся в приложении К.

В сборник методов мониторинга и оценки включены несколько индикаторов, связанных с *управлением человеческими ресурсами*, как специальные индикаторы текущей работы по УСЗ. Однако, судя по всему, они разработаны исходя из предположения о дефиците медицинских кадров и недоукомплектования штатов в медицинских учреждениях. Поэтому они могут иметь ограниченное значение для Евразийского региона, в котором проблемы связаны в основном с низким уровнем заработной платы, низким уровнем подготовки и низким уровнем мотивации персонала, для которого характерны стигматизация и дискриминация по отношению к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, и к уязвимым группам. Предлагаемые индикаторы сосредоточены на обучении<sup>53</sup>, но они по-настоящему не решают другие вопросы. По этой причине в приложении К предлагается несколько других индикаторов.

Возможно, наиболее эффективные индикаторы представлены для направления *«медицинское обслуживание»*, особенно в отношении конкретных заболеваний. Несколько индикаторов содержится в разделе об УСЗ. В приложении К предлагается несколько дополнительных индикаторов, сосредоточенных на координировании услуг, в том числе на лечении туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, и объединении лабораторных услуг.

Наконец, индикаторы, касающиеся *общественного здравоохранения и эпидемиологического надзора*, содержатся в разделе «Информационная система и текущие исследования» сборника методов мониторинга и оценки. Однако они просто отмечают, проводились исследования или нет, но не отслеживают проведения исследований в структуре других систем надзора (информации) или использования этих исследований в качестве основы для мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИДом в общенациональном масштабе. В приложении К предлагаются индикаторы этой работы, а также показатель количества стран, в которых существует единая структура общественного здравоохранения, ответственная за основные вопросы общественного здравоохранения в данной стране.

<sup>52</sup> Хотя существует понимание того, что несвоевременность закупок может привести к образованию дефицита.

<sup>53</sup> Например, индикаторы охвата, предусмотренные для конкретных заболеваний.

## 10. ВЫВОДЫ

Задачей настоящего исследования было определение препятствий, существующих в национальных системах здравоохранения для эффективной разработки программ борьбы с ВИЧ/СПИДом в странах Евразийского региона. Это весьма серьезные препятствия, и совершенно очевидно, что Глобальный фонд в одиночку не может их преодолеть. Однако, координируя работу с другими международными партнерами и нацеливая мероприятия на те области, в которых они могут оказать максимальное воздействие на три наиболее серьезных заболевания – малярию, туберкулез и ВИЧ/СПИД, – Глобальный фонд, вне всякого сомнения, может сыграть очень важную роль в преодолении этих препятствий. Группа по оценке считает: наиболее эффективно это произойдет в регионе, если настоятельно рекомендовать странам включать элементы УСЗ в свои заявки на финансирование борьбы с конкретными заболеваниями, вместо того чтобы подавать самостоятельные заявки по этому компоненту.

АМР США может привлечь значительное финансирование для стран Евразийского региона, предоставляя им техническую помощь для подготовки связанных с УСЗ заявок для Глобального фонда. К числу ключевых принципов такой технической помощи должны относиться:

- содействие надлежащим образом ориентированным мерам по борьбе с концентрированной эпидемией ВИЧ/СПИДа и эпидемией с низким уровнем распространения;
- содействие соответствующим изменениям политики в отношении здравоохранения;
- расширение понимания того, что система здравоохранения не ограничивается государственным сектором здравоохранения.

Содержащиеся в заявке элементы УСЗ могут быть сгруппированы по шести темам: управление, финансирование, организация снабжения медицинскими средствами и лекарственными препаратами, управление человеческими ресурсами и их планирование, общественное здравоохранение и эпидемиологический надзор (см. рис. 1). Любая заявка, связанная с УСЗ, должна содержать четкие критерии мониторинга как мероприятий, связанных с УСЗ, так и предлагаемых результатов борьбы с конкретными заболеваниями.

## 11. БЛАГОДАРНОСТЬ

Группа по оценке благодарит всех, кто помог выполнить эту работу. Мы особенно благодарим сотрудников Бюро по Европе и Евразии АМР США за заказ данного доклада; сотрудников проекта «Синергия» Сьюзен Дьюберстейн и Эллен Смид за общую организацию работы; Академию развития образования и Ирину Решевскую, соответственно, за организацию работы в Центральной Азии и на Украине; Фореста Данкана, Делну Ганди, Андреаса Тамберга и Майкла Боровица за замечания по первой редакции проекта доклада; а также всех респондентов, которые предоставили информацию членам группы в ходе встречи или по телефону.

## ПРИЛОЖЕНИЯ



## **ПРИЛОЖЕНИЕ А. ГРАФИК ВСТРЕЧ**

### **Душанбе, Таджикистан<sup>54</sup>**

*4 октября 2005 г.*

Фаридун Камолиддинов, проект START, Академия развития образования

Питер Арго, страновой представитель, АМР США, и Азиза Хамидова, специалист по здравоохранению, АМР США

Уильям Пейтон, региональный координатор ООН; Игорь Боск, заместитель регионального координатора ООН; Зебо Джалилова, заместитель директора отдела грантов Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией; Салебан Умар, региональный руководитель программ ЮНЭЙДС

З. Авгонов, заместитель министра здравоохранения

Зухра Халимова, исполнительный директор Института «Открытое общество»

*5 октября 2005 г.*

Встреча с грантополучателями АМР США. Присутствовали: Умед Ибрагимов, программа CAPACITY; Михаил Читалкин, «СПИД Фонд Восток-Запад»; Марианн Шеридан, «ЗдравПлюс»; Владимир Магкоев, Институт «Открытое общество»; Томас Мор, проект «Надежда»

Назира Артикова, координатор, Всемирная организация здравоохранения

*6 октября 2005 г.*

Нилуфар Пурзанд, координатор программы, и Ниссо Касимова, координатор проектов по ВИЧ/СПИДу, ЮНИСЕФ

Салебан Омар, советник по ВИЧ/СПИДу, ЮНЭЙДС; Мария Болтаева, специалист по мониторингу и оценке, ЮНЭЙДС; Зебо Джалилова, заместитель руководителя, Глобальный фонд борьбы с ВИЧ/СПИДом и ПРООН

Арсен Хадзиев, консультант по вопросам кадрового развития, Всемирный банк

*7 октября 2005 г.*

Келси Харрис-Смит, Отдел оборонного сотрудничества

Азиза Хамидова, специалист по здравоохранению, АМР США

Амир Ансари, специалист по здравоохранению, ЮНИСЕФ

Салебан Омар, советник по ВИЧ/СПИДу, ЮНЭЙДС; Мария Болтаева, специалист по мониторингу и оценке, ЮНЭЙДС

Отчетное заседание. Присутствовали: Питер Арго, страновой представитель, АМР США; Азиза Хамидова, специалист по здравоохранению, АМР США; Уильям Пейтон, региональный координатор

---

<sup>54</sup> У Джорджа Первиса возникли сложности с авиарейсами, поэтому все интервью в Душанбе проводил только Роджер Дрю.

тор ООН; Игорь Боск, заместитель регионального координатора ООН; Зебо Джалилова, заместитель директора отдела грантов Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией; Саледбан Умар, региональный руководитель программ ЮНЭЙДС; Умед Ибрагимов, программа CAPACITY; Назира Артикова, координатор, Всемирная организация здравоохранения; Мария Болтаева, специалист по мониторингу и оценке, ЮНЭЙДС; Арсен Хадзиев, консультант по вопросам кадрового развития, Всемирный банк; Юкие Мокуо, ЮНИСЕФ.

## **Бишкек, Кыргызстан**

*7 октября 2005 г.*<sup>55</sup>

Дамира Бибосунова, специалист по управлению проектами в области здравоохранения, АМР США

Айнура Ибраимова, Фонд обязательного медицинского страхования

Айнагуль Исакова, сектор по координации и мониторингу в области ВИЧ/СПИДа

Крис Лавлейс, Всемирный банк

Эльвира Муратлиева, программа CAPACITY

*9 октября 2005 г.*

Шейла О'Доэрти, руководитель проекта, и Марк Макюэн, страновой менеджер, «ЗдравПлюс II»

*10 октября 2005 г.*

Дамира Бибосунова, специалист по управлению проектами в области здравоохранения, АМР США

Шайлообек Ниязов, министр здравоохранения;

Касымбек Мамбетов, государственный секретарь;

Айнура Ибраимова, заместитель министра и директор Фонда обязательного медицинского страхования;

Сабирджан Абдрахимов, генеральный директор Департамента государственного санитарно-эпидемиологического надзора;

Айнагуль Исакова, руководитель сектора по координации и мониторингу в области ВИЧ/СПИДа

*11 октября 2005 г.*

Эльвира Муратлиева, страновой директор, программа CAPACITY

Айнагуль Осмонова, страновой менеджер, сектор медицинских мероприятий программы Всемирного банка

Гульмира Айтмурзаева, директор Центра укрепления здоровья

---

<sup>55</sup> Подготовительные встречи проводил Джордж Первис.

Борис Шапиро, генеральный директор Национального центра по борьбе со СПИДом, и Талгат Субанбаев, менеджер программ борьбы с ВИЧ/СПИДом, отдел реализации проекта Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией

Айсулуу Болотбаева, координатор медицинских программ Фонда «Сорос –Кыргызстан»

*12 октября 2005 г.*

Автандил Алишеров, генеральный директор Национального центра фтизиатрии

Александр Кан, менеджер проектов, проект Глобального фонда (компонент «Борьба с туберкулезом»)

Яничка Роос, региональный директор, Региональная программа борьбы с ВИЧ/СПИДом в Центральной Азии

Мелитта Якаб, постоянный советник, Проект анализа политики здравоохранения (Всемирная организация здравоохранения совместно с Британским департаментом международного развития)

Крис Лавлейс, старший менеджер, Всемирный банк

*13 октября 2005 г.*

Мирлан Мамиров, главный специалист по мониторингу и оценке сектора по координации и мониторингу в области ВИЧ/СПИДа

Борис Шапиро, генеральный директор Национального центра по борьбе со СПИДом

Екатерина Паниклова, сотрудник программы, ПРООН

### **Женева, представительство Глобального фонда**

*14 октября 2005 г.*

Бет Энн Плоумен и Прерна Банати, отдел стратегической информации и оценки

Валерий Чернявский и Кармен Беннет, портфельные менеджеры Фонда

Руван де Мел, генеральный менеджер по портфельным услугам и проектам; К. Карл Мэнлен, сотрудник программы

Дэниел Лоу-Бир, старший менеджер, отдел стратегической информации и оценки

### **Встречи в Вашингтоне<sup>56</sup>**

*27 октября 2005 г.*

Участники встречи: Роберт С. Эмери, сотрудник по развитию надзора в области здравоохранения, отдел здравоохранения, инфекционных заболеваний и питания; Джеймс Р. Хейби, сотрудник по медицинским вопросам, Проект по обеспечению качества здравоохранения в республиках Центральной Азии и в Российской Федерации; Форест Данкан, Бюро по Европе и Евразии; Делна Ганди, Бюро АМР США по глобальному здравоохранению

---

<sup>56</sup> Проводил только Джордж Первис.

*14 ноября 2005 г.*

Энтони Бони, специалист АМР США по организации снабжения лекарственными препаратами  
Д'Арси Ричардсон, старший советник АМР США по вопросам туберкулеза и инфекционных заболеваний

Встреча со следующими участниками: Нин Алруц, координатор АМР США по работе с Глобальным фондом; Маргарет Винн, помощник директора по специальным вопросам, отдел вопросов глобального здравоохранения; Питер Мамакос, отдел координатора глобального здравоохранения; Форест Данкан, сотрудник по развитию здравоохранения, Бюро АМР США по Европе и Евразии

### **Интервью по телефону**

*1 ноября 2005 г.*

Михаил Фаворов и Бауржан Жуссупов, Центры контроля и профилактики заболеваний, Алматы<sup>57</sup>  
Керри Пелцман и Андреас Тамберг, АМР США, Алматы, Региональная миссия АМР США в Центральной Азии\*  
Джо Катцин, Всемирная организация здравоохранения – Европа, Копенгаген\*

*2 ноября 2005 г.*

Майкл Боровиц, Институт «Открытое общество»\*

*22 ноября 2005 г.*

Нин Алруц, координатор АМР США по работе с Глобальным фондом\*

*6 декабря 2005 г.*

Пол Эмер, АМР США

*8 декабря 2005 г.*

Клодиа Эллерс, Джефф Сандерсон, Драгана Весков и Тони Хаджинс, компания John Snow Incorporated/Deliver<sup>\*\*58</sup>

*9 декабря 2005 г.*

Сара Беннет, Abt Associates\*\*

---

<sup>57</sup> \*Только Роджер Дрю.

<sup>58</sup> \*\*Только Джордж Первис.

## Украина

*29 ноября 2005 г.*

Посещение Киевского городского центра СПИДа\*\*

Посещение программ Украинской ассоциации снижения вреда \*\*

*30 ноября 2005 г.*

Андрей Клепиков, директор Международного альянса по ВИЧ/СПИДу, Украина

Встреча для обсуждения закупок и поставок лекарственных препаратов. Присутствовали: Бетси Уилски, Программа обоснованных технологий в здравоохранении; Захедул Ислам Мохамед, «Врачи без границ»; Ольга Косяк, ЮНИСЕФ; Татьяна Тарасова, ЮНИСЕФ

Андрей Гук и Олег Семерик, проект POLICY

*1 декабря 2005 г.*

Виктор Рыбчук, бывший заместитель министра здравоохранения

Встреча для обсуждения мониторинга и оценки. Присутствовали: Вина Лакумалани, Британский совет; Алексей Яраменко, проект POLICY; Людмила Гусак, «Альянс»; Ольга Варетская, «Альянс»; Анна Довбах, «Альянс»; Лариса Бочкова, Украинский центр профилактики и борьбы со СПИДом; Винай Салдана, ЮНЭЙДС

Нэнси Годфри и Александр Черкасс, АМР США

Володимир Романив и Валерий Хмарский, Сектор медицинских мероприятий программы Всемирного банка

*2 декабря 2005 г.*

Свитлана Купряшкина-Макгилл, Международный фонд «Возрождение»

Александрина Татьяна, Министерство здравоохранения

Светлана Антоняк, Клиника Киево-Печерской Лавры

Владимир Жовтяк и Артур Овсепян, Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом

*7 декабря 2005 г.*

Элиот Перлман и Уильям Уикэм, генеральный директор, Delta Medical\*



## ПРИЛОЖЕНИЕ В. БИБЛИОГРАФИЯ

- All-Ukrainian Network of People Living with HIV (2005) **ARV Price Comparison MOH vs Global Fund Project.**
- Anonymous (undated, a) **Kyrgyzstan.** Это объемный документ, в котором обобщается положение с ВИЧ/СПИДом в стране и меры по борьбе с ним. Судя по всему, представляет собой сборник материалов из разных источников.
- Anonymous (undated, b) **Human Resource Changes in Primary Care.** Данный документ получен в ходе личной встречи одним из консультантов (Дж. Первисом).
- Anonymous (undated, c) **Inventory of RPM Plus Activities in Support of GFATM.** Справка о поддержке, оказанной RPM Plus работе Глобального фонда (объем – 4 стр.).
- American Public Health Association (2004) **The Impact of Global Fund Activities on Health Systems.** Заседание на конференции «Общественное здравоохранение и окружающая среда» (6-10 ноября 2004 г., Вашингтон).
- Arias, J., Cleland, T. and Connell, P. (2004) **Assessment of the Partners for Health Reformplus (PHRplus) Project.** Produced by the POPTECH project for USAID.
- Bennett, S. and Fairbank, A. (2003) **The System-Wide Effects of the Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria: A Conceptual Framework Produced by PHRplus,** October 2003
- Borowitz, M., O'Dougherty, S., Wickham, C., Hafner, G., Simidjijiski, J., VanDevelde, C. A., McEuen, M. and Purvis, G. P. (1999) **Conceptual Foundations for Central Asian Republics Health Reform Model,** September 1999, Zdrav Reform Program, USAID.
- Brown, A. (2001) **Integrating Vertical Health Programmes into Sector-wide Approaches: Experiences and Lessons,** Swiss Agency for Development Cooperation/Institute for Health Systems Development, July 2001.
- Brugha, R., Starling, M., Walt, G. (2002) **Lessons for Global Health Alliances: Achievements and Problems of the Global Alliance for Vaccines and Immunisation (GAVI).** *The Lancet*, 2002.
- Brugha, R., Stillman, K. (2004) **A Policy Analysis of Global Fund Activities in Country.** Доклад на заседании, посвященном влиянию работы Глобального фонда на системы здравоохранения, в рамках конференции «Общественное здравоохранение и окружающая среда» (6-10 ноября 2004 г., Вашингтон).
- Brugha, R., Donoghue, M., Starling, M., Walt, G., Cliff, J., Fernandes, B., Nhadave, I., Ssengooba, F., Pariyo, G. and Ndubani, P. (2005a) **Global Fund Tracking Study: A Cross-Country Comparative Analysis.** Downloaded from [http://www.theglobalfund.org/en/files/links\\_resources/library/studies/IE13\\_full.pdf](http://www.theglobalfund.org/en/files/links_resources/library/studies/IE13_full.pdf). Accessed December 1, 2005.
- Brugha, R., Donoghue, M., Starling, M., Walt, G., Cliff, J., Fernandes, B., Nhadave, I., Ssengooba, F., Pariyo, G., Ndubani, P. and Mwale, S. (2005b) **Global Fund Tracking Study: Country Summaries and Conclusions** Downloaded from [http://www.theglobalfund.org/en/files/links\\_resources/library/studies/IE14\\_full.pdf](http://www.theglobalfund.org/en/files/links_resources/library/studies/IE14_full.pdf). Accessed December 1, 2005.
- Brugha, R., Starling, M., and Walt, G. (2002) **GAVI The First Steps: Lessons for the Global Fund.** *Lancet*.359:435-438. Reprinted on the ELDIS Web site, <http://www.eldis.org/static/DOC11486.htm>, as

"Lessons for Global Health Alliances: Achievements and Problems of the Global Alliance for Vaccines and Immunisation."

- Burrows, D. and Sharma, M. (2005) **Report of a Meeting of Open Society Institutes Public Health Staff and Key Individuals to Discuss Strengthening Resource Mobilization, Implementation and Monitoring and Evaluation in Concentrated HIV/AIDS Epidemics Worldwide**: January 25-27 2005 New York. Draft report prepared for Open Society Institutes by AIDS Projects Management Group, February 20, 2005.
- Carlson, C. (2004) **Mapping Global Health Partnerships: What They Are, What They Do and Where They Operate**. Данная работа представляет собой часть исследования, проведенного Центром человеческих ресурсов ДМР.
- CCM Cambodia (2005) **Addressing Gaps in Services in the Fight against AIDS, Malaria and TB**. Заявка, поданная в Глобальный фонд в ходе Пятого раунда финансирования.
- CCM Georgia (2005) **Expansion of the Existing HIV/AIDS Prevention and Treatment Activities in Georgia with Relevant Health System Capacity Building**. Заявка, поданная в Глобальный фонд в ходе Пятого раунда финансирования (отклонена).
- CCM Kyrgyzstan (2002) **Development of Preventive Programs on HIV/AIDS, TB and Malaria Aimed at Reducing Social and Economic Consequences of their Spread**. Заявка, поданная в Глобальный фонд в 2002 г. Содержит компоненты по борьбе и с туберкулезом, и с малярией.
- CCM Malawi (2005) **Health Systems Strengthening and Orphan Care and Support**. Заявка, поданная в Глобальный фонд в ходе Пятого раунда финансирования в 2005 г.
- CCM Rwanda (2005) **Assuring Access to Quality Care: The Missing Link to Combat AIDS, Tuberculosis and Malaria in Rwanda**. Заявка, поданная в Глобальный фонд в ходе Пятого раунда финансирования в 2005 г.
- CCM Tajikistan (2002) **Support to the Strategic Plan of the National Response to the HIV/AIDS Epidemics in Prevention Activities among IDUs, sex workers and youth and envisaging blood safety**. Заявка, поданная в Глобальный фонд в 2002 г. Документ существует в полной форме и в форме резюме.
- CCM Tajikistan (2003) **Support of Republican Program to Fight TB for 2003-2010**. Заявка, поданная в Глобальный фонд в марте 2003 г. Документ существует в полной форме и в форме резюме.
- CCM Tajikistan (2004) **Reducing the Burden of HIV/AIDS and Malaria in Tajikistan**. Заявка, поданная в Глобальный фонд в ходе Четвертого раунда финансирования в апреле 2004 г. Документ существует в полной форме и в форме резюме.
- Chalmers, F. (2001) **Target Global Funds 'to Health Systems, not Diseases**.<sup>1</sup> Originally published in *Healthmatters* issue 45, Summer 2001. Downloaded from <http://www.healthmatters.org.uk/issue45/globalfunds> October 17, 2005.
- Cohen, D.A., Wu, S-Y., and Farley, T.A. (2005) **Cost-Effective Allocation of Government Funds to Prevent HIV Infection**. *Health Affairs*, Vol 24, Issue 4, pp. 915-926. Downloaded from <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/24/4/915>. Accessed December 5, 2005.
- Connecticut Department of Public Health (2005) **Glossary**. Available at <http://www.dph.state.ct.us/OPPE/sha99/glossary.htm#H>.

- Country Multisectoral Coordination Committee (undated) **Structure of the Country Multisectoral Coordination Committee (CMCC) under the Government of Kyrgyzstan on Fight against HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria.** Проект органограммы (объем – 1 стр.).
- Country Multisectoral Coordination Committee (2005) **Scaling Up the National Response to the HIV/AIDS Epidemic in Kyrgyzstan.** Заявка подготовлена для Пятого раунда финансирования Глобального фонда, но не подана.
- Drew, R. (2005a) **Hot Topics in HIV/AIDS.** Доклад в Бюро AMP США по Европе и Евразии на семинаре административных работников здравоохранения. Киев, сентябрь 2005 г.
- Drew, R. (2005b) **Global Fund Grant to Ukraine: Real-time Analysis of Lessons Learned from Appointment of a Grant Steward: Briefing on Trip 3.** Материал подготовлен в марте 2005 г. как отчет об опыте организации закупок товаров и услуг на Украине.
- Drew, R. (2005c) **Global Fund Grant to Ukraine: Real-time Analysis of Lessons Learned from Appointment of a Grant Steward: Briefing on Trip 2.** Материал подготовлен в марте 2005 г. как отчет об опыте выбора и назначения управляющего грантом и опыте создания связанных с грантом структур.
- Drew, R. (2005d) **Global Fund Grant to Ukraine: Real-time Analysis of Lessons Learned from Appointment of a Grant Steward: Briefing on Trip 5.** Материал подготовлен в апреле 2005 г. как отчет об опыте осмысления функций разных заинтересованных лиц, в том числе о взаимодействии между ними.
- Drew, R. (2005e) **Global Fund Grant to Ukraine: Real-time Analysis of Lessons Learned from Appointment of a Grant Steward: Briefing on Trip 4.** Материал подготовлен в апреле 2005 г. как отчет об опыте распространения антиретровирусной терапии на Украине.
- Drew, R. and Choudhri, Y. (2005) **HIV/AIDS Surveillance in the Europe and Eurasia Regions.** Отчет для AMP США, подготовлен проектом «Синергия» в январе 2005 г..
- Drew, R. and Malkin, J-E (2005) **Global Fund Grant to Ukraine: Real-time Analysis of Lessons Learned from Appointment of a Grant Steward: Briefing on Trip 4.** Материал подготовлен в апреле 2005 г. как отчет об опыте снабжения антиретровирусными препаратами на Украине.
- Duncan, F. (2005) **Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria and Health Systems Definitions of Health Systems Strengthening.** Из личной переписки, сообщение эл. почты от 25 октября 2005 г.
- Emrey, B. (2005) **Health Systems and Enabling Environment: Current Technical Situation.** Доклад в формате PowerPoint, сделан 17 августа 2005 г.
- European Observatory on Health Care Systems (2000a) **Health Care Systems in Transition: Kyrgyzstan.**
- European Observatory on Health Care Systems (2000b) **Health Care Systems in Transition: Tajikistan.**
- European Observatory on Health Systems and Policies (2004) **Health Care Systems in Transition: Ukraine.**
- European Observatory on Health Care Systems (2005) **Health Care Systems in Transition: Kyrgyzstan** Vol. 7, No. 2, 2005.
- Friedman, E. A. (2005) **Guidance to the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria and Support for Human Resources for Health.** Материал подготовлен организацией «Врачи за права человека».
- Garmaise, D. (2005) *The Aidsplan Guide to Round 5 Applications to the Global Fund*, 2<sup>nd</sup> ed., April 24, 2005.

Global Alliance for Vaccines and Immunization (2005) **Proposal for GAVI to Invest in Health Systems Strengthening (HSS) Support.**

Global Fund (undated) **Grant Performance Report: Tajikistan HIV.** Отчет о первом гранте.

Global Fund (2003a) **Program Grant Agreement between the Global Fund and UNDP** for first HIV grant in Tajikistan beginning May 2003.

Global Fund (2003b) **History of the Fund in Details.** Downloaded from <http://www.theglobalfund.org/en/about/road/history/default.asp>, October 17, 2005.

Глобальный фонд (2003c). **Рамочный документ Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.**

Глобальный фонд (2003d). **Фидуциарные соглашения для реципиентов грантов.**

Global Fund (2004a) **Program Grant Agreement between the Global Fund and UNDP** for the second HIV grant in Tajikistan beginning January 2005.

Global Fund (2004b) **Program Grant Agreement between the Global Fund and Project Hope** for a TB grant in Tajikistan beginning November 2004.

Global Fund (2004c) **Program Grant Agreement between the Global Fund and National AIDS Center of Government of the Republic of Kyrgyzstan.** TB grant beginning March 2004.

Global Fund (2004d) **Program Grant Agreement between the Global Fund and National Center of Phthisiology of the Government of the Republic of Kyrgyzstan.** Грант на борьбу с туберкулезом начал действовать в марте 2004 г.

Global Fund (2005a) **Grant Performance Report: Tajikistan HIV.** Отчет о втором гранте (начало – январь 2005 г.), представлен 6 сентября 2005 г.

Global Fund (2005b) **Grant Performance Report: Tajikistan TB.** Отчет о гранте на борьбе с туберкулезом (начало – март 2004 г.), представлен 6 сентября 2005 г.

Global Fund (2005c) **Grant Performance Report: Kyrgyzstan TB.** Отчет о гранте на борьбе с туберкулезом (начало – март 2004 г.), представлен 6 сентября 2005 г.

Global Fund (2005d) **Grant Performance Report: Kyrgyzstan HIV.** Отчет о гранте на борьбе со СПИДом (начало – март 2004 г.), представлен 6 сентября 2005 г.

Global Fund (2005e) **Guidelines for Proposals: Fifth Call for Proposals.** Geneva, March 17, 2005.

Global Fund (2005f) **Progress Reports.** Индивидуализируемые отчеты, опубликованные на сайте Глобального фонда : [http://www.theglobalfund.org/en/funds\\_raised/reports/](http://www.theglobalfund.org/en/funds_raised/reports/)

Global Fund (2005g) **Prioritization among TRP-Recommended Proposals.** Из данной таблицы в формате Excel видно, как Глобальный фонд принимал решения о финансировании заявок, рекомендованных ГТО.

Global Fund (2005h) **Eleventh Board Meeting.** Женева, 28-30 сентября 2005 г.

Global Fund (2005i) **Measuring the Systems Effects of the Global Fund.** Материал подготовлен при содействии ДМР. Женева, 2005 г.

Глобальный фонд (2005j) **Приглашение подавать заявки. Данные о Пятом раунде: 1 и 2.** Два компакт-диска, подготовленных Глобальным фондом. Содержат перечень заявок,

проанализированных ГТО, перечень компонентов, проанализированных ГТО (по категориям), перечень заявок, не соответствующих требованиям Глобального фонда, замечания ГТО обо всех проанализированных заявках, справки обо всех проанализированных заявках, а также полные тексты всех рекомендованных к утверждению заявок. Диски являются приложением к отчету ГТО, подготовленному для 11 заседания правления Фонда (см.: Global Fund, 2005k).

Global Fund (2005k) **Report of the Technical Review Panel and Secretariat on Round Five Proposals.**

Подготовлен для 11 заседания правления Фонда. Женева, сентябрь 2005 г.

Global Fund (2005l) **Monitoring and Evaluation Toolkit: HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria.** 2-е изд., сентябрь 2005 г. Проект.

Global Fund (2005m) **Issues highlighted by TRP re-HSS Proposals.** Документ для служебного пользования, в котором анализируются выявленные ГТО положительные и отрицательные характеристики заявок, представленных в Глобальный фонд в ходе Пятого раунда финансирования по компоненту «Укрепление систем здравоохранения». Включает таблицу в формате Excel и содержательный отчет объемом в 1 стр. (*General Information on Round 5 HSS Proposals*).

Global Fund (2005n) **Harmonization of Global Fund Programs and Donor Coordination: Four Case Studies with a Focus on HIV/AIDS.**

Godinho, J., Renton, A., Vinogradov, V., Novotny, T., Rivers, M-J. (2005) **Reversing the Tide: Priorities for HIV/AIDS Prevention in Central Asia.** World Bank Working Paper No. 54, Washington, DC.

Hausner, D.S. (2005) **The CAPACITY Project Strategic Framework.** Доклад в Душанбе, август 2005.

Health Systems Action Network (2005) **Welcome to the Health Systems Action Network (HSAN)!** HSAN Web site, <http://www.hsnet.org/index.html>. Accessed November 28, 2005.

High Level Forum on the Health Millennium Development Goals (2005) **Working Group on Global Health Partnership: Report: Best Practice Principles for Global Health Partnership Activities at Country Level.** High-level forum on the health Millennium Development Goal's Web site, <http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/GlobalHealthPartnerships.pdf>. Accessed March 2, 2006.

Johns Hopkins University (2004) **Untitled Document.** В документе представлены результаты обследования, проведенного среди потребителей инъекционных наркотиков в Душанбе в 2004 г.

JSI Deliver (2005) **No Product? No Program. Logistics for Health.** JSI Deliver Web site, [http://portalprd1.jsi.com/portal/page?\\_pageid=93,3144386,93\\_3144560:93\\_3144571&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://portalprd1.jsi.com/portal/page?_pageid=93,3144386,93_3144560:93_3144571&_dad=portal&_schema=PORTAL). Accessed December 1, 2005.

Khodakevich, L. (undated) **CAPACITY: 60+ Challenges.** PowerPoint presentation.

Kolyada, L. (2004) **Health Systems Strengthening and HIV/AIDS: Annotated Bibliography and Resources.** Produced by PHRplus, March 2004, as one of a series of Health Reform Tools.

Lekhan, V. M. and Rudiy, V. M. (2005) **Key Strategies for Further Development of the Health Care Sector in the Ukraine.** Совместный доклад Министерства здравоохранения, Министерства экономики, Всемирного банка, Европейской комиссии и Шведского международного агентства по развитию.

London School of Hygiene and Tropical Medicine (2004) **GFATM Tracking Study.** Web site, <http://www.lshtm.ac.uk/hpu/GFATM.htm>. Accessed December 1, 2005. Similar information is available at [http://www.hsd.lshtm.ac.uk/projects/show\\_project.php?ProjectID=56](http://www.hsd.lshtm.ac.uk/projects/show_project.php?ProjectID=56).

- Management Sciences for Health (2005) **Rational Pharmaceutical Management (RPM) Plus**. Web site: [http://portalprd1.jsi.com/portal/page?\\_pageid=93,3144386,93\\_3144560:93\\_3144571&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://portalprd1.jsi.com/portal/page?_pageid=93,3144386,93_3144560:93_3144571&_dad=portal&_schema=PORTAL). Accessed December 1, 2005.
- McCoy, D. (2005) **Expanding Treatment Access and Strengthening HIV /AIDS Programmes in Ways that Strengthen the Broader Health Systems Agenda: Issues for the Global Fund to Fight HIV/AIDS, TB and Malaria**. MRC South Africa, AIDS Bulletin.
- McKinsey and Company (2005) **Global Health Partnerships: Assessing Country Consequences**. Работа подготовлена в апреле 2005 г. для представительной встречи, посвященной целям развития в новом тысячелетии.
- Министерство здравоохранения Республики Кыргызстан (2005) **Национальная программа реформы здравоохранения КР «Манас Таалими» (2006-2010)**.
- Министерство здравоохранения, Фонд обязательного медицинского страхования, отдел Всемирного банка по реализации проектов, проект ВОЗ и ДМР по анализу политики в области здравоохранения (2005). **Четвертый комплект индикаторов для мониторинга здравоохранения**.
- MOH, DFID, UNAIDS (2005) **Coordination Mechanisms for Responding to the HIV/AIDS Epidemic in Ukraine**. Kyiv, Ukraine, March 2005.
- Murray, C.J.L. and Frenk, J. (2000) **A Framework for Assessing the Performance of Health Systems**. Bulletin of the World Health Organization, 78(6):717-731 cited in Bennett, S. and Fairbank, A. (2003) The System-Wide Effects of the Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria: A Conceptual Framework— Produced by PHRplus, October 2003.
- National AIDS Center (2004a) [Kyrgyzstan] **Second Disbursement Request**, submitted July 2004.
- National AIDS Center (2004b) [Kyrgyzstan] **Third Disbursement Request**, submitted December 2004.
- National Center of Phthisiology (2004) [Kyrgyzstan] **Second Disbursement Request**, submitted September 2004.
- National Center of Phthisiology (2005) [Kyrgyzstan] **Third Disbursement Request**, submitted March 2005.
- O'Dougherty, S. (2005) **Health Systems Barriers to Global Fund Implementation: Tajikistan, Kyrgyzstan and Comparison**. При личной встрече.
- Олимова С., Боск И. (2003). **Трудовая миграция из Таджикистана**. Опубликовано миссией Международной организации по миграции.
- Oxfam (2002) **False Hope or New Start: The Global Fund to Fight HIV/AIDS, TB and Malaria**. Oxfam Briefing Paper No. 24.
- PHRplus (2005) **About the Systemwide Effects of the Fund (SWEF) Research Network Initiative**. Web site, <http://www.phrplus.org/swef.php>. Accessed December 1, 2005. Details of the members of SWEF Research Network Initiative are available at [http://www.phrplus.org/swef.php?\\_number=2&PHPSESSID=dc71987ab969ba53af572\\_d6a784a55c6](http://www.phrplus.org/swef.php?_number=2&PHPSESSID=dc71987ab969ba53af572_d6a784a55c6).
- Physicians for Human Rights (2005) **Health Action AIDS**. Web site of Physicians for Human Rights: <http://www.phrusa.org/campaigns/aids/index.html>. Accessed December 1, 2005.
- Project HOPE (2004) **Second Disbursement Report**. submitted November 2004.

- Program Objective Team 3.2. (2001) **Strategic Objective 3.2, Increased Health Promotion and Access to Quality Health Care, Graduation Report.** USAID E&E Bureau, May 2001.
- Purvis, G.P., Seitalieva, C, Jakab, M., Kojokeev, K., Murzalieva, G., Djemuratov, K., Kutzin, J., Cochrane, D., Mukeeva, S., Schuth, T., Uchkemirova, R., O'Dougherty, S., Chakraborty, S., Murzakirimova, L., Kadyrova, N. (2005) **Evaluating Manas Health Sector Reforms (1996-2005): Focus on Restructuring.** Manas Health Policy Analysis Project, WHO/DFID, Policy Research Paper Number 30.
- Schneider, P. (2004a) **Scaling-up HIV/AIDS Programs through the Private Sector: Evidence from the Global Fund.** Доклад на заседании, посвященном влиянию работы Глобального фонда на системы здравоохранения, в рамках конференции «Общественное здравоохранение и окружающая среда» (6-10 ноября 2004 г., Вашингтон).
- Schneider, P. (2004b) **Impact of Global Fund Activities upon Human Resources.** Доклад на заседании, посвященном влиянию работы Глобального фонда на системы здравоохранения, в рамках конференции «Общественное здравоохранение и окружающая среда» (6-10 ноября 2004 г., Вашингтон).
- Sharma, M., McCallum, L. and Burrows, D. (2005) **Is there Anyone Left in the General Population? A Scan of Information Available on the Context of HIV Transmission and Risk for Vulnerable Groups in Seventeen Countries with Concentrated HIV Epidemics.** Проект отчета, подготовленного для ИОО группой по управлению проектами по борьбе с ВИЧ-инфекцией, август 2005 г.
- Soculuc Youth Legal Assistance Foundation (2005) **Independent Social Monitoring of GFATM Performance in Kyrgyzstan.** Анкета, использованная НПО для мониторинга программы, поддерживаемой средствами Глобального фонда в Кыргызстане.
- Starling, M., Walt, G., Brugha, R., Cliff, J., Fernandes, B. (2005) **Global Fund Tracking Study: Country Report: Mozambique.** Отчет, подготовленный в январе 2005 г. сотрудниками Лондонской школы гигиены и тропической медицины, Университета Эдуардо Мондлейна и Министерства здравоохранения Мозамбика.
- SWEF Research Network (2005) **Systemwide Effects of the Fund Research Network: Measuring the Effects of the Global Fund on Broader Health Systems.** Produced by *PHRplus* in January 2005.
- Synergy Project (2005) **Statement of Work: Recommendations for Advising Donor Support to Resources from the Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria to Address Health Systems Barriers to Effective HIV/AIDS Programs in the USAID/Europe and Eurasia Region.** Final draft as of October 3, 2005.
- Technical Review Panel (2005a) **TRP Review Form Round 5: Rwanda HSS.**
- Technical Review Panel (2005b) **TRP Review Form Round 5: Malawi HSS.**
- Technical Review Panel (2005c) **TRP Review Form Round 5: Cambodia HSS.**
- Technical Review Panel (2005d) **TRP Review Form Round 5: Georgia HSS.**
- ЮНЭЙДС/ВОЗ (2004) **Развитие эпидемии СПИДа в 2004 г.** UNAIDS/04.45E, December 2004.
- UNDP (2003a) [Tajikistan] **Second Disbursement Request.** Submitted April 2003 for the first HIV grant.
- UNDP (2003b) [Tajikistan] **Third Disbursement Request.** Submitted April 2003 for the first HIV grant.
- UNDP (2004) [Tajikistan] **Fourth Disbursement Request.** Submitted December 2004 for the first HIV grant.

- UNDP (2005a) [Tajikistan] **Second Disbursement Request**. Submitted June 2005 for the second HIV grant.
- UNDP (2005b) [Tajikistan] **Fifth Disbursement Request**. Submitted May 2005 for first HIV grant.
- URC (2005) **The Analysis of Care Delivery System for People Living with HIV/AIDS**. Russia, 2005.
- USAID (2005a) **HIV/AIDS in Central Asia: Kyrgyzstan**.
- USAID (2005b) **Health Systems 20/20: DRAFT Request for Applications**.
- USAID (2005c) **Guidance for HS Mainstreaming Initiative "Scoping Mission."**
- USAID, UNAIDS, WHO, UNICEF, POLICY Project (2004) **Coverage of Selected Services for HIV/AIDS Prevention, Care and Support in Low and Middle Income Countries in 2003**.
- United States Government (undated) **Suggested Language for Health Systems Strengthening in the Guidelines for Proposals of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria**.
- ВОЗ (2000) **Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.: работа систем здравоохранения улучшается**. Женева, Швейцария. Цит. по: Bennett, S. and Fairbank, A. (2003) **The System-Wide Effects of the Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria: A Conceptual Framework Produced by PHRplus, October 2003**.
- WHO (2005) **DOTS**. Downloaded from <http://www.who.int/tb/dots/whatisdots/en/index.html>, January 21, 2005.
- Wolfe, D. (2005) **Pointing the Way: Harm Reduction in Kyrgyz Republic**. A report commissioned by the Harm Reduction Association of Kyrgyzstan, 2005.
- Ющенко В. (2005) **Современное состояние украинского сектора здравоохранения – одна из наиболее тревожных проблем**. Радиообращение 12 ноября 2005 г; представлено в материале: Action Ukraine Report, No. 601, November 16, 2005.

## ПРИЛОЖЕНИЕ С. ТИПЫ ЭПИДЕМИИ ВИЧ/СПИДА В СТРАНАХ ЕВРАЗИЙСКОГО РЕГИОНА <sup>59</sup>

### **ВИЧ/СПИД в регионе: концентрированная, но серьезная эпидемия**

В 2004 г. насчитывалось 39,4 миллиона человек, живущих с ВИЧ/СПИДом, в том же году ВИЧ-инфицированными стали 4,9 миллиона человек, а в результате СПИДа умерли 3,1 миллиона человек. В наибольшей степени этим заболеванием по-прежнему затронуты страны Африки к югу от Сахары, но самыми быстрыми темпами ВИЧ-инфекция распространяется в Восточной и Центральной Азии и в Восточной Европе. В Европе наблюдается несколько видов эпидемии, хотя все они принадлежат к типу *концентрированных*.

### **Виды эпидемий ВИЧ/СПИДа в мире <sup>60</sup>**

Факторы риска	Вид эпидемии	Примеры стран
Ограниченное использование инъекционных наркотиков, ограниченное число сексуальных факторов риска	Эпидемия с низким уровнем распространенности	Филиппины, западные страны
Использование инъекционных наркотиков, ограниченные связи с ограниченным числом сексуальных факторов риска	Эпидемия среди потребителей инъекционных наркотиков	Иран, Эстония
Использование инъекционных наркотиков, связи с некоторыми сексуальными факторами риска	Концентрированная эпидемия, распространяющаяся через употребление инъекционных наркотиков и половым путем	Вьетнам, Украина, Россия, Индонезия
Сексуальные факторы риска способствуют распространению инфекции в уязвимых группах (например, наличие большого числа секс-работников с многочисленной клиентурой)	Концентрированная эпидемия половых заболеваний	Таиланд, Камбоджа, некоторые страны Западной Африки
Сексуальные факторы риска способствуют широкому распространению инфекции (например, низкие показатели операции по удалению крайней плоти, высокие показатели сексуальных отношений одновременно с несколькими партнерами, страны с высокой распространенностью половых контактов)	Генерализованная эпидемия	Южная Африка, некоторые страны Восточной Африки

<sup>59</sup> Данное приложение основано на материалах доклада, сделанного на семинаре для административных работников здравоохранения, который АМР США провело в Киеве в сентябре 2005 г. (Drew, 2005a).

<sup>60</sup> Таблица и логическая модель основаны на работе Дэвида Виссона (Всемирный банк), представленной на обучающем семинаре по мониторингу и оценке, который был проведен в июле 2005 г. в Школе здравоохранения Андрии Стампар (Загреб).

По определению ЮНЭЙДС, эпидемия ВИЧ/СПИДа является генерализованной, когда уровень распространенности ВИЧ-инфекции превышает 1% от общей численности населения. Если в стране этот уровень не достигнут, то можно считать, что эпидемия в ней является концентрированной, если уровень распространенности ВИЧ-инфекции превышает 5% от численности какой-либо идентифицируемой группы населения. Считается, что уровень эпидемии является низким при распространенности ВИЧ-инфекции менее 1% от общей численности населения и менее 5% от численности любой группы населения. Однако при наличии больших групп населения и высокого уровня распространенности ВИЧ-инфекции в них эпидемия ВИЧ-инфекции может быть очень масштабной, даже если ВИЧ-инфекция не получила значительного распространения за пределами уязвимых групп. Альтернативные определения:

- концентрированная эпидемия – передача инфекции происходит в основном в пределах уязвимых групп, и медицинские мероприятия, проводимые в таких группах, обеспечат снижение общего уровня инфицированности;
- генерализованная эпидемия – передача инфекции происходит в основном за пределами уязвимых групп и будет продолжаться, несмотря на проведение эффективных медицинских мероприятий в таких группах;
- в Западной и Центральной Европе эпидемия в некоторых странах затрагивает мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, и потребителей инъекционных наркотиков. Значительный уровень распространенности отмечается и среди гетеросексуального населения, особенно в странах с серьезными эпидемиями;
- из стран с серьезными эпидемиями, особенно среди потребителей инъекционных наркотиков, в наибольшей степени затронуты Беларусь, Молдова, Россия и Украина;
- несмотря на достаточно высокий уровень экономического развития стран Балтии, в них наблюдается значительный уровень эпидемии ВИЧ/СПИДа, особенно среди потребителей инъекционных наркотиков;
- в Центральной Азии общие показатели ВИЧ-инфекции невысоки, однако в некоторых местностях этого региона документально зафиксированы вспышки эпидемии среди потребителей инъекционных наркотиков;
- считается, что для Юго-Восточной Европы и Кавказа характерен низкий уровень распространенности ВИЧ-инфекции, хотя уровень уязвимости считается высоким.

Учитывая состояние эпидемии в Европе, существует возможность остановить ее распространение и снизить ее уровень, если на основе точной информации будет проводиться работа с наиболее уязвимыми для эпидемии группами населения. К числу препятствий для принятия эффективных мер относятся:

- дефицит точной стратегической информации;
- низкий охват населения программами;
- ограниченные финансовые и кадровые ресурсы.

*Концентрированная эпидемия требует особого подхода к разработке программ, их мониторингу и оценке, <...> при котором акцент делается не на всем населении, а на его самых уязвимых группах, в частности на потребителях инъекционных наркотиков, секс-работниках и мужчинах, занимающихся сексом с мужчинами. Это можно сделать при помощи использования состоящей из 8 этапов логической модели, направленной на проведение мониторинга и оценки (надзора) в условиях концентрированной эпидемии:*

<p><b>Осмысление проблемы</b></p>	<p><b>Этап 1:</b> При помощи биологического обследования<sup>61</sup> проводится оценка распространенности ВИЧ-инфекции в наиболее уязвимых группах населения.</p> <p><b>Этап 2:</b> Оценка размеров наиболее уязвимых групп населения.</p> <p><b>Этап 3:</b> При помощи поведенческого обследования – осмысление взаимного влияния рискованных видов взаимодействия представителей уязвимых групп населения.</p> <p><b>Этап 4:</b> Оценка доли ВИЧ-инфицированных, получивших инфекцию вследствие различных рискованных форм поведения.</p>
<p><b>Мониторинг эффективности и целесообразности принятых мер</b></p>	<p><b>Этап 5:</b> Разработка национальной программы, задача которой – оказание проверенных на практике эффективных услуг по профилактике ВИЧ-инфекции не менее чем 60% представителей наиболее уязвимых групп населения.</p> <p><b>Этап 6:</b> Мониторинг и подтверждение охвата программы при помощи изучения результатов обследования.</p> <p><b>Этап 7:</b> Повторное поведенческое обследование в уязвимых группах для определения результатов программы.</p> <p><b>Этап 8:</b> Повторное биологическое обследование в уязвимых группах для определения воздействия программы.</p>

<sup>61</sup> Состояние надзора за ВИЧ/СПИДом в регионе было проанализировано в 2004 г. (Drew and Choudhri, 2005).



## **ПРИЛОЖЕНИЕ D. ТЕХНИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ**

Проект «Синергия»

Описание работы

**Рекомендации относительно возможного предоставления донорской помощи в дополнение к ресурсам Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией в целях устранения существующих в системах здравоохранения препятствий для проведения эффективных программ АМР США по борьбе с ВИЧ/СПИДом в Евразийском регионе**

Окончательная редакция (17 октября 2005 г.)

### **I. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕХНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Миссия АМР США по Европе и Евразии обратилась к проекту «Синергия» с просьбой об оказании технической помощи – изучении вопроса об оптимальных способах привлечения ресурсов Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией к устранению существующих в системах здравоохранения недостатков, препятствующих расширению эффективных программ борьбы с ВИЧ/СПИДом в данном регионе. Эта работа будет проводиться при консультационной поддержке Бюро АМР США по Европе и Евразии, Бюро АМР США по глобальному здравоохранению, Миссий АМР США на Украине и в республиках Центральной Азии.

### **II. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ**

Состояние здоровья большинства жителей Евразийского региона хуже, чем до получения независимости. Продолжительность жизни снизилась. Быстрыми темпами распространяется эпидемия ВИЧ-инфекции, чему способствует потребление инъекционных наркотиков. По данным ЮНЭЙДС, в 2004 г. в регионе насчитывалось примерно 1,4 миллиона человек, живущих с ВИЧ/СПИДом, а около 60 тысяч человек умерли от этого заболевания. Уровень распространенности инфекции среди взрослого населения составляет примерно 0,8%, при этом большинство инфицированных моложе 30 лет. Если не принять меры, то последствия будут очень тяжелыми: снижение темпов экономического роста, увеличение расходов на здравоохранение, повышение иждивенчества и подрыв национальной безопасности.

АМР США поддерживало работу по противодействию ВИЧ/СПИДу в рамках своих двусторонних и региональных программ. Однако выделяемые регионам средства АМР США ограничены, а их размер сокращается, поэтому Агентство намерено сконцентрировать их на такой работе, которая станет катализатором другой деятельности. Борьба с ВИЧ/СПИДом – один из приоритетов Правительства США. В законе, принятом для реализации предложенного Президентом США «Чрезвычайного плана борьбы со СПИДом», признается необходимость укрепления систем здравоохранения и отмечается, что успешные стратегии, направленные на замедление распространения пандемии ВИЧ/СПИДа, потребуют клинических медицинских мероприятий, укрепления систем и инфраструктуры медицинского обслуживания, решимости со стороны руководства стран и увеличения бюджетных ассигнований на здравоохранение в странах, которые в наибольшей степени затронуты эпидемией, а также мер по устранению социальных и поведенческих причин проблемы и ее влияния на семьи, сообщества и сектора общества. До настоящего времени уровень охвата эффективными программами очень низок. Расширению масштабов системы медицинского обслуживания мешает множество препятствий, не позволяющих эффективно расширить контроль ВИЧ/СПИДа и ВИЧ-инфекции, сочетанной с туберкулезом.

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией был образован в 2002 г. и к настоящему времени предоставил гранты более чем 100 странам. Общая стоимость заявок для стран Евразийского региона, составляет примерно 668 миллионов долларов, при этом 74% этой суммы направлено на борьбу с ВИЧ/СПИДом. Глобальный фонд может поддержать работу по устранению недостатков системы здравоохранения, и в ходе Пятого раунда финансирования

настоятельно рекомендует странам подавать заявки для этой цели; мы ожидаем, что он и в дальнейшем будет стимулировать эту работу, хотя во время последующих раундов рекомендации могут измениться. В рекомендациях для Пятого раунда определяются следующие компоненты системы:

- \* национальные системы мониторинга и оценки;
- \* человеческие ресурсы;
- \* развитие инфраструктуры здравоохранения;
- \* системы закупок и поставок;
- \* текущие исследования.

Управление по вопросам укрепления систем здравоохранения при Бюро АМР США по глобальному здравоохранению определило аналогичные компоненты систем здравоохранения, которые могут помочь при выявлении недостатков, существующих в системах здравоохранения.<sup>62</sup> Исследование должно дать АМР США рекомендации о том, каким образом Агентство может помочь странам в интерпретации и использовании указаний Глобального фонда относительно укрепления систем здравоохранения в последующих раундах.

Финансирование стран Евразийского региона из средств АМР США сокращается, поэтому небольшой объем технической помощи Агентства для поддержки работы по линии Глобального фонда может привлечь значительные дополнительные ресурсы для укрепления систем здравоохранения. Кроме того, вложение средств в эту инфраструктуру для противодействия ВИЧ/СПИДу позволит странам поддержать и другие приоритетные направления работы, в том числе борьбу с туберкулезом и новыми заболеваниями, в частности птичьим гриппом. Исследование также повысит степень осведомленности о существующих препятствиях, не позволяющих расширить приоритетные программы, и может способствовать более активному участию страны в укреплении системы здравоохранения.

Часто высказываются опасения относительно поддержки систем здравоохранения в том плане, что такое укрепление потребует крупных средств, а его влияние на положение с ВИЧ/СПИДом будет сложно продемонстрировать. Исследование должно помочь странам выявить важнейшие для них препятствия в системе здравоохранения, не позволяющие расширить масштаб противодействия ВИЧ/СПИДу, и затем определить, как помочь им решить, какие отдельные элементы включить в заявку, подаваемую в Глобальный фонд. Будет принципиально важно обеспечить четкую связь отобранных элементов с воздействием на ВИЧ/СПИД. Определение основных препятствий, существующих в системе здравоохранения конкретной страны, необходимо проводить систематически, опираясь на имеющуюся информацию. Кроме того, необходимо использовать данные непрерывной оценки влияния Глобального фонда на системы здравоохранения.

К числу возможных самостоятельных направлений систем здравоохранения могут относиться:

- выявление наиболее эффективных систем медицинского обслуживания и распространение их деятельности на маргинализированные группы;
- выявление наиболее целесообразных систем медицинского обслуживания (в том числе изучение необходимости их реструктуризации) для увеличения масштаба медицинских мероприятий за счет средств Глобального фонда и других ресурсов;
- определение способов расширения работы по профилактике ВИЧ/СПИДа в условиях концентрированной эпидемии в тех странах, где государственные структуры не справляются с работой среди маргинализированных групп населения. Например, может ли наркологическая служба работать с потребителями инъекционных наркотиков? Могут ли кожно-венерологические учреждения заниматься секс-работниками? Нужно ли государственной службе привлекать НПО? Как расширять профилактическую работу в условиях ограниченных возможностей НПО;

---

<sup>62</sup> См. приложение 1 «Системы здравоохранения и создание благоприятных условий».

— обеспечение надлежащего планирования и организации обучения и управления учебным процессом. К числу возможных примеров относятся: (i) организация обучения соответствующего персонала нужным умениям и навыкам; (ii) обеспечение использования надлежащих моделей учебного процесса для соответствующего учреждения или региона, в том числе с учетом стадии эпидемии, плотности населения и других факторов;

— устранение препятствий финансового характера, не позволяющих потребителям услуг получить доступ к мероприятиям по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции;

— приведение стимулов юридических и физических лиц в соответствие с передовой практикой. Возможные примеры: (i) обеспечение таких условий, при которых оплата услуг не стимулирует госпитализацию в тех случаях, когда предпочтительно проводить амбулаторное лечение; (ii) организация оплаты труда в соответствии с рекомендациями ВОЗ и национальными рекомендациями; (iii) в тех случаях, когда медицинские работники получают надбавку за работу с больными ВИЧ/СПИДом, эти надбавки должны зависеть от результатов работы;

— улучшение доступа к лекарственным средствам, в том числе на амбулаторном уровне.

— участие государственных и частных учреждений, в том числе привлечение частных коммерческих организаций там, где это целесообразно;

— анализ механизмов мониторинга группой консультантов для оценки воздействия мероприятий по укреплению системы здравоохранения на состояние ситуации с ВИЧ/СПИДом, в том числе, при необходимости, подготовка рекомендаций по конкретным индикаторам.

### III. ЗАДАЧИ РАБОТЫ

Конкретные задачи настоящей работы заключаются в следующем.

— На основе обобщения имеющихся отчетов определить, какие аспекты системы здравоохранения в странах Евразийского региона представляют собой наиболее серьезные препятствия для расширения масштабов эффективного контроля за ВИЧ/СПИДом и ВИЧ-инфекцией, сочетанной с туберкулезом<sup>63</sup>. На основе этих данных выявить конкретные элементы систем здравоохранения, которые могут быть включены в заявку для Глобального фонда, и определить их приоритетность.

— Проанализировать уровень включения работы по укреплению систем здравоохранения в заявки стран на финансирование борьбы с ВИЧ/СПИДом, подаваемые в Глобальный фонд, в том числе факторы, которые способствовали или препятствовали этому, а также результаты рассмотрения заявок. Изучить роль странового координационного комитета в данном процессе.

— Проанализировать максимально эффективные способы поддержки стран донорами, в частности АМР США, при включении работы по укреплению систем здравоохранения в заявки для Глобального фонда и последующем освоении грантов, включая мониторинг и оценку.

### IV. МЕТОДОЛОГИЯ

Для выполнения задач настоящего исследования группа в составе двух экспертов по Евразийскому региону (один специалист по работе Глобального фонда и по ВИЧ/СПИДу и специалист по укреплению систем здравоохранения) проанализирует литературу по данному вопросу, в том числе заявки, поступившие от стран региона и утвержденные в ходе Пятого раунда финансирования ГФСТМ, проведет интервью с основными экспертами в Душанбе (Таджикистан), Бишкеке (Кыргызстан) и Женеве, подготовит заключительный отчет и представит его выводы в Вашингтоне.

Критерии для отбора стран: (a) наличие высокого или растущего уровня распространенности ВИЧ/СПИДа; (b) поддержка работы по реформированию сектора здравоохранения; (c) утверждение миссиями АМР США.

<sup>63</sup> При том что существует значительный объем аналитических материалов, посвященных системам здравоохранения и ВИЧ/СПИДу, материалов о ВИЧ/СПИДе с точки зрения систем здравоохранения гораздо меньше. Именно эта литература нас интересовала больше всего.

В ходе выполнения задания работа будет проводиться по следующим направлениям, представленным в хронологическом порядке:

### **Направление 1. Проведение интервью в Таджикистане, Кыргызстане и Женеве**

Группа консультантов последовательно посетит Бишкек, Душанбе и Женеву. Она проведет встречи с сотрудниками миссий АМР США, партнерами, принимающими участие в реализации проекта (по рекомендации миссии и ИОО), представителями государственных органов страны, членами СКК, другими донорами, включая Всемирный банк, а также с другими заинтересованными лицами конкретной страны, в том числе с основными получателями и субполучателями грантов и с организациями, работающими над вопросами систем здравоохранения.

В Женеве консультанты проведут встречи с сотрудниками центрального представительства ГФСТМ для обсуждения результатов Пятого раунда подачи заявок и включения работы по укреплению систем здравоохранения в заявки, подаваемые из стран Евразийского региона. Кроме того, у консультантов может возникнуть необходимость обсудить заявки на финансирование УСЗ, поданные из других регионов.

### **Направление 2. Анализ документации, интервью по телефону, анализ заявок, поданных в ходе Пятого раунда**

Консультанты проанализируют материалы исследований систем здравоохранения в странах Евразийского региона, а также текущую документацию о воздействии программ ГФСТМ. Предлагаемый перечень литературы содержится в приложении 1. Анализ документов будет сопровождаться телефонными интервью с основными экспертами, в том числе с сотрудниками ИОО, миссий АМР США в Центральной Азии и на Украине, и такими донорами, как ДМР и Всемирный банк. По просьбе консультантов АМР США и другие участники подготовят предлагаемый перечень основных интервью.

Консультанты проанализируют цифровые данные, сделают подробный анализ заявок, поданных в ходе Пятого раунда странами Евразийского региона, и (там, где это возможно) анализ отклоненных заявок<sup>64</sup>.

### **Направление 3. Интервью на Украине**

Консультанты посетят Киев для проведения интервью с сотрудниками миссий АМР США, партнерами, принимающими участие в реализации проекта (по рекомендации миссий АМР США и ИОО), представителями государственных органов страны, членами СКК, другими донорами, в том числе Всемирным банком, а также с другими заинтересованными лицами конкретной страны, в том числе с основными получателями и субполучателями грантов и с организациями, работающими над вопросами систем здравоохранения.

### **Направление 4. Подготовка заключительного отчета и доклада о результатах**

Все собранные данные будут проанализированы для подготовки проекта отчета и проекта доклада о результатах, которые должны быть представлены для анализа АМР США и другим организациям по запросу Миссии АМР США по Европе и Евразии. В окончательных редакциях отчета и доклада консультанты учтут высказанные замечания.

Заключительный отчет будет понятным, отличаться высоким техническим качеством и отвечать требованиям рабочего задания. В нем будут решены все три конкретные задачи, но основное внимание будет сосредоточено на осмыслении препятствий, с которыми сталкиваются страны, в том числе аспектов укрепления систем здравоохранения, указанных в их заявках в Глобальный фонд, а также на том, каким образом АМР США и другие партнеры по развитию могут наилучшим образом помочь странам при включении их в будущие заявки на финансирование за счет ГФСТМ.

---

<sup>64</sup> Результаты Пятого раунда будут опубликованы примерно 1 октября.

Основная аудитория отчета и доклада о результатах работы – сотрудники АМР США, его бюро и миссий. Предполагается, что результаты доклада будут полезны и для более широкой аудитории в Евразийском регионе, а также для представителей ГФСТМ; предусматривается широкое распространение отчета среди заинтересованных лиц данного региона.

#### **Направление 5. Доклад о результатах работы в Вашингтоне**

На этом завершающем этапе консультанты посетят Вашингтон для представления результатов и выводов работы Миссии АМР США по Европе и Евразии и Бюро по глобальному здравоохранению, а также другим приглашенным Миссией.

#### **Направление 6. Распространение отчета**

После утверждения отчета Миссией АМР США по Европе и Евразии проект «Синергия» распространит его окончательную редакцию среди заинтересованных лиц в указанном регионе.

### **V. РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ**

**1. Отчет об оценке, первая редакция.** Консультанты подготовят проект отчета для отправки по электронной почте Миссии АМР США по Европе и Евразии, миссиям АМР США в Центральной Азии и на Украине, а также остальным организациям, к которым Миссия АМР США по Европе и Евразии обратилась с просьбой проанализировать доклад и сделать замечания.

**2. Отчет об оценке, вторая редакция.** Консультанты подготовят вторую редакцию отчета об оценке с учетом полученных замечаний. Она будет направлена Миссии АМР США по Европе и Евразии и другим организациям по указанию Миссии не позднее 9 января.

**3. Отчет об оценке, третья редакция.** Консультанты подготовят третью редакцию отчета об оценке с учетом замечаний, полученных от Миссии АМР США по Европе и Евразии и других организаций по указанию Миссии, а также с учетом всех вопросов, возникших в ходе итогового доклада. Данная редакция будет направлена Миссии АМР США по Европе и Евразии 27 января.

**4. Окончательная редакция отчета об оценке.** Проект «Синергия» представит Миссии АМР США по Европе и Евразии и другим организациям по их запросу окончательную редакцию отчета, отредактированную и отформатированную в соответствии с требованиями к материалам АМР США, не позднее 10 февраля.

**5. Первая редакция доклада о результатах работы.** Консультанты подготовят проект доклада о результатах работы для отправки по электронной почте Миссии АМР США по Европе и Евразии не позднее 9 января.

**6. Вторая редакция доклада о результатах работы.** Консультанты подготовят вторую редакцию доклада о результатах работы с учетом полученных замечаний. Она будет направлена Миссии АМР США по Европе и Евразии на окончательное утверждение содержания не позднее 11 января.

**7. Окончательная редакция доклада о результатах работы.** Проект «Синергия» представит Миссии АМР США по Европе и Евразии и другим организациям по их запросу окончательную редакцию отчета о результатах работы, отредактированную и отформатированную в соответствии с требованиями к материалам АМР США, не позднее 16 января.

**8. Доклад о результатах работы.** консультанты посетят Вашингтон для представления результатов и выводов оценки. Представление результатов состоится в течение недели, начинающейся 16 января.

## **VI. СОСТАВ ГРУППЫ И ТРЕБУЕМАЯ КВАЛИФИКАЦИЯ**

Группа будет состоять из 2 консультантов, имеющих следующую квалификацию:

- 1) глубокие знания систем здравоохранения в странах Евразийского региона, в том числе человеческих ресурсов, финансирования здравоохранения, развития инфраструктуры здравоохранения; квалификацию в области мониторинга и оценки, а также организации снабжения лекарственными препаратами и товарами медицинского назначения;
- 2) хорошее знание ситуации с ВИЧ/СПИДом в Евразийском регионе;
- 3) хорошее знание нормативных документов и процедур ГФСТМ, а также опыт помощи странам данного региона при подготовке заявок в ГФСТМ.

В группу войдут иностранный консультант и консультант из конкретной страны; значительное содействие работе группы окажут члены группы по вопросам здравоохранения в Евразийском регионе.

## **VII. ТРЕБОВАНИЯ К ОТЧЕТНОСТИ**

Заключительный отчет об оценке. Объем заключительного отчета об оценке (без приложений) – не более 50 страниц. Все редакции отчета будут подготовлены и представлены в формате MS Word. Предполагается, что отчет будет включать резюме и приложения, в частности перечень изученной литературы, список представителей ведомств и частных лиц, с которыми проведены интервью, перечень ресурсов, библиографии и др.

Проект отчета будет представлен группой консультантов для изучения Миссии АМР США по Европе и Евразии, миссии АМР США в Центральной Азии и на Украине, а также другим организациям по указанию Миссии. Группа проанализирует полученные письменные замечания и подготовит вторую редакцию с учетом замечаний и предложений. После утверждения второй редакции отчета Миссией АМР США по Европе и Евразии сотрудники проекта «Синергия» обеспечат его редактирование и форматирование в соответствии с требованиями АМР США об использовании логотипа и бренда Агентства. До представления Миссии АМР США по Европе и Евразии отчет пройдет технический анализ в проекте «Синергия». Один экземпляр электронной версии заключительного отчета будет представлен Миссии АМР США по Европе и Евразии и другим организациям по указанию Миссии. 60 экземпляров в печатной форме будут представлены Миссии АМР США по Европе и Евразии и разосланы другим организациям по указанию Миссии.

Проект «Синергия» направит текст отчета об оценке на английском языке в Центр АМР США по сбору информации о развитии (Development Experience Clearinghouse, DEC).

Заключительный доклад. В заключительном докладе для сотрудников АМР США, работающих в Евразийском регионе, будут представлены результаты оценки. Все редакции доклада будут подготовлены в формате MS PowerPoint. Продолжительность доклада будет определена позже. Однако, как ожидается, доклад продлится не более 2 часов, и будет предусматривать время для ответа на вопросы.

Консультанты представят проект доклада Миссии АМР США по Европе и Евразии, миссии АМР США в Центральной Азии и на Украине, а также другим организациям по указанию Миссии. Группа проанализирует полученные письменные замечания и подготовит вторую редакцию с учетом замечаний и предложений. После утверждения второй редакции доклада Миссией АМР США по Европе и Евразии сотрудники проекта «Синергия» обеспечат его редактирование и форматирование в соответствии с требованиями АМР США об использовании логотипа и бренда Агентства. До представления Миссии АМР США по Европе и Евразии отчет пройдет технический анализ в проекте «Синергия». Один экземпляр электронной версии доклада будет представлен Миссии АМР США по Европе и Евразии и другим организациям по указанию Миссии.

## **VIII. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ И ОБЯЗАННОСТИ**

### **Миссия АМР США по Европе и Евразии:**

Утверждение бюджета проекта «Синергия» и описания работы.

Общее техническое руководство.

Содействие в сборе документов и подготовка рекомендаций для анализа документов.

Представление сотрудникам проекта «Синергия» перечня лиц, с которыми будут проводиться интервью, для организации интервью.

Представление замечаний по проектам отчета и доклада.

Утверждение всех результатов работы проекта «Синергия».

Представление перечня получателей и контактной информации для заключительного отчета.

### **Миссия АМР США в республиках Центральной Азии:**

Техническое руководство группой консультантов.

Представление сотрудникам проекта «Синергия» перечня лиц, с которыми будут проводиться интервью, для организации интервью совместно с представителями миссии; подготовка дополнительного перечня интервью.

Представление замечаний по проектам отчета и доклада.

Утверждение согласованных командировок членов группы.

### **Миссия АМР США на Украине:**

Техническое руководство группой консультантов.

Представление сотрудникам проекта «Синергия» перечня лиц, с которыми будут проводиться интервью, для организации интервью совместно с местным переводчиком и подготовка дополнительного перечня интервью.

Представление замечаний по проектам отчета и доклада.

Утверждение согласованных командировок членов группы.

Другие организации по указанию Миссии АМР США по Европе и Евразии:

Представление замечаний по описанию работы.

Представление сотрудникам проекта «Синергия» перечня лиц, с которыми будут проводиться интервью, для организации интервью в Кыргызстане, Таджикистане и на Украине, и подготовка дополнительного перечня интервью.

Представление замечаний по проектам отчета и доклада.

## **Проект «Синергия»:**

Предоставление специалистов по работе Глобального фонда и по ВИЧ/СПИДу и системам здравоохранения для Миссии АМР США по Европе и Евразии.

Координирование необходимой организационной поддержки, указанной в разделе X «Описания работы».

Назначение руководителя работ, в том числе старшего специалиста по мониторингу и оценке и системам здравоохранения, для обеспечения необходимых технических рекомендаций консультантам и группе, а также для анализа отчета и доклада; менеджера программы для управления работой и ее поддержки на протяжении всего исследования; и помощника по проекту для оказания дополнительной административной помощи.

Редактирование и форматирование отчета и доклада в соответствии с требованиями АМР США и окончательное оформление этих материалов перед их представлением Миссии АМР США по Европе и Евразии.

Обработка заключительного отчета и доклада в процессе технического анализа, проводимого проектом «Синергия».

**Группа консультантов.** Специалист по работе Глобального фонда и специалист по ВИЧ-инфекции и системам здравоохранения будут отвечать за общую организацию работы, в том числе за организацию предварительных интервью по телефону и интервью с сотрудниками ГФСТМ в Женеве, и за ведение протоколов всех интервью и встреч. Каждый член группы будет содействовать подготовке отчета об оценке и доклада о результатах работы, обеспечивая подготовку их проектов и окончательной редакции в соответствии с «Описанием работы». Объем работы будет пропорционально разделен между членами группы.

Кроме того, в ходе исследования члены группы будут проводить регулярные консультации с представителями Миссии АМР США по Европе и Евразии, проекта «Синергия» и другими лицами по указанию Миссии для обеспечения эффективных положительных результатов. Специалист по работе Глобального фонда и по ВИЧ-инфекции будет выполнять функции руководителя группы и отвечать за расходование средств на местах, в том числе за расходы на перевод и транспортные расходы на Украине, а также за представление всех результатов работы.

## **X. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ**

Проект «Синергия» окажет содействие в сборе документов для анализа до проведения работы на местах, а также обеспечит выбор членов группы, управление их работой и поддержку, в том числе административную поддержку для организации поездок международных консультантов, выплатит консультантам авансовые средства до всех командировок, обеспечит управление расходами и окажет содействие в организации телеконференций между миссиями АМР США на Украине и в Центральной Азии, Миссией АМР США по Европе и Евразии и консультантами.

Для обеспечения работы на местах проект «Синергия» будет координировать деятельность с представительствами АРО в Таджикистане и Кыргызстане, а с украинским переводчиком – организационные вопросы работы в стране, в том числе организацию встреч, перевод, транспортные и визовые вопросы.

Миссия АМР США по Европе и Евразии определит время и место представления итогового доклада.

Контактное лицо	Должность	Телефон	Эл. почта
<b>Миссия АМР США по Европе и Евразии</b>			
Делна Ганди	Советник по вопросам здравоохранения, координатор работы с донорами	202-712-4808	dghandhi@usaid.gov
Форест Данкан	сотрудник по развитию здравоохранения	202-712-4934	fduncan@usaid.gov
<b>Миссия АМР США в Центральной Азии</b>			
Керри Пелцман	Региональный советник по ВИЧ/СПИДу, заместитель директора Управления здравоохранения и образования, миссия АМР США в Центральной Азии		kpelzman@usaid.gov
Дамира Бибосунова	Специалист по управлению программами в области здравоохранения – Управление АМР США по здравоохранению, Кыргызстан	+99-312-551241, доб. 448	dbibosunova@usaid.gov
Азиза Хамидова	Специалист по здравоохранению, АМР США в Узбекистане		akhamidov@usaid.gov
<b>Миссия АМР США на Украине</b>			
Нэнси Годфри	Директор Управления по делам здравоохранения и социальных преобразований	380-44-537, доб. 4602	ngodfrey@usaid.gov
<b>Институт «Открытое общество» (ИОО)</b>			
Майкл Боровиц	Директор программ в области здравоохранения	212-548-0600	mborowitz@osi-dc.org
<b>ГФСТМ</b>			
Према Банати			Perna.Banati@TheGlobalFund.org
<b>Проект «Синергия»</b>			
Уинстон Аллен	Старший специалист по технической поддержке	202-842-2939, доб. 123	wallen@s-3.com
Сьюзан Дуберстейн	Менеджер программ	доб. 142	sdubenstein@s-3.com
Эллен Смид	Помощник по проекту	доб. 188	esmead@s-3.com
<b>Сторонние эксперты и организации</b>			
Роджер Дрю	Специалист по работе ГФСТМ и по ВИЧ/СПИДу, консультант проекта «Синергия»	44-1449-769447	Roger.drew2@btinternet.com
Джордж Первис	Специалист по системам здравоохранения, консультант проекта «Синергия»	610-525-5280	Gpurvis271@aol.com
Ирина Решевская	Переводчик, координатор организационных вопросов на Украине, консультант проекта «Синергия»		reshevskaya@rambler.ru
Люсин Мишанина	Координатор организационных вопросов в Таджикистане и Кыргызстане, АРО в Центральной Азии	7-3272-59-77-12	lmishanina@aedcar.net

## XI. ФИНАНСИРОВАНИЕ

Миссия АМР США по Европе и Евразии предоставит финансирование из средств, выделяемых для работы на местах.

## XII. ГРАФИК РАБОТЫ

См. ниже примерный график работы.

Укрепление систем здравоохранения в целях совершенствования программ борьбы с ВИЧ/СПИДом в Евразийском регионе за счет использования ресурсов Глобального фонда

<b>Направление работы</b>	<b>Срок исполнения и дата представления результатов</b>
<b>Направление 1. Интервью в Таджикистане, Кыргызстане и Женеве</b>	<b>29 сентября – 14 октября</b>
Предварительный анализ документов (1 день)	До выезда в командировки
Проведение интервью в Таджикистане, Кыргызстане и Женеве	30 сентября – 14 октября
<b>Направление 2. Анализ документов, интервью по телефону, анализ заявок, поданных в ходе Пятого раунда</b>	<b>15 октября – 26 ноября</b>
Анализ документов и заявок, поданных в ходе Пятого раунда	2-3 октября
<b>Направление 3. Интервью на Украине</b>	<b>28 ноября – 3 декабря</b>
<b>Направление 4. Подготовка заключительного отчета и заключительного доклада</b>	<b>4 декабря – конец февраля</b>
Представление первой редакции отчета для замечаний	12 декабря
Анализ	12-23 декабря
Получение замечаний консультантами	23 декабря
Внесение замечаний в отчет	23 декабря – 9 января
Представление второй редакции отчета и первой редакции доклада сотрудникам проекта «Синергия»	9 января
Утверждение второй редакции отчета Миссией AMP США по Европе и Евразии	12 января
Редактирование и форматирование доклада сотрудниками проекта «Синергия» в соответствии с требованиями AMP США. Представление второй редакции заключительного доклада	13-16 января
Анализ второй редакции отчета	9-20 января
Включение дополнительных замечаний в третью редакцию отчета	20-27 января
Представление третьей редакции отчета	27 января
Утверждение третьей редакции отчета Миссией AMP США по Европе и Евразии	30 января
Редактирование и форматирование третьей редакции доклада сотрудниками проекта «Синергия» в соответствии с требованиями AMP США.	31 января – 10 февраля
Представление окончательной редакции сотрудниками проекта «Синергия» Миссии AMP США по Европе и Евразии	10 февраля
Утверждение результатов работы Миссией AMP США по Европе и Евразии	15 февраля
<b>Направление 5. Доклад в Вашингтоне</b>	<b>Неделя, начинающаяся с 16 января</b>
Представление заключительного доклада в Вашингтоне	Срок не определен
<b>Направление 6. Распространение отчета</b>	<b>10-14 февраля</b>

## **Приложение 1. ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ**

Предлагаемый перечень справочных материалов включает следующие документы (перечень не является исчерпывающим).

Нормативные документы ГФСТМ.

Описание работы, которую «Партнеры за реформу здравоохранения» и другие организации проводят для определения воздействия ГФСТМ – Сеть исследований системного воздействия деятельности Фонда.

Литература об укреплении систем здравоохранения в Евразийском регионе, в том числе доклады ВОЗ, Европейской обсерватории, исследования Всемирного банка, ИОО и Human Rights Watch.

Другие проекты АМР США, в том числе проект CAPACITY в Центральной Азии и проект «Надежда», в ходе которых рассматривается борьба с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией в рамках региональной программы АМР США по контролю туберкулеза.

Соответствующие рекомендации организаций Aidspace и «Врачи за права человека», например, «Рекомендации Всемирному фонду для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и для оказания поддержки в части кадровых ресурсов для здравоохранения» (Guidance to the Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria and Support for Human Resources for Health).

Отчеты групп технической поддержки проекта «Синергия».

Доклад Боба Эмери о системах здравоохранения, подготовленный для Бюро АМР США по глобальному здравоохранению (17 августа 2005 г.)

Сайт Бюро АМР США по глобальному здравоохранению:  
[http://www.usaid.gov/our\\_work/global\\_health/hs/index.html](http://www.usaid.gov/our_work/global_health/hs/index.html).

Сайт организации Health Systems Action Network <http://www.phrplus.org/hsan.html>.



## ПРИЛОЖЕНИЕ Е. РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ОТДЕЛЬНЫХ СТРАН

### Кыргызстан<sup>65</sup>

Кыргызстан – центрально-азиатская республика, которая граничит с Китаем, Казахстаном, Таджикистаном и Узбекистаном. Столица, г. Бишкек, расположена недалеко от северной границы страны. Кыргызстан – очень гористая страна: почти 90% ее территории находится на высоте 1500 м над уровнем моря. В конце 2003 г. население Кыргызстана составляло, по оценкам, примерно 5 миллионов человек. С момента получения независимости в 1991 г. Кыргызстан провел масштабные реформы здравоохранения и дал пример одной из наиболее успешных реформ здравоохранения в бывших республиках Советского Союза.

Как и в большинстве бывших республик Советского Союза, медицинское обслуживание предоставляется при помощи разветвленной сети городских и сельских медицинских учреждений, которые оказывают услуги на республиканском, областном, районном и городском (муниципальном) уровне. Объекты здравоохранения, оказывающие первичную и вторичную медицинскую помощь, в том числе поликлиники и областные и районные больницы, принадлежат местным администрациям и отвечают за обслуживание населения на своей территории. Одна из основных первоочередных задач реформирования национального здравоохранения заключалась в модернизации сети медицинских учреждений. С 1990-х г.г. развивается частный сектор здравоохранения – сначала аптеки, затем оказание медицинских услуг. Однако частный сектор пока еще невелик и включает преимущественно амбулаторную помощь и аптеки. Частные медицинские учреждения, возникшие в годы переходного периода, расположены в основном в крупных городах (Бишкеке и областных городах). Неправительственные организации (НПО) возникли в здравоохранении преимущественно в форме профессиональных ассоциаций. К ним относятся ассоциации врачей и фармацевтов, медицинских сестер, кардиологов, больных диабетом и доноров крови. В последние несколько лет неправительственным организациям переданы некоторые функции Министерства здравоохранения. В частности, функции аккредитации объектов здравоохранения переданы Медицинской аккредитационной комиссии. Ассоциация групп семейных врачей и Ассоциация больниц занимаются мониторингом качества медицинских услуг и участвуют в разработке клинических протоколов.

Министерство здравоохранения занимается реализацией политики в области здравоохранения, а также разработкой и выполнением Программы государственных льгот и других целевых программ в области здравоохранения. Оно отвечает за качество медицинских услуг, безопасность и эффективность лекарственных препаратов, товаров и оборудования медицинского назначения. Министерство наделено непосредственными управленческими полномочиями только в отношении небольшого числа специализированных медицинских учреждений республиканского уровня и медицинских учреждений узкой специализации в Бишкеке. В его ведении находится также финансовое планирование и управление бюджетными средствами. Основные регулирующие функции Министерства здравоохранения включают разработку методических рекомендаций, обязательных для всех учреждений здравоохранения; лицензирование и аттестацию учреждений здравоохранения; процедуры обеспечения качества. На уровне медицинского учреждения полномочия по планированию и регулированию медицинских мероприятий и по управлению ими принадлежат администрации, обладающей финансовой и управленческой самостоятельностью.

До недавних реформ в системе здравоохранения существовали четыре уровня государственного управления: республиканский, областной, городской и районный; учреждения частично обслуживали одно и то же население. Кроме того, многие национальные программы, в частности программы вакцинации, проводились в рамках самостоятельных вертикальных систем. Одну из основных проблем реформы финансирования здравоохранения и системы медицинского

<sup>65</sup> Источник этой краткой справки – Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, «Системы здравоохранения в странах переходного периода» (European Observatory on Health Care Systems, 2005).

обслуживания представляла раздробленность бюджетов здравоохранения. Одним из ключевых элементов реформы финансирования здравоохранения стала централизация финансирования на областном уровне, призванная улучшить управление рисками и демонтировать систему финансового и материального снабжения, в результате которой возникала избыточность материальной базы. Одновременно проводилась реформа, наделяющая медицинские учреждения большей самостоятельностью в управлении собственными бюджетами. После введения новых методов оплаты медицинских услуг, особенно за счет их частичной оплаты пациентами, медицинские учреждения смогли обеспечивать более гибкое внутреннее распределение ресурсов. Единственным плательщиком в системе здравоохранения является Фонд обязательного медицинского страхования. Он получил право аккумулировать средства и приобретать медицинские услуги, а также обеспечить бюджетное финансирование здравоохранения. Кроме того, Фонд наделен дополнительными функциями обеспечения качества и разработки систем медицинской информации. Фонд обязательного медицинского страхования отчитывается перед Министерством финансов и местными государственными администрациями об использовании бюджетных ресурсов и финансировании здравоохранения. Основным источником финансирования здравоохранения является оплата медицинских услуг в денежной форме гражданами – на ее долю приходится почти половина общего финансирования данного сектора. Общие доходы бюджета (республиканского и местных бюджетов) составляют 44%. Государственные расходы на здравоохранения сократились с 4,0% валового внутреннего продукта в 1995 г. до 1,8% в 2003 г.

С момента получения независимости в 1991 г. Кыргызстан осуществил впечатляющие перемены в экономике и политике и превратился из советской республики с командной экономикой в независимое государство с более демократической и рыночной экономикой. Значительное сокращение финансирования здравоохранения оказало негативное влияние на качество медицинских услуг, что способствовало ухудшению состояния здоровья населения. Изменение системы финансирования обусловило разработку программы реформирования здравоохранения «Манас Таалими», которая включала:

- масштабную перестройку медицинского обслуживания (укрепление первичной медицинской помощи и модернизацию больниц общего профиля и специализированных больниц);
- разработку программы государственных льгот с четким описанием предоставляемых услуг;
- внедрение нового механизма для справедливого распределения ресурсов между регионами;
- совершенствование управления медицинскими учреждениями при помощи перехода от постатейного бюджетирования (финансирования) к новой системе оплаты медицинского обслуживания (общие бюджеты в больницах и финансирование по подушевому нормативу в системе первичной медицинской помощи);
- повышение квалификации персонала при помощи создания Института общественного здравоохранения для подготовки менеджеров и переподготовки врачей на врачей семейной медицины;
- совершенствование обеспечения качества, улучшение материальной инфраструктуры и модернизацию системы медицинской информации;
- модернизацию планирования медицинских мероприятий, управления ими и систем медицинского обслуживания;
- внедрение договоров, заключаемых потребителем медицинских услуг и учреждением, которое их предоставляет, а также между учреждениями, предоставляющими медицинскую помощь первичного, вторичного и третичного уровней.

В целом, реформа здравоохранения в Кыргызстане проходила в условиях сложных политических и экономических преобразований и жесткого экономического давления. В 1996 г. при поддержке

внешних доноров Кыргызстан начал проведение комплексной десятилетней программы реформирования здравоохранения, выполнение которой вступило в заключительную фазу. Страна смогла добиться некоторых значительных успехов и стала региональным лидером в реформировании здравоохранения. Введена система обязательного медицинского страхования, а также новые методы оплаты медицинского обслуживания и работа на договорных условиях. Введена также система единого плательщика, в которой сосредоточены все предыдущие достижения реформы здравоохранения и которая служит стимулом для дальнейших реформ. Перестроена и упрочена система первичной медицинской помощи. Вместе с тем многое еще предстоит сделать. Необходимо продолжать перестройку системы медицинского обслуживания, при этом особое внимание нужно обращать на больницы и Государственную санитарно-эпидемиологическую службу. Необходимо также развивать концепцию обеспечения качества. Нужно продолжать и укреплять работу по предотвращению распространения инфекционных заболеваний, в первую очередь туберкулеза, малярии и ВИЧ/СПИДа, и поощрять население с большей ответственностью относиться к собственному здоровью.

## Таджикистан<sup>66</sup>

Таджикистан – преимущественно гористая страна, основная часть населения которой живет в долинах на севере и юго-западе. Он граничит с Афганистаном, Китаем, Кыргызстаном и Узбекистаном. Столица – Душанбе. Развитие страны после получения независимости очень сильно пострадало от гражданской войны, перерыва в межгосударственной торговле и от положения в политически нестабильном регионе. По результатам переписи 1999 г. численность населения страны оценивается примерно в 6 миллионов человек. Почти три четверти населения проживает в сельской местности. Таджикистан – одна из 20 беднейших стран мира: около 80% его населения живет в бедности. В 1998 г. валовой внутренний продукт на душу населения составлял около 215 долларов США. Экономика Таджикистана сильно пострадала после распада СССР, так как лишилась дотаций из Москвы (которые составляли примерно 40% государственных доходов), а также большей части экспортного рынка из-за катастрофических последствий гражданской войны. В течение 1990-х г.г. население Таджикистана страдало от непрерывного снижения уровня жизни. Значительнее всего сократился валовой внутренний продукт: по итогам 1992 г., когда в стране шла война, он снизился на 29%. У страны огромная задолженность перед Россией и Узбекистаном. В 1998 г. внешний долг Таджикистана составлял 880 миллионов долларов. В результате этих проблем Таджикистан поздно начал проводить реформу здравоохранения.

Из всех бывших советских республик в Таджикистане самое молодое население: 70% населения составляют люди моложе 30 лет. Кроме того, в стране один из самых высоких в мире уровней рождаемости. Очень серьезную опасность представляют инфекционные заболевания, вызываемые разрушением системы снабжения чистой водой и системы канализации, а также распадом системы государственных мероприятий по охране здоровья, в частности борьбы с комарами и вакцинации. В результате в стране повысился уровень заболеваемости туберкулезом, малярией, тифом и дифтерией. Повысился также уровень незаконного использования наркотических средств, ВИЧ-инфекции и заболеваний, передающихся половым путем.

Структура существующей системы здравоохранения представляет собой наследие советской модели Семашко с незначительными структурными изменениями. Государство остается главным источником финансирования и оказания медицинских услуг. Вместе с тем считается, что в настоящее время от частных плательщиков поступает больше средств, чем из государственных источников доходов. Как и в большинстве бывших советских республик, система медицинского обслуживания представляет собой разветвленную сеть городских и сельских медицинских учреждений, которые оказывают услуги на республиканском, областном, районном и муниципальном уровнях. На республиканском уровне Министерство здравоохранения управляет системой медицинских услуг в общенациональном масштабе, а местные власти (областные и районные) – большинством медицинских услуг регионального и местного масштаба. Министерство здравоохранения отвечает за национальную политику в области здравоохранения, но не контролирует общий бюджет здравоохранения; в его непосредственном подчинении находятся только республиканские медицинские учреждения. Основными обязанностями Министерства здравоохранения являются разработка политики в отношении здравоохранения, реализация национальной программы борьбы с заболеваниями, прямое управление республиканскими учреждениями, научно-исследовательскими институтами и медицинскими учебными заведениями, определение политики в отношении регистрации лекарственных препаратов и контроля за их обращением, установление стандартов качества медицинского обслуживания в политике, регулирующей медицинские услуги государственного и частного сектора, оказание санитарно-эпидемиологических услуг населению, повышение квалификации персонала и формулирование политики, регулирующей обучение медицинских работников, лицензирование и сертификация физических и юридических лиц, оказывающих медицинские услуги, обеспечение международного сотрудничества, заключение международных соглашений в области здравоохранения.

---

<sup>66</sup> Источник этой краткой справки – Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, «Системы здравоохранения в странах переходного периода» (European Observatory on Health Care Systems, 2005).

Местные органы власти отвечают за большинство социальных услуг, в том числе в области здравоохранения и образования. В Таджикистане действует структура управления услугами, в центре которой находятся больницы, поскольку центральное управление большинством медицинских услуг сосредоточено в больницах. Распределение ресурсов в системе государственных медицинских учреждений опирается на жесткие рекомендации по централизованному планированию, которые направляются нижестоящим административным органам и используют количественные показатели, основанные на таких параметрах, как больничной коечный фонд и численность персонала. Координация работы между вертикальными и горизонтальными подразделениями медицинского обслуживания практически отсутствовала. Результатом структурных и финансовых перекосов стало чрезмерное внимание к стационарному лечению в ущерб первичной помощи. Администрация лечебных учреждений почти лишена самостоятельности, так как ее работа привязана к подробной росписи бюджетных статей. Управление медицинским обслуживанием в сельской местности осуществляется центральной районной больницей. Все руководители сельских лечебных учреждений (фельдшерских пунктов, амбулаторий и сельских больниц) подчиняются главному врачу центральной районной больницы.

Частные медицинские услуги регулируются, однако нормативные акты разрешают врачам, работающим в государственных учреждениях, заниматься частной медицинской практикой, которая может финансироваться за счет средств пациентов, взносов работодателей и страховых медицинских компаний. В Таджикистане работают частные фармацевты и стоматологи, однако частных врачей очень немного. В советское время профессиональных ассоциаций врачей и медицинских сестер не существовало. Сегодня они создаются, однако не играют официальной роли в аккредитации или регулировании и до сих пор почти не влияли на политику в области здравоохранения. Создана Национальная ассоциация медицинских сестер. Ассоциация врачей существует, но работает не очень активно.

В системе здравоохранения существуют четыре уровня государственного управления: общенациональный (республиканский), региональный (областной), районный и сельский. В ведении Министерства здравоохранения находятся общенациональные учреждения, в ведении местных администраций – остальные услуги здравоохранения. В сельской местности первичную медицинскую помощь оказывают фельдшерские пункты, сельские амбулатории и небольшие сельские больницы. В городах первичную и специализированную медицинскую помощь оказывают поликлиники, районные больницы общего профиля, специализированные региональные (областные или городские) больницы, а более сложную помощь – республиканские больницы. Страна испытывает острый дефицит лекарственных препаратов и товаров медицинского назначения. Медицинские работники получают крайне низкую заработную плату, которая не стимулирует их к оказанию качественной медицинской помощи; их профессиональная подготовка устарела, а клинические протоколы нуждаются в пересмотре. Население платит за услуги здравоохранения все больше (в официальной или неофициальной форме), что создает серьезное неравенство в доступе к медицинскому обслуживанию.

Планы реформы включают:

- сокращение коечного фонда, закрытие мелких сельских больниц, укрепление системы первичной медицинской помощи, подготовку семейных врачей, модернизацию поликлиник;
- модернизацию центральных районных больниц, направленную на расширение комплекса услуг;
- развитие профилакториев и открытие интернатов для пациентов, требующих длительного пребывания в стационаре;
- установление стандартов в целях повышения качества услуг и модернизацию технической базы здравоохранения;
- принятие национальных программ вакцинации, борьбы с туберкулезом, недостаточностью йода и с инфекционными заболеваниями;

- внедрение новых методов финансирования здравоохранения исходя из потребностей или по конечным показателям деятельности;
- обновление и модернизацию медицинского образования;
- разработку национальной политики в отношении производства и распространения лекарственных препаратов;
- приватизацию ограниченного круга услуг, в частности аптечного дела и обеспечения медицинским оборудованием.

В целом, хотя реформа здравоохранения зависит отчасти от устойчивого восстановления экономики страны, описанные выше реформы проводятся. Необходимо искать дополнительные источники финансирования, хотя до восстановления экономики Таджикистана одной из долгосрочных задач, вероятнее всего, останется внедрение медицинского страхования. Министерство здравоохранения уже начало обращать повышенное внимание на реформу здравоохранения. Оно сделало первый важный шаг, сократив избыточный коечный фонд больниц и перенес акцент с подготовки специалистов на подготовку семейных врачей. Страна ищет новые методы финансирования медицинских учреждений и медицинского персонала для содействия внедрению более эффективной и экономичной практики. Таджикистан стремится сохранить положительные особенности существующей системы здравоохранения, в частности широкую сеть медицинского обслуживания, в сочетании с новой практикой финансирования и управления, предназначенной для более эффективного использования ресурсов. Таджикистан поздно приступил к реформированию здравоохранения, но добивается значительных успехов после многих лет войны, разрухи и ухудшения состояния здоровья.

## Украина<sup>67</sup>

Украина – вторая по величине страна в Европе; она граничит с Беларусью, Венгрией, Польшей, Республикой Молдова, Российской Федерацией и Республикой Словакия. Согласно переписи населения 2001 г., население Украины составляло 48,4 миллиона человек, из которых 67% живут в городах. На Украине девять городов с населением свыше 1 миллиона человек, в том числе столица г. Киев (около 2,6 миллиона). Население Украины сократилось на 3,6 миллиона человек, или на 7,5%. В 1990-2001 г.г. рождаемость снизилась почти на 40%, однако в период после 2001 г. показатель рождаемости повышается, хотя и незначительно. Общий коэффициент фертильности в настоящее время – самый низкий в Европе. Возрастная структура населения меняется вследствие увеличения численности пожилых людей и сокращения доли молодежи. Как и во многих странах региона, на Украине наблюдается увеличение показателя инфекционных заболеваний, в частности дифтерии, туберкулеза и холеры. Украина столкнулась и с целым рядом новых проблем, к числу которых относится распространение ВИЧ-инфекции; по оценкам, ее распространенность среди взрослого населения достигла 1%. Украина по-прежнему находится в процессе планирования реформы здравоохранения и в этом отношении значительно отстает от большинства других стран, существующих на территории бывшего СССР. Реформе здравоохранения на Украине мешают препятствия конституционного характера. В частности, Конституция запрещает закрытие учреждений здравоохранения и предусматривает бесплатное медицинское обслуживание для всех граждан. Однако государство не в состоянии эффективно финансировать такие учреждения.

Официальная система здравоохранения контролируется государством и, как и в других бывших советских республиках, направления подчиненности отличаются отсутствием единообразия. Теоретически ответственность за политику в области здравоохранения несет Министерство здравоохранения. На практике же его влияние ограничено, поскольку в его непосредственном ведении находятся лишь несколько специализированных учреждений. Как и в большинстве бывших советских республик, медицинское обслуживание осуществляется в разветвленной системе государственных городских и сельских учреждений, которые оказывают медицинские услуги на республиканском, областном, районном и муниципальном уровнях. Основная часть медицинского обслуживания осуществляется в учреждениях, которые принадлежат региональным и районным администрациям, управляются ими, а финансируются за счет бюджета соответствующего уровня из средств, поступающих из Министерства финансов или из местных источников. К концу 2000 г. на Украине насчитывалось 24 166 таких учреждений. Сеть частных медицинских учреждений развита слабо. В конце 2000 г. было зарегистрировано всего 5860 физических лиц и 1050 юридических лиц, которые занимались самостоятельной частной практикой. Роль добровольного медицинского страхования относительно невелика, в основном из-за высокой стоимости коммерческих страховых премий, которые большинство граждан не в состоянии оплатить. Несмотря на наличие правовых норм, предусматривающих участие граждан в системе здравоохранения, и на существование целого ряда профессиональных объединений медицинских работников и недавно созданных различных групп пациентов, они до сих пор не играли сколько-нибудь заметной роли в принятии решений, за исключением, может быть, ассоциации врачей «ПУЛЬС», которая распалась всего через год после создания. Этот краткий анализ показывает, что организационная структура системы здравоохранения на Украине практически не изменилась со времен советской власти. Однако проводится интенсивная работа по формированию правовой базы для реформы здравоохранения.

В отличие от многих других отраслей экономики здравоохранение на Украине финансируется, как и при советской системе, за счет налоговых поступлений, что обеспечивает широкий и теоретически бесплатный охват населения медицинскими услугами, однако для системы здравоохранения одним из значительных источников доходов является оплата услуг за наличный расчет. В начале 1990-х г.г. около 80% расходов государственного (областного и местного) бюджета на здравоохранение направлялось на финансирование стационарного лечения. Доля

<sup>67</sup> Источник этой краткой справки – Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, «Системы здравоохранения в странах переходного периода» (European Observatory on Health Care Systems, 2005).

таких расходов постепенно сокращалась и в 2002 г. составила немногим более 60%. Такое сокращение можно объяснить отчасти тем, что в 1990-х г.г. коечный фонд уменьшился более чем на 30%.

В целом, основные принципы медицинского обслуживания мало изменились с момента получения независимости, и почти вся система здравоохранения по-прежнему работает по модели Семашко, при этом ресурсы распределяются исходя из коечного фонда и числа посещений. За последние 15 лет на Украине в течение длительного времени дебатировался вопрос об оптимальных подходах к развитию первичной медицинской помощи, в том числе вопрос о переходе к модели, основанной на принципах семейной медицины (общей практики). Однако отсутствие четкой национальной политики в отношении развития первичной медицинской помощи стало тормозом для реформы и обеспечило сохранение существующего положения вещей. У Украины до сих пор нет целостной долгосрочной программы реформирования национальной системы здравоохранения. Попытки ее реформирования были в основном разрозненными и непоследовательными и не смогли обеспечить коренную перестройку здравоохранения. В то же время эксперты, политики и граждане все лучше понимают: острые проблемы системы здравоохранения обусловлены не только дефицитом финансовых средств, но и неэффективностью финансирования, планирования и регулирования. Следовательно, несмотря на наличие многочисленных проблем, проведение реформы в ограниченном объеме все же представляется возможным.

**ПРИЛОЖЕНИЕ F.  
ВОЗМОЖНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ОКАЗАНИЯ ОСНОВНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПАЦИЕНТАМ С ВИЧ/СПИДОМ  
В УСЛОВИЯХ КОНЦЕНТРИРОВАННОЙ ЭПИДЕМИИ**

	<b>НПО</b>	<b>Нереформированные структуры здравоохранения</b>	<b>Реформированные структуры здравоохранения</b>
Финансирование	Существуют опасения относительно того, что финансирование НПО будет осуществляться через государственные структуры <sup>68</sup> ; однако это может быть необходимым для обеспечения устойчивости в течение длительного срока. В некоторых странах (например, в Латвии) муниципалитеты начинают финансировать мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции через НПО.	В некоторых странах эти структуры выступают основными получателями грантов Глобального фонда. Существуют опасения, что значительные суммы финансовых средств, полученных от доноров и проходящих через эти структуры, могут ухудшить подотчетность государственным структурам, в частности Министерству здравоохранения, и способствовать укреплению вертикальных империй.	Хотя финансирование через централизованные системы (например, Минздрав, ОП, Фонд медицинского страхования) может восприниматься как идеальное, ни в одной из трех стран, которые посетили эксперты, такого не происходит. Для такого финансирования потребуются механизмы, обеспечивающие очевидную выгоду в борьбе с соответствующим целевым заболеванием (заболеваниями). Необходимо внедрить механизмы финансирования НПО и создать организации, работающие в других секторах, помимо здравоохранения.
Проведение биоповеденческого обследования уязвимых групп населения	НПО играют четкую признанную роль в обеспечении доступа к уязвимым группам населения, оказании социальной поддержки и консультировании при применении методик «обследование плюс» <sup>69</sup> . Однако почти отсутствуют возможности проводить небольшие исследования, связанные с конкретным проектом (например, изучать объем имеющихся знаний, отношения, практику). Такие исследования обычно плохо разработаны и отличаются предубежденностью.	В бывшем Советском Союзе у центров по борьбе со СПИДОм часто существовали эффективные системы отчетности о выявленных случаях заболевания в пассивной форме. Во многих странах эти системы дополняются проведением биоповеденческих обследований наиболее уязвимых групп населения, в частности потребителей инъекционных наркотиков, секс-работников, мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, заключенных. Однако пока не ясно, можно ли их систематизировать и продолжать. Связи между этой системой и другими системами общественного здравоохранения являются относительно слабыми.	В бывшем Советском Союзе основным органом общественного здравоохранения была Санитарно-эпидемиологическая служба (СЭС). В идеале СЭС может выполнять эту роль, однако в настоящее время она плохо оснащена для этого. СЭС имеет очень ограниченный профессиональный потенциал, плохо финансируется, а ее работа сосредоточена в основном на контроле санитарного состояния предприятий питания <sup>70</sup> . В странах Восточной Европы аналог СЭС <sup>71</sup> может быть более приспособлен для выполнения этих функций, поскольку в этих странах отсутствуют центры борьбы со СПИДОм.

<sup>68</sup> В тех странах, где ранее такой механизм не использовался, у государственных органов могут возникнуть опасения по поводу способности НПО выполнять программы и отчитываться за финансовые средства. У НПО может возникнуть озабоченность относительно возможного отвлечения денежных средств на финансирование государством других расходов или того, что НПО будут восприниматься не как партнеры, а просто как субподрядчики. Во многих странах, где основным получателем выступает государственное ведомство, данный механизм был впервые введен при получении грантов Глобального фонда. Однако готовность государственных органов (национальных и местных) использовать такие механизмы для финансирования собственных расходов по окончании грантов Глобального фонда еще предстоит проверить на практике.

<sup>69</sup> Когда тестирование на ВИЧ-инфекцию происходит только для целей обследования, его результаты обычно не выдаются тестируемому. Однако в тех местах, где почти нет доступа к добровольному консультированию и тестированию, такую практику можно считать неэтичной. Методики «обследование плюс» обеспечивают дополнительные услуги участникам обследования, в том числе выдачу им результатов тестирования на ВИЧ-инфекцию, консультирование, лечение заболеваний, передающихся половым путем, и др.

<sup>70</sup> В результате у нее почти нет опыта работы, связанной с противодействием ВИЧ/СПИДУ.

<sup>71</sup> Например, Санитарно-эпидемиологическая инспекция в Болгарии и Республиканский институт охраны здоровья в Македонии.

**ПРИЛОЖЕНИЕ F.  
ВОЗМОЖНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ОКАЗАНИЯ ОСНОВНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПАЦИЕНТАМ С ВИЧ/СПИДОМ  
В УСЛОВИЯХ КОНЦЕНТРИРОВАННОЙ ЭПИДЕМИИ (продолжение)**

НПО	Нереформированные структуры здравоохранения	Реформированные структуры здравоохранения	
<b>Целенаправленная профилактика среди:</b>			
ПИН	В целом, НПО хорошо приспособлены для оказания услуг этим группам населения. Они обладают гибкостью и, как правило, их сотрудники имеют хорошие стимулы и получают высокую заработную плату. НПО часто могут установить доверительные отношения с уязвимыми группами, а именно дефицит доверия является одним из основных препятствий в работе с государственными структурами. Однако оказывать такие услуги при помощи НПО довольно дорого, а обеспечить достаточный охват при помощи только этого механизма может оказаться затруднительным. Кроме того, возникает вопрос устойчивости, хотя фактически нет оснований, препятствующих центральным и местным государственным органам заключать с НПО договоры на оказание таких услуг, как это начинает происходить в некоторых странах (например, в Латвии). Вместе с тем НПО могут этим заниматься не во всех частях региона. В некоторых местах у них нет достаточного потенциала, они могут быть тесно связаны с государственными структурами. <sup>72</sup>	В некоторых случаях услуги по профилактике ВИЧ-инфекции для ПИН оказывают т.н. «пункты доверия» в государственных больницах и при помощи специалистов по работе с населением при этих больницах. Такие пункты могут хорошо работать, если преодолен основной барьер – глубокое чувство недоверия ПИН к государственным ведомствам. Кроме того, наркологические диспансеры могут оказывать потребителям инъекционных наркотиков услуги по профилактике ВИЧ-инфекции и лечению наркотической зависимости. Однако ПИН могут особенно сильно сопротивляться получению таких услуг, так как считают, что наркологические диспансеры связаны с органами внутренних дел и спецслужбами.	В настоящее время реформированные структуры здравоохранения играют очень ограниченную роль в данной области, так как они в основном недостаточно развиты. Однако даже в тех странах, где проведены значительные преобразования, реформированные структуры (в частности центры пропаганды здорового образа жизни) в большей степени сосредоточены на профилактике ВИЧ-инфекции среди населения в целом, чем среди наиболее затронутых эпидемией и наиболее уязвимых групп, в которых сконцентрирована эпидемия. На первый взгляд, было бы идеальным привлекать к этой работе семейных врачей, однако существует множество вопросов, которые необходимо решить, прежде чем это станет возможным. К ним относятся низкая оплата труда, отсутствие стимулов, стигматизация и дискриминация, низкий уровень использования услуг и низкая квалификация, перегрузка. Однако имеется несколько примеров становления передовой практики. Так, в Кыргызстане введена система ваучеров на посещение врача, поощряющая доброжелательное отношение к пациенту. НПО распространяют эти ваучеры в уязвимых группах населения. Ваучеры позволяют получить услуги у врача, прошедшего специальное обучение доброжелательной работе с представителями уязвимых групп. Врач получает плату за каждый полученный ваучер. НПО считают такую систему положительной, поскольку она формирует у уязвимых групп доверие к медицинским услугам, которые оказывает государство, и дает врачам стимулы для работы с такими группами.
Секс-работников		Лечением инфекций, передающихся половым путем, традиционно занимались кожно-венерологические диспансеры, однако во многих странах объем услуг этих учреждений сокращается вследствие использования методов выявления инвазивных контактов и развития лечения в частных учреждениях. Поэтому данный сектор широко не привлекался к обеспечению беспрепятственного доступа секс-работников к лечению инфекций, передающихся половым путем. Напротив, т.н. «дружественные клиники» созданы в основном под эгидой НПО и центров по борьбе со СПИДОм.	

<sup>72</sup> Например, сотрудники государственного учреждения (в частности, центра по борьбе со СПИДОм) могут создать негосударственную организацию для работы, которую

**ПРИЛОЖЕНИЕ F.  
ВОЗМОЖНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ОКАЗАНИЯ ОСНОВНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПАЦИЕНТАМ С ВИЧ/СПИДОМ  
В УСЛОВИЯХ КОНЦЕНТРИРОВАННОЙ ЭПИДЕМИИ (продолжение)**

	НПО	Нереформированные структуры здравоохранения	Реформированные структуры здравоохранения
<b>Целенаправленная профилактика среди:</b>			
МСМ		Судя по всему, в традиционном секторе здравоохранения советского образца нет специального отдела по этим вопросам, который мог бы эффективно оказывать услуги по профилактике ВИЧ-инфекции мужчинам, занимающимся сексом с мужчинами. Там, где такие услуги развивались, их почти всегда оказывали НПО.	
Заклученных	В некоторых странах НПО оказывают услуги по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах. Однако спектр предлагаемых ими услуг нередко ограничен. Одна из ключевых проблем заключается в необходимости развивать основанные на доверии отношения между администрацией тюрем и НПО. Для их развития требуется время, но такие отношения можно быстро и легко подорвать. Принципиально важно, чтобы НПО, которые хотят работать в тюрьмах, постарались понять взгляды администрации тюрьмы на ВИЧ/СПИД и связанные с ними вопросы.	Есть вероятность того, что даже в реформированной системе здравоохранения медицинское обслуживание в местах заключения будет в определенной степени изолировано от медицинского обслуживания населения в целом. Однако существует необходимость в развитии эффективных механизмов, позволяющих координировать медицинские услуги заключенным и населению в целом, в том числе обеспечивать непрерывность услуг человеку, который переходит из одного сектора в другой (например, при заключении или освобождении). Вероятно, сотрудники мест заключения и медицинские работники мест заключения должны играть важную роль в обеспечении основных услуг по профилактике ВИЧ-инфекции, особенно потребителям инъекционных наркотиков.	

трудно или невозможно выполнять в рамках государственного ведомства. Существует множество примеров эффективной работы таких НПО, что делает презрительные названия «карманные НПО» или «квази-НПО» неуместными во многих случаях. Однако есть и примеры таких НПО, которые создаются просто для получения средств из источников, не предоставляющих финансирование государственным ведомствам и, кроме того, существует риск отвлечения государственных служащих от их обязанностей.

**ПРИЛОЖЕНИЕ F.  
ВОЗМОЖНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ОКАЗАНИЯ ОСНОВНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПАЦИЕНТАМ С ВИЧ/СПИДОМ  
В УСЛОВИЯХ КОНЦЕНТРИРОВАННОЙ ЭПИДЕМИИ (продолжение)**

	НПО	Нереформированные структуры здравоохранения	Реформированные структуры здравоохранения
Уход, поддержка, лечение	<p>Опыт некоторых стран (например, Украины) показал ту важную роль, которую НПО могут играть в оказании социальной поддержки и в консультировании по вопросам соблюдения режима лечения. Эта поддержка особенно эффективна в тех случаях, когда она предоставляется одновременно с оказанием услуг государственными учреждениями. Существует также потребность в создании и развитии сетей людей, живущих с ВИЧ/СПИДОМ, так как они могут выполнять целый ряд функций, в том числе отстаивать качество услуг по уходу, поддержке и лечению, и контролировать его.</p>	<p>В большинстве стран региона антиретровирусная терапия предоставляется в очень немногих медицинских центрах. В бывших республиках Советского Союза эта работа велась в основном через центры борьбы со СПИДОМ. Однако они довольно слабо развиты и имеют небогатый клинический опыт. В странах, где лечение необходимо большому числу граждан (например, на Украине), вряд ли можно обеспечить достаточный масштаб только при помощи этого механизма. Кроме того, работа при помощи этой системы подвергается критике за то, что она способствует укреплению старых вертикальных империй. В Восточной Европе<sup>73</sup> лечение обычно проводится в инфекционных больницах.</p>	<p>В некоторых странах, особенно центрально-азиатских, наблюдается стремление проводить антиретровирусную терапию в существующих лечебных учреждениях, в том числе в пунктах первичной помощи и в больницах общего профиля. Необходимо рассмотреть следующие вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• в небольших странах с низким уровнем эпидемии нагрузка [медицинских работников] будет низкой. Если лечение рассредоточено, то врачи вряд ли приобретут опыт лечения побочных эффектов и др.;</li> <li>• всем ли центрам, принимающим участие в программе, нужно проводить лечение и мониторинг? Может быть, целесообразно сохранить небольшое число диагностических и лечебных центров при децентрализации мониторинга<sup>74</sup>;</li> <li>• географические факторы, например, размер страны и легкость передвижения. Централизованные службы целесообразно внедрить в небольших странах с хорошо развитой транспортной инфраструктурой;</li> <li>• стигматизация и дискриминация могут означать, что люди, живущие с ВИЧ/СПИДОМ, скорее обратятся в централизованную специализированную службу, чем к своему семейному врачу;</li> </ul> <p>Врач, имеющий большой опыт в лечении больных ВИЧ/СПИДОМ, пришел к выводу: «Идея лечить людей, живущих с ВИЧ/СПИДОМ, везде означает, что их не будут лечить нигде».</p>

<sup>73</sup> В том числе в некоторых странах, которые были советскими республиками, например, в Латвии.

<sup>74</sup> Такое намерение является общим при лечении других хронических состояний, в частности гипертензии, диабета и др. Диагностика, решение проблем и корректировка схемы лечения могут быть сосредоточены в учреждениях, предоставляющих медицинскую помощь второго уровня, а регулярное снабжение лекарственными препаратами и обычный контроль – на уровне первичной помощи. Аналогичную систему можно создать в некоторых местах (например, в крупных странах со слабо развитой транспортной инфраструктурой и значительным числом пациентов, нуждающихся в лечении). В такой системе может работать ограниченное число лечебных центров, в которых пациенты начинают принимать антиретровирусные препараты, при этом за ними ведется наблюдение, чтобы выявить возможные проблемы, например несоблюдение режима лечения, серьезные побочные эффекты и т.п. Может быть увеличено количество центров мониторинга, которые пациенты посещали бы ежемесячно для плановых осмотров и получения ежемесячного объема лекарственных препаратов.

**ПРИЛОЖЕНИЕ G.  
 ЧТО ТАКОЕ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ? ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ  
 В СОПОСТАВЛЕНИИ С ОБЫЧНЫМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭТОГО ПОНЯТИЯ  
 В ЕВРАЗИЙСКОМ РЕГИОНЕ**

Характеристика	Официальное определение (определения)	Общее употребление
Источник финансирования	Все источники финансирования, в том числе проекты международных доноров и НПО.	Только государственное финансирование, в том числе из национального бюджета и региональных бюджетов, а также средства доноров, если они предоставляются в форме займа или бюджетной поддержки.
Организация-исполнитель	Все организации, выполняющие программу, в том числе НПО и министерства, не занимающиеся вопросами здравоохранения, при условии, что основная цель работы заключается в совершенствовании здравоохранения.	Только деятельность государственных органов, прежде всего Министерства здравоохранения.
Вид деятельности	Все виды деятельности, основная цель которых заключается в совершенствовании здравоохранения, в том числе лечебные и профилактические услуги.	Преимущественно лечебные услуги, которым уделяется основное внимание. Другие услуги, в том числе направленные на оздоровление и профилактику заболеваний, могут быть исключены из понятия системы здравоохранения или в этой системе им отводится периферийная роль.
Степень систематизации	Включает как неформальные, так и разовые мероприятия.	Неформальные и разовые мероприятия, в частности проекты, в это понятие не включаются.



## ПРИЛОЖЕНИЕ Н. КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ СОВЕТСКОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ<sup>75</sup>

Советская модель здравоохранения, известная как «модель Семашко», названа в честь народного комиссара здравоохранения 1918-1930 г.г.<sup>76</sup>, который был ее основным создателем. Эта модель использовалась на всей территории Советского Союза и в разной степени сохраняла влияние в странах Восточной Европы<sup>77</sup>.

За последние 15 лет страны модифицировали первоначальную модель, однако в большинстве случаев она сохраняет многие компоненты первоначальной структуры и медицинского обслуживания. В целом эта система финансируется государством из налоговых поступлений, а медицинским обслуживанием занимаются государственные учреждения<sup>78</sup>. Официальная система здравоохранения контролируется государством, при этом направления подотчетности распределены по четырем уровням государственного управления: республиканский<sup>79</sup>, областной<sup>80</sup>, городской<sup>81</sup> и районный<sup>82</sup>, в рамках которых обслуживается частично одно и то же население. В стране существует национальное Министерство здравоохранения с отделениями в каждой области (регионе). Оно занимается реализацией политики в области здравоохранения и выполняет государственную программу льгот и другие целевые программы по здравоохранению. Медицинское обслуживание осуществляется в рамках разветвленной сети городских и сельских учреждений, которые оказывают медицинские услуги на республиканском, областном, районном и городском (муниципальном) уровне. Кроме того, большинство национальных программ, в частности программа вакцинации и борьбы с ВИЧ/СПИДом и туберкулезом, выполняются в рамках самостоятельных вертикальных систем. Общественным здравоохранением занимается вертикальная структура, которая называется «Санитарно-эпидемиологическая служба» (СЭС). Медицинское образование дают медицинские институты, которые находятся в совместном ведении Министерства здравоохранения и Министерства образования. На национальном уровне существует большое количество научно-исследовательских институтов, занимающихся исследованиями и лечением в собственных больницах, в которые направляют пациентов из разных регионов.

Стационарное лечение в городах проводится в многочисленных специализированных больницах. Ядром системы стационарной медицинской помощи являются больницы трех видов: взрослые, детские и родильные дома. Кроме того, существуют самостоятельные административные структуры для отдельных заболеваний – диспансеры. Они входят в состав вертикальной

---

<sup>75</sup> Данный раздел основан на материалах работы Borowitz et al., 1999, и пояснений, данных Майклом Боровицем и Андреасом Тамбергом в личной беседе.

<sup>76</sup> Н.А. Семашко (1874-1949).

<sup>77</sup> Полная модель Семашко существовала только в республиках Советского Союза. В балканских странах использовалась модель Стампара. Страны Центральной Европы (например, Венгрия, Чехия) по-прежнему сохраняли традицию страхования, возникшую во времена Бисмарка, и вернулись к ней после падения Берлинской стены (Borowitz, в личной беседе).

<sup>78</sup> Один из аргументов состоит в том, что система функционировала довольно неплохо, особенно в борьбе с инфекционными заболеваниями, и финансировалась в достаточной степени. Однако финансирование этой системы почти прекратилось после распада Советского Союза.

<sup>79</sup> Данный документ придерживается стандартной практики использования терминов «республиканский» и «национальный» в качестве синонимов. Термин «местный» используется применительно ко всем уровням ниже республиканского.

<sup>80</sup> Данный документ придерживается стандартной практики использования терминов «областной» и «региональный» в качестве синонимов.

<sup>81</sup> Данный документ придерживается стандартной практики использования терминов «городской» и «муниципальный» в качестве синонимов.

<sup>82</sup> В некоторых странах (например, в Таджикистане) используется термин «сельский».

системы, аналогичной СЭС. Диспансеры предназначены для лечения туберкулеза, инфекций, передающихся половым путем (кожно-венерологические), психиатрических, наркологических и онкологических заболеваний. В диспансерах существуют стационарные и амбулаторные отделения. Первичную медицинскую помощь в городах оказывают взрослые и детские поликлиники. Они обслуживают конкретную территорию (участок); в поликлиниках работают врачи-терапевты и специалисты. Медицинская помощь в сельской местности сосредоточена в центральных районных больницах. В них обычно работают отделения для детей и взрослых, родильные и инфекционные отделения и поликлиники при больницах. В сельской местности существуют разнообразные медицинские учреждения; при маленьких сельских больницах обычно имеется поликлиника, которая обслуживает данную территорию. Первичную медицинскую помощь оказывают сельские амбулатории, обслуживающие, как правило, 1500-1600 человек. В их штате должны быть терапевт для взрослых, педиатр, акушер, часто – стоматолог. Из-за низкого уровня финансирования штат почти всех этих учреждений в настоящее время не укомплектован и нередко состоит всего из одного терапевта. Самое низшее звено – фельдшерские пункты. Фельдшер представляет собой помощника врача, который живет в соответствующей местности, имеет базовую подготовку и оборудование и отвечает за санитарно-просветительскую работу и простейшие медицинские услуги.

В целом по международным меркам советская система здравоохранения отличалась очень высоким уровнем ориентации на специалистов, трудоемкостью и энергоемкостью, чрезмерно высоким уровнем развития стационарной помощи вторичного и третичного уровня и крайне недостаточным уровнем развития первичной помощи<sup>83</sup> при раздробленности финансирования, оказания услуг, контроля качества и управления. Всё это постепенно меняется во многих странах.

---

<sup>83</sup> Хотя сегодня дело обстоит именно так, существуют разные мнения относительно того, была ли ситуация такой же и в советское время. Пример: «Особое внимание в системе отводилось специализированной помощи, санитарно-эпидемиологической службе (СЭС), занимавшейся санитарными мероприятиями среди населения и масштабному по западным стандартам обеспечению кадрами (в том числе, медсестринскими) учреждений первичной медицинской помощи, многие из которых находились в сельской местности. <...> Суть в том, что основной организатор вертикальной советской системы здравоохранения работал в условиях командно-административной экономики, для которой здравоохранение было приоритетом на уровне и первичной, и специализированной медицинской помощи. Особое внимание Семашко специализированным лечебным услугам было прямой реакцией на дефицит таких услуг в досоветский период. Из этого не следует делать вывод о том, что первичная медицинская помощь была «недостаточно развитой». Напротив, создание СЭС и щедрое обеспечение здравоохранения кадрами свидетельствует об обратном (Тамберг, в личной беседе).

**ПРИЛОЖЕНИЕ I.**  
**ИНДИКАТОРЫ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА ДЛЯ МОНИТОРИНГА ГРАНТОВ,**  
**ПРЕДОСТАВЛЕННЫХ НА УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ** <sup>84</sup>  
**(GLOBAL FUND, 2005L)** <sup>85</sup>

Направление	Итоговые достижения	Результаты
Оказание услуг	Наличие в районе или регионе медицинских учреждений, оказывающих специализированные услуги (тестирование и консультирование, ППМР, АРВ, лечение ИППП, малярии, туберкулеза, сотрудничество при лечении туберкулеза, сочетанного с ВИЧ, другое) в соответствии с национальными протоколами и рекомендациями (число и доля в процентах)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Население, охваченное основными услугами (тестирование и консультирование, ППМР, АРВ, лечение ИППП, малярии, туберкулеза) (число и доля в процентах).</li> <li>Количество амбулаторных посещений по поводу ВИЧ/туберкулеза/малярии на душу населения</li> <li>Повышение уровня удовлетворенности пациентов (в %)</li> </ul>
	Регулярный надзор за медицинскими учреждениями в соответствии с национальными рекомендациями (число и доля в процентах)	
	Наличие районных лабораторий, полностью оборудованных и оснащенных для диагностики туберкулеза, малярии и ВИЧ-инфекции (число и доля в процентах)	
	Количество тестов на ВИЧ-инфекцию, в % от сексуально активного населения (с указанием возрастной группы)	
Человеческие ресурсы	Численность медицинских работников (по категориям и в разбивке по месту работы – город/село – и по полу) на 100,000 жителей (по категориям)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Численность прошедших подготовку и трудоустроенных медицинских работников по категории в соответствии с планом подготовки кадров (число и доля в процентах)</li> <li>Повышение уровня удовлетворенности пациентов</li> </ul>
	Ежегодный выпуск подготовленных медицинских работников на 100,000 жителей (по категории)	
	Наличие медицинских работников (по категориям и регионам), прошедших в течение прошлого года повышение квалификации без отрыва от работы (по виду и продолжительности обучения) в соответствии с национальной учебной программой (при необходимости – по видам заболеваний) (число и доля в процентах)	
	Наличие медицинских учреждений, полностью укомплектованных штатами – по уровню медицинской помощи и по регионам, в соответствии с национальными стандартами (в разрезе программ борьбы с заболеваниями, если необходимо) (число и доля в процентах)	
Укрепление систем на уровне сообщества	<ul style="list-style-type: none"> <li>Количество районов, в которых существуют участковые координационные пункты</li> <li>Численность специалистов по работе с населением, подготовленных для проведения территориальных мероприятий</li> <li>Численность специалистов по работе с населением, прошедших базовую подготовку</li> <li>Численность территориальных организаций, имеющих планы и системы регулярного мониторинга</li> <li>Количество сообществ, в которых предоставляется комплекс определенных базовых услуг на местах (уход на дому, профилактические мероприятия среди населения, уход за сиротами, обучение)</li> </ul>	Не указано

<sup>84</sup> Разработаны Глобальным фондом и его партнерами; содержатся в проекте второй редакции сборника, посвященного мониторингу и оценке (сентябрь 2005 г.).

<sup>85</sup> Сокращение: АРВ – антиретровирусный; ППМР – профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку; ИППП – инфекция, передающаяся половым путем.

**ПРИЛОЖЕНИЕ I.**  
**ИНДИКАТОРЫ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА ДЛЯ МОНИТОРИНГА ГРАНТОВ,**  
**ПРЕДОСТАВЛЕННЫХ НА УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (GLOBAL**  
**FUND, 2005L) (продолжение)**

Направление	Итоговые достижения	Результаты
Информационная система и текущие исследования	Наличие медицинских учреждений или районов, представляющих отчетность по всем индикаторам в соответствии с национальными рекомендациями (в том числе использующих национальный перечень индикаторов) (число и доля в процентах)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Комплексные информационные системы для управления здравоохранением</li> <li>• Ежегодное представление полного отчета о борьбе с конкретными заболеваниями</li> <li>• Представление индикаторов поведенческих обследований раз в 4-5 лет</li> <li>• Представление оценочных данных об уровне распространенности ВИЧ раз в два года</li> </ul>
	Наличие медицинских учреждений или районов, представляющих своевременную отчетность в соответствии с национальными рекомендациями (число и доля в процентах)	
	Количество обследований, которые включают ключевые индикаторы по трем заболеваниям, проведенных в соответствии с национальным планом мониторинга и оценки (указать вид)	
	Наличие мест, в которых осуществляется дозорный надзор в соответствии с национальными стандартами (число и доля в процентах)	
Инфраструктура	Наличие медицинских учреждений, оснащенных для оказания специализированных услуг (консультирования и тестирования, ППМР, АРВ, ИППП, лечение ВИЧ-инфекции, сочетанной с туберкулезом — <i>указать виды и количество</i> ) (число и доля в процентах)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Территориальный доступ: доля населения, проживающего в пределах досягаемости базовых услуг здравоохранения</li> </ul>
	Наличие медицинских учреждений, применяющих национальные нормативные документы, регулирующие организацию закупок и управление поставками (число и доля в процентах)	
Организация закупок и управление поставками	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наличие технического персонала, прошедшего обучение организации закупок и управлению поставками (число и доля в процентах)</li> <li>• Наличие партий основных препаратов для лечения туберкулеза (указать), имеющих сертификат партии с указанием приемлемых результатов испытания качества, среди всех партий лекарственных препаратов, приобретенных за определенный период (число и доля в процентах)</li> <li>• Общая продолжительность периода (в днях), в течение которого наблюдался дефицит любых препаратов для лечения туберкулеза (указать), по всем складам в течение определенного срока</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Число и доля (в %) медицинских учреждений или наличие центрального склада, в которых за последний месяц (или за определенный период) не наблюдался дефицит лекарственных препаратов</li> </ul>

**ПРИЛОЖЕНИЕ J.**  
**ИНДИКАТОРЫ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ СИСТЕМНЫХ ЭФФЕКТОВ (GLOBAL FUND, 2005I)**

Направление	Индикаторы	Комментарии
Дополнительные результаты благодаря средствам ГФСТМ	Уровни и тенденции помощи доноров, распределения государственных и частных средств для борьбы с тремя заболеваниями; положительные результаты в сокращении объема неудовлетворенных потребностей в финансировании расходов по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией	Два индикатора – дефицит ресурсов и изменение ресурсов из внешних источников с течением времени
	Доля домашних хозяйств (в %), которые расходуют на оплату медицинских услуг (расходы на здравоохранения в чрезвычайных ситуациях) более 0,40 дохода	
	Численность и изменение численности медицинских работников, имеющих специальную подготовку	Два индикатора – изменение численности медицинского персонала и дефицит медицинских кадров
Устойчивость	Цены на основные товары медицинского назначения, приобретенные на средства Глобального фонда, тенденция во времени, сравнительные уровни разных стран	
	Общий объем государственных расходов на здравоохранение как доля валового национального дохода на протяжении определенного периода	
	Объем расходов на борьбу с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией в общем объеме расходов на здравоохранение	
	Изменение объема средств для борьбы с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией из года в год больше, чем объем предоставляемых Глобальным фондом грантов <sup>86</sup>	Два индикатора – дополнительные результаты, полученные благодаря средствам Глобального фонда, и дополнительные результаты, полученные благодаря средствам Глобального фонда в борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией
	Отношение объема донорских средств к общему объему расходов на борьбу с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией	
	Гарантированное и прогнозируемое долгосрочное финансирование со стороны Глобального фонда в сравнении с расчетными потребностями	
Партнерства и согласованность деятельности	Совместная с другими агентствами деятельность, результаты которой обеспечивают поддержку и согласованность работы в дополнение к деятельности Глобального фонда – в том числе участие Глобального фонда в совместных программах ОЭСР <sup>87</sup> /ЦРТ/ООН и двусторонних агентств, направленные на повышение согласованности мероприятий	
	Страны, имеющие соответствующие стратегии (снижения бедности, совершенствования здравоохранения и др.), в которых четко указано финансирование Глобального фонда	
	Число стран, имеющих СКК, в состав которого входят люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией	
	Число СКК, в состав которых все его члены-НПО избираются целевыми группами этих НПО в ходе документированных прозрачных выборов	
	Число НКК, в которых представлены все целевые группы	
	Число НКК, в которых существует документированный прозрачный процесс подачи и анализа заявок, выдвижения основных получателей средств и контроля выполнения программы	
	Число НКК, в которых председатель и заместитель председателя принадлежат к разным целевым группам	
	Число НКК, в которых существует письменный план, препятствующий возникновению конфликтов интересов	

<sup>86</sup> Данный индикатор также измеряет дополнительные результаты, полученные благодаря средствам Глобального фонда. Рассчитывается путем деления расходов страны на борьбу с тремя заболеваниями в текущем году (с учетом ресурсов Глобального фонда) на объем расходов этой же страны для борьбы с этими же заболеваниями в предыдущем году плюс ресурсы Глобального фонда в текущем году. Если ресурсы Глобального фонда представляют собой «дополнительные» средства, то коэффициент должен быть больше 1.

<sup>87</sup> ОЭСР – Организация экономического сотрудничества и развития; ЦРТ – Цели развития в новом тысячелетии.



**ПРИЛОЖЕНИЕ К.  
ПРЕДЛАГАЕМЫЕ К РАССМОТРЕНИЮ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИНДИКАТОРЫ ДЛЯ  
МОНИТОРИНГА УКРЕПЛЕНИЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, НАПРАВЛЕННОГО  
НА БОРЬБУ С ВИЧ/СПИДОМ В ЕВРАЗИЙСКОМ РЕГИОНЕ<sup>88</sup>**

Тематическое направление	В международном масштабе	В национальном масштабе
<b>Управление</b>	Число стран, получающих гранты Глобального фонда, в которых существуют четкие связи между грантом, национальной стратегией борьбы с ВИЧ/СПИДОМ и национальной стратегией в области здравоохранения	Доля НПО (в %), выразивших удовлетворенность степенью участия НПО в реализации национальных программ борьбы со СПИДОМ и в управлении ими Доля заинтересованных сторон (в %), выразивших удовлетворенность внедрением более коллегиального и совещательного стиля руководства
<b>Финансирование</b>	Число (доля) стран, в которых гранты Глобального фонда способствовали регулярному ведению национальных счетов по учету средств для борьбы с ВИЧ/СПИДОМ Число (доля) стран, получающих гранты Глобального фонда, в которых финансирование а) из средств Глобального фонда, б) из средств других доноров входит в состав плана финансирования здравоохранения, описанного в национальной политике (стратегии) в области здравоохранения	Доля (в %) финансовых средств Глобального фонда, а) израсходованных субполучателями, б) направленными субполучателями другим организациям
<b>Организация снабжения лекарственными препаратами и товарами медицинского назначения</b>		Цена, уплаченная за единицу каждого лекарственного препарата (товара медицинского назначения) в сравнении с данными за прошлые периоды, показателями других национальных ведомств и международными нормативами и минимальными показателями. Средняя продолжительность интервала между принятием решения о закупке и наличием товара для клиента (пациента)
<b>Управление человеческими ресурсами</b>	Число (доля) стран, получающих гранты Глобального фонда, в которых существуют планы повышения квалификации кадров, работающих с больными ВИЧ/СПИДОМ и в секторе здравоохранения в целом Число (доля) стран, получающих гранты Глобального фонда, в которых существуют согласованные стандарты подготовки медицинских кадров перед началом их работы с больными ВИЧ/СПИДОМ	Среднемесячный оклад категорий медицинских работников в государственном секторе (в абсолютном выражении и в процентном соотношении с сопоставимой оплатой труда) Число (доля) медицинских учебных заведений, обеспечивающих надлежащую подготовку перед началом работы с больными ВИЧ/СПИДОМ Численность (доля) работников медицинских учреждений, оказывающих услуги больным ВИЧ/СПИДОМ, которые увольняются в течение года Доля медицинских работников учреждений здравоохранения, оказывающих услуги больным ВИЧ/СПИДОМ, которые выражают удовлетворенность своей работой Число (доля) медицинских учреждений, в которых проводится АРТ силами специально подготовленных междисциплинарных групп, в состав которых входят (как минимум) врач, медсестра и социальный работник Число (доля) медицинских учреждений, оказывающих услуги больным ВИЧ/СПИДОМ с привлечением представителей уязвимых групп населения (в разбивке по ЛЖВС, секс-работникам, ПИН и МСМ) Общая численность представителей уязвимых групп населения, привлеченных к общенациональной борьбе с ВИЧ/СПИДОМ (в разбивке по ЛЖВС, секс-работникам, ПИН и МСМ) Доля (в %) ЛЖВС и представителей уязвимых групп (ПИН, МСМ и секс-работников), по мнению которых они сталкиваются с сильной стигматизацией и дискриминацией при обращении в специализированные медицинские учреждения (в том числе в центры по борьбе со СПИДОМ, инфекционные больницы, кожно-венерологические клиники, туберкулезные диспансеры, наркологические диспансеры, к семейным врачам и др.)

<sup>88</sup> Сокращения: АРТ – антиретровирусная терапия; ПИН – потребители инъекционных наркотиков; МСМ – мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами; ЛЖВС – люди, живущие с ВИЧ/СПИДОМ.

**ПРИЛОЖЕНИЕ К.  
ПРЕДЛАГАЕМЫЕ К РАССМОТРЕНИЮ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИНДИКАТОРЫ ДЛЯ  
МОНИТОРИНГА УКРЕПЛЕНИЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, НАПРАВЛЕННОГО  
НА БОРЬБУ С ВИЧ/СПИДом В ЕВРАЗИЙСКОМ РЕГИОНЕ (продолжение)**

Тематическое направление	В международном масштабе	В национальном масштабе
<b>Медицинское обслуживание</b>	Число стран, в которых существует функционирующая национальная система координирования услуг больным туберкулезом и ВИЧ/СПИДом	<p>Число (доля) регионов, в которых существует единая государственная лабораторная служба<sup>89</sup></p> <p>Число (доля) регионов, в которых существуют функционирующие системы координирования услуг больным ВИЧ/СПИДом и услуг по каждому из следующих направлений: туберкулез, наркология, дерматовенерология</p> <p>Численность<sup>90</sup> ЛЖВС, получающих АРТ в комплексе<sup>91</sup> с противотуберкулезным лечением</p> <p>Численность ЛЖВС, потребляющих наркотики внутривенно при получении комплексной АРТ и заместительную терапию</p>
<b>Общественное здравоохранение и эпидемиологический надзор</b>	<p>Число стран, получающих гранты Глобального фонда на борьбу с ВИЧ/СПИДом, характеризующихся низким уровнем или концентрированным характером эпидемии, в которых проведение биоповеденческого обследования среди наиболее уязвимых групп входит в состав: а) систем надзора за заболеваниями, б) систем медицинской информации</p> <p>Число стран, получающих гранты Глобального фонда на борьбу с ВИЧ/СПИДом, характеризующихся низким уровнем или концентрированным характером эпидемии, в которых данные биоповеденческого обследования используются для организации более эффективных ответных мер противодействия эпидемии, ориентированных на группы, наиболее уязвимые к инфекции</p> <p>Число стран, получающих гранты Глобального фонда на борьбу с ВИЧ/СПИДом, в которых существует единая структура общественного здравоохранения, отвечающая за основные проблемы, с которыми сталкивается страна, в частности за борьбу с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией (там, где они распространены)</p>	

<sup>89</sup> Такая объединенная служба должна включать обслуживание не только больных туберкулезом и ВИЧ/СПИДом, но объединять все основные медицинские услуги, в частности по лечению ИППП.

<sup>90</sup> Может быть выражена в процентах, если известно общее число ЛЖВС, получающих лечение от туберкулеза, или общее число ЛЖВС, которым необходимо лечение от туберкулеза, или численность обеих категорий.

<sup>91</sup> Вероятно, странам потребуется определить, что означает комплексное лечение. Причем это должно иметь смысл прежде всего с точки зрения людей, получающих такую услугу.