



UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime



EUROPE

ŽIV LIGOS GYDymo IR PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMO LIETUVOJE VERTINIMAS

Rengėjai

**Irina Eramova, Kees de Joncheere, Ulrich Laukamm-
Josten, Luis Mendao, Signe Rotberga, Maria
Skarphedinsdottir ir Roger Drew**

2010 m. balandis

TURINYS

TERMINŲ ŽODYNAS	3
PADĖKA	4
SANTRAUKA	5
ĮVADAS IR SITUACIJOS ANALIZĖ	7
ESAMA ŽIV EPIDEMIJOS SITUACIJA LIETUVOJE	8
METODAS	11
REZULTATAI	13
Struktūros, sistemos ir organizacinė raida.....	13
Sveikatos priežiūros sistemų ir paslaugų gyvenantiems su ŽIV/AIDS ryšys	13
Svarbiausių ŽIV gydymą užtikrinančių institucijų vertinimas	26
ŽIV gydymo valdymas ir koordinavimas bendruomenėje ir įkalinimo įstaigose	26
Nacionaliniai ŽIV tyrimų ir gydymo finansavimo planai ir srutai	30
Koordinuojančių institucijų ir paslaugų teikėjų organizacinė raida	34
Paslaugų integravimas	34
Su ŽIV gyvenančių asmenų dalyvavimas	36
Antiretrovirusinių vaistų pirkimas ir kainos	37
ŽIV gydymo ir priežiūros prieinamumas, aprėptis ir paslaugų kokybė.....	40
Su ŽIV gyvenančių asmenų sveikatos priežiūra	40
Psichosocialinė parama su ŽIV gyvenantiems asmenims ir atvejo valdymas	41
Fizinis gydymo prieinamumas	41
Lygybės ir nediskriminavimo principai	41
PSO gydymo protokolų ir geros praktikos laikymasis	42
Monitoringo, vertinimo ir kokybės užtikrinimo sistema.....	45
IŠVADOS.....	47
REKOMENDACIJOS	49
1 PRIEDAS: Susitikimų su specialistais planas	50
2 PRIEDAS: Peržiūrėti dokumentai.....	55
3 PRIEDAS: Darbo užduotis	60
4 PRIEDAS: Lietuvos Sveikatos apsaugos ministerijos struktūra	64
5 PRIEDAS: Siūloma darbo grupės ŽIV atsparumui vaistams tirti Lietuvoje darbo užduotis ir veiklos sritys	65

TERMINŲ ŽODYNAS

3TC	Lamivudinas (NATI)
ABA/ABC	Abakaviras (NATI)
AIDS	Įgyto imunodeficito sindromas
ARG	Antiretrovirusinis gydymas
ARV	Antiretrovirusiniai vaistai
ASAP	AIDS strategija ir veiksmų planas
ATV	Atazanaviras (PI)
ATV/r	Atazanaviras pastiprintas ritonaviru (PI)
AZT	Zidovudinas (NATI)
CD4	Tam tikrų baltųjų kraujo ląstelių skaičiaus matas
DRV/r	Darunaviras pastiprintas ritonaviru (PI)
EFZ	Efavirencas (NNATI)
ENNMC	Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras
ECDC	Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras
FPV/r	Fosamprenavias pastiprintas ritonaviru (PI)
FTC	Emtricitabinas (NATI)
ŽIV	Žmogaus imunodeficito virusas
ŠNV	Švirkščiamųjų narkotikų vartotojas
IDV	Indinaviras (PI)
LTL	Lietuvos litas
LPV/r	Lopinaviras pastiprintas ritonaviru (PI)
NVO	Nevyriausybinių organizacija
PSDF	Privalomojo sveikatos draudimo fondas
NNATI	Nenukleozidiniai/nukleotidiniai atvirkštinės transkriptazės inhibitoriai
NATI	Nukleozidiniai atvirkštinės transkriptazės inhibitoriai
NVP	Nevirapinas (NNATI)
PEP	Poekspozicinė profilaktika
PI	Proteazės inhibitoriai
SŽGA	Su ŽIV gyvenantys asmenys
MVUP	Motinos vaiko užkrėtimo prevencija
RTV	Ritonaviras (PI)
SQV/r	Sakvinaviras pastiprintas ritonaviru (PI)
LPI	Lytiškai plintanti infekcija
TDF	Tenofoviras (NATI)
TRIPS	Prekybiniai intelektualinės nuosavybės teisių aspektai
JTAIDS	Jungtinių Tautų ŽIV/AIDS programa
JTVP	Jungtinių Tautų vystymo programa
JTGASS	Jungtinių Tautų Generalinės asamblėjos specialioji sesija
UNODC	Jungtinių Tautų Narkotikų ir nusikalstamumo biuras
PVM	Pridėtinės vertės mokestis
VK	Viruso kiekis, virusinės infekcijos sunkumo matas
PSO	Pasaulio sveikatos organizacija
ZDV	Zidovudinas (NATI)

Rašant ataskaitą, 1 lito kursas sudarė maždaug 0,29 euro

PADĖKA

Vertintojai dėkoja visiems padėjusiems organizuoti šį vizitą ir parengti vertinimo ataskaitą. Esame ypač dėkingi visiems, su kuriais buvome susitikę ir kurie taip mielai pasidalino su mumis savo nuomone bei patirtimi.

Misiją parėmė PSO ir UNODC. Už paramą ir pagalbą dėkojame PSO biurui Lietuvoje, UNODC Projekto biurui Baltijos šalims ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai. Esame ypatingai dėkingi dr. Robertui Petkevičiui, PSO biuro Lietuvoje vadovui, už jo paramą ir indėlį į grupės darbą.

SANTRAUKA

Ši ataskaita – tarptautinės ekspertų grupės vizito į Lietuvą 2010 m. kovą rezultatas. Vizitą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos prašymu padėjo organizuoti UNODC ir PSO.

Prasidėjus ŽIV epidemijai, Lietuva siekė išlikti mažo ŽIV paplitimo šalimi. Ar jai pavyko?

Nors ŽIV paplitimas Lietuvos bendroje populiacijoje nedidelis, tačiau **duomenys rodo, kad ŽIV sparčiai plinta ir koncentruojasi tam tikrose tikslinėse grupėse**, pavyzdžiui, tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų. Nors pastebimas ŽIV infekcijos plitimas lytiniu būdu tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų ir jų lytinių partnerių bei tarp vyrų turinčių lytinių santykių su vyrais, svarbiausias epidemijos varomasis veiksnys tebėra nesaugus švirkščiamųjų narkotikų vartojimas. Pagrindinį dėmesį skiriant efektyviai prevencijai, švirkščiamųjų narkotikų vartotojų ir jų lytinių partnerių sveikatos priežiūros bei gydymo paslaugoms, galima būtų ne tik kontroliuoti ŽIV plitimą tarp Lietuvos ŠNV, bet ir apsaugoti visuomenę.

ŽIV plitimas tarp ŠNV dar nėra kontroliuojamas. Vyrų, užsikrėtusių vartojant švirkščiamuosius narkotikus, skaičius nepageidautinai didelis. Reikia nuveikti žymiai daugiau. Šiuo metu gresia pavojus svarbiausioms narkotikų vartotojams teikiamoms paslaugoms, pavyzdžiui, sterilių švirkštų ir adatų aprūpinimui bei farmakoterapijai opioidiniais vaistinėmis preparatais. Reikia ne tik išlaikyti esamą paslaugų lygį. Reikia jas gerokai plėsti visoje šalyje. Nežiūrint pažadų suvienodinti įkalinimo įstaigose ir bendruomenėje teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, Lietuvos įkalinimo įstaigose nevykdomos adatų ir švirkštų keitimo bei farmakoterapijos opioidiniais vaistinėmis preparatais programos. Šių paslaugų būtinai reikia. Jų trūkumas įkalinimo įstaigose reiškia, kad ŽIV ir kitos per kraują plintančios infekcijos gali plisti tarp asmenų, kurie gali būti apsaugoti.

Antiretrovirusinį gydymą Lietuvoje gauna apie 150 žmonių. Oficialiai pranešama, kad ARG prieinamas visiems, kuriems jo reikia. Vis dėlto, Lietuva praneša, kad tik kiek daugiau nei pusė (52 proc.) asmenų, kuriems reikėjo gydymo, jį gavo 2008 m. ir 2009 m. Kai kurios NVO mano, kad šiuo metu reikėtų gydyti apie 500–1000 žmonių. Sutariama, kad skaičius žmonių, kuriems reikia ARG, laikui bėgant didės, ir jau dabar reikia didinti planuojamas ARG aprūpinimo apimtis. Todėl reikės racionaliai rinktis, kuriuos ARV pirkti ir imtis priemonių jų kainai mažinti.

Kitas būdas ARG aprėpčiai vertinti – atsižvelgti į **vėlyvos diagnozės** ir/arba vėlyvos gydymo pradžios atvejų **procentą**. Esant didelei ARG aprėpčiai, reikėtų tikėtis, kad vėlyvos diagnozės arba vėlyvos gydymo pradžios atvejų procentas bus nedidelis ir atvirkščiai. Oficialiai teigiama, kad vėlyvos diagnozės atvejų procentas nedidelis. Ataskaitose rašoma, kad tik 6 proc. su ŽIV gyvenančių žmonių būdinga pažengusi klinikinė liga. Bet kiti skaičiai rodo labai

didelį vėlyvos diagnozės nustatymo atvejų procentą. Pagal Europos ligų prevencijos ir kontrolės centrui (ECDC) oficialiai pateiktus duomenis (ECDC ir PSO, 2009) 2008 m. daugiau nei penktadalio (22 proc.) žmonių, kuriems buvo naujai nustatyta ŽIV infekcija, diagnozės metu CD4 ląstelių skaičius buvo mažiau nei 350. Šis skaičius padidėja iki 39 proc. įskaičiuojant asmenis, kuriems diagnozės metu buvo atliktas CD4 ląstelių skaičiaus tyrimas. Pasirodo, kad ŽIV infekcija diagnozuojama vėlai žymiai dažniau nei oficialiai pripažįstama.

Viena iš vėlyvos diagnozės priežasčių – sunkumai, kuriuos patiria labiausiai rizikuojantys užsikrėsti ŽIV asmenys norėdami **išsirtinti dėl ŽIV**. Nėra visuotinės ŽIV ištyrimo strategijos. Todėl dauguma žmonių, kurie norėtų išsirtinti dėl ŽIV, turi sumokėti už tyrimą, tarp jų – ir rizikos grupės, kaip pvz., ŠNV. Kelia rūpestį ir tai, kad daugelis žmonių, kuriems nustatoma ŽIV infekcija, daugiau nepasirodo gydymo įstaigose. Šie žmonės, greičiausiai, negaus ARG taip greitai, kaip reikėtų.

Lietuva vadovaujasi **ARG rekomendacijomis**, bet jos neatspindi tarptautiniu mastu pripažintos geriausios patirties. Todėl nėra aiškaus skirtumo tarp pirmo ir antro (alternatyvaus) ARV gydymo režimo pasirinkimo. Todėl gydymas nėra optimalus, o išlaidos didelės. Reikėtų peržiūrėti ARG rekomendacijas ir jas suderinti su geriausia tarptautine praktika. Tinkamas ARV naudojimas turi būti skatinamas ir stebimas.

Ypatingą rūpestį kelia **ŠNV galimybės gauti antiretrovirusinį gydymą**. Nors kiekvienais metais didėja gydymą gaunančių ŠNV dalis, ši dalis (38 proc. 2008 m.) gerokai mažesnė nei ŽIV užsikrėtusių, vartojant švirkščiamuosius narkotikus, procentas. Duomenys rodo, kad švirkščiamųjų narkotikų vartotojams gauti ARG yra sudėtinga. Šie sunkumai – tai praleista ŽIV ištyrimo galimybė, stigmatizuojamas sveikatos priežiūros personalo požiūris į ŠNV, kai kurių paslaugų kaina ir labai ribotas farmakoterapijos opioidiniais vaistinėmis preparatais prieinamumas.

Lietuvoje pripažįstama, kad **pilietinė visuomenė** vaidina esminį ir gyvybiškai svarbų vaidmenį stabdant ŽIV. Bet nėra vieningos nuomonės, koks tas pilietinės visuomenės vaidmuo turėtų būti. Šis vaidmuo turėtų apimti advokaciją ir, pasiekus tikslinę grupę, pasitikėjimo aplinkos kūrimą, galimybės naudotis sveikatos priežiūros sistema suteikimą bei paslaugų tęstinumo užtikrinimą. Be to, Lietuvoje nėra ilgalaikio ir iš anksto planuojamo NVO finansavimo, pvz., iš valstybės. Todėl NVO ypatingai daug dėmesio skiria trumpalaikiui projektų finansavimui užsitikrinti. Jų pajėgumai labai riboti, jos stokoja ilgalaikių ar strateginių tikslų.

Paradoksalu, bet dabartinė pasaulinė finansinė krizė Lietuvai suteikia galimybę organizuojant atsaką į ŽIV daugiausia dėmesio skirti priemonėms, kurios įtakos epidemijos apimtį ir mastus. Galima efektyviai taupyti atsisakant nežymią visuomenės sveikatos naudą teikiančios veiklos ir taikant racionalesnį ir strateginį požiūrį dėl ARV skyrimo bei pirkimo.

IVADAS IR SITUACIJOS ANALIZĖ

Šis vertinimas vykdomas svarbiu atsako į ŽIV Lietuvoje metu. Dabartinė ekonominė krizė ir sveikatos apsaugos sistemos patiriami sunkumai gali sutrukdyti šaliai užtikrinti visuotinį prieinamumą prie ŽIV/AIDS paslaugų.

Šiuo metu Lietuva neturi suderintos nacionalinės sistemos atsakiui į ŽIV. Ankstesnioji valstybinė programa baigėsi 2008 m. Naujoji valstybinė ŽIV/AIDS ir LPI prevencijos ir kontrolės programa 2009-2012 m. dar nepatvirtinta. Į tarptautinių vertintojų pasiūlymus (pvz., ASAP, be datos) programos projekte nėra pilnai neatsižvelgta (žr. p. 10).

2009 m. padaryti žymūs nacionalinio atsako į ŽIV Lietuvoje struktūros pokyčiai (žr. 4 paveikslą, p. 13). Konkrečiau, Lietuvos AIDS centras ir Užkrečiamųjų ligų prevencijos ir kontrolės centras apjungti į Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centrą. Anksčiau Lietuvos AIDS centras vaidino itin plataus diapazono vaidmenį – vadovavo rengiant ir vykdant Valstybinę ŽIV/AIDS programą ir teikė daug su ŽIV susijusių asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų. Apjungtajam centrui numatytas siauresnis vaidmuo, daugiausia dėmesio skiriant su ŽIV susijusiems visuomenės sveikatos klausimams.

Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras nebeteikia gydymo ir sveikatos priežiūros paslaugų su ŽIV gyvenantiems asmenims. Šias paslaugas teikia keletas sveikatos priežiūros institucijų, kurias finansuoja Privalomasis sveikatos draudimo fondas (žr. p. 30). Kadangi ŽIV epidemija Lietuvoje susijusi su švirkščiamųjų narkotikų vartojimu (žr. p. 8), reikšminga dalis su ŽIV gyvenančių asmenų atlieka bausmę baudžiamosios teisės sistemoje. Su ŽIV gyvenančių žmonių gydymas ir sveikatos priežiūra šioje sistemoje finansuojama atskirai iš Kalėjimų departamento prie TM biudžeto. Rūpestį kelia, ar šios dvi atskiros sistemos netrukdo teikti ŽIV gydymo ir priežiūros paslaugas, ir ar šios kliūtys neturi įtakos šių paslaugų kokybei ir kainai. Dar viena problema ta, kad žmonės į kalėjimų sistemą patenka ne tiesiogiai, bet per areštines, kurios pavaldžios Vidaus reikalų ministerijai.

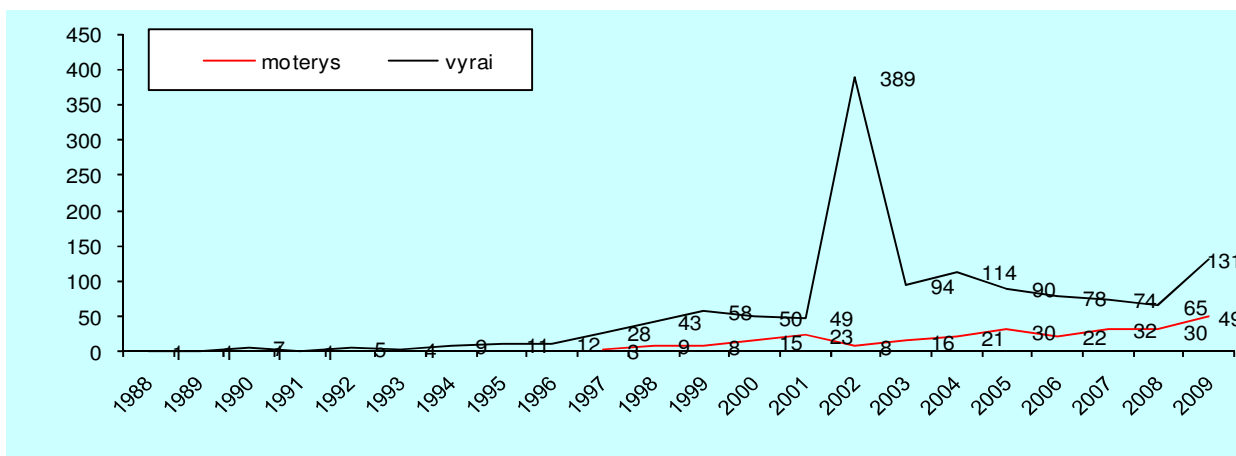
Įvertinti padėtį oficialiai prašė Sveikatos apsaugos ministerija per PSO biurą Lietuvoje ir UNODC projekto Baltijos šalyje biurą, remdamasi Lietuvos Vyriausybės, Pasaulio sveikatos organizacijos ir UNODC projekto „ŽIV/AIDS prevencija ir priežiūra tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų ir nuteistųjų Latvijoje, Estijoje ir Lietuvoje“ bendradarbiavimo praktika. Šio vertinimo tikslas – pateikti Lietuvai praktinių rekomendacijų, kaip efektyviai teikti ŽIV gydymo ir priežiūros paslaugas, esant sunkiai ekonominei padėčiai ir ribotiems sveikatos priežiūros sektoriaus ištekliams. Vertinamos kelios pagrindinės sritys – esamos sveikatos priežiūros struktūros ir sistemos, ŽIV gydymo paslaugų aprėptis ir kokybė, ARV gydymo kainų nustatymo ir aprūpinimo politika.

ESAMA ŽIV EPIDEMIJOS SITUACIJA LIETUVOJE

Šiuo metu Lietuvoje veikia sudėtinga ŽIV ir AIDS atvejų registravimu pagrįsta ŽIV stebėsenos sistema (Čaplinskas, 2010). Pirminio teigiamo ŽIV tyrimo, atlikto regioninėse laboratorijose, rezultatas tvirtinamas Nacionalinėje referensinėje virusologijos laboratorijoje, esančioje Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centre (žr. p. 13).

Pirmasis ŽIV atvejis Lietuvoje nustatytas 1988 m. Iki 2010 m. sausio 1 d. buvo nustatytas iš viso 1581 naujas ŽIV atvejis (žr. 1 paveikslą). Iš jų dauguma vyrai (83 proc.) (SAM, 2010, Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, 2010b). 2002 m. naujų atvejų kreivės pikas atspindi protrūkį Alytaus pataisos namuose. Stebimas naujų atvejų skaičiaus padidėjimas 2009 m. (iki 180), kaip teigiama, apima 40 ŽIV atvejų iš 2008 m., kurių patvirtinamieji tyrimai buvo atidėti iki 2009 m. Bet šio paaiškinimo nėra rašytiniuose dokumentuose (Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, 2010b). NVO reiškė rūpestį, kad naujų atvejų skaičius gali būti gerokai didesnis, nes kai kurie ŽIV atvejai arba nenustatomi, arba nustatomi vėlai.

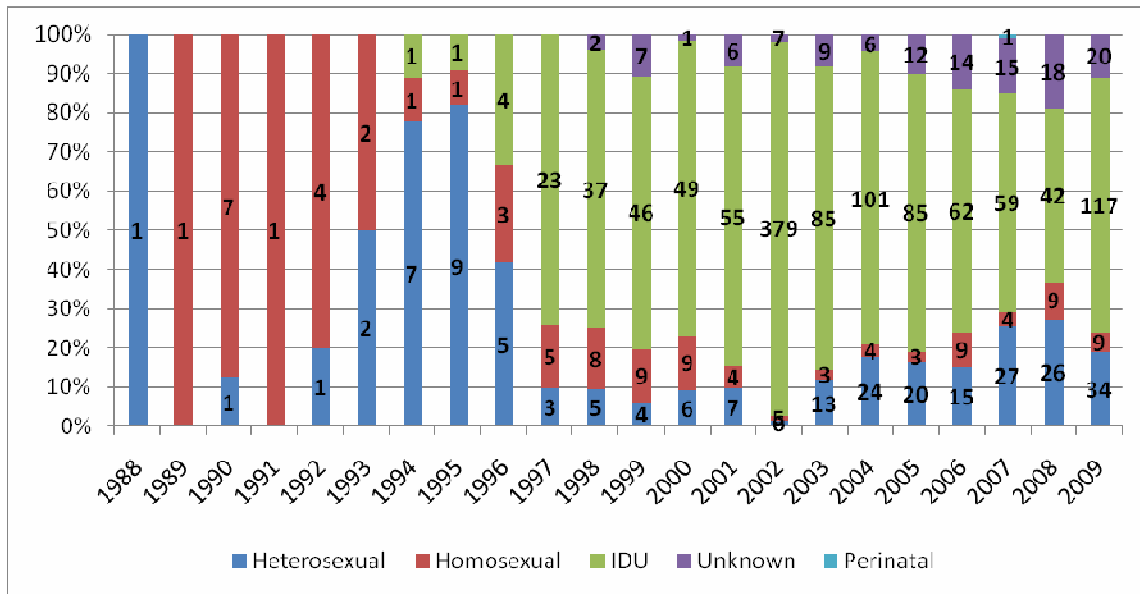
1 paveikslas. Naujų ŽIV atvejų Lietuvoje skaičius 1988-2009 m. pagal lytį (Čaplinskas, 2010).



Lietuvoje ŽIV epidemija koncentruota ŠNV grupėje (žr. 2 paveikslą). Pranešama, kad 1997–2009 m. beveik trys ketvirtadaliai naujai ŽIV užsikrėtusių asmenų užsikrėtė per švirkščiamuosius narkotikus (SAM, 2010). 2009 m. daugiau nei du trečdaliai (67 proc.) visų naujai ŽIV užsikrėtusiųjų taip pat užsikrėtė per švirkščiamuosius narkotikus. Nors užsikrėtimo lytiškai atvejų skaičius auga (Anoniminis šaltinis, 2010c), greičiausiai, tai rodo, kad ŽIV plinta lytiškai tarp lytinių ŠNV partnerių. Šiuo metu nėra duomenų, kad Lietuvoje ŽIV smarkiai plintų heteroseksualių lytinių santykių metu, nepriklausomai nuo

koncentruotos tarp ŠNV epidemijos. 2004-2008 m. Lietuvoje įregistruoti 349 nauji ŽIV atvejai tarp ŠNV. Tuo pačiu laikotarpiu nustatytas tik vienas motinos vaiko užkrėtimo atvejis (ECDC ir PSO, 2009). Nerimaujama, kad ŽIV paplitimas tarp VLV Lietuvoje galėtų būti didesnis. VLV Lietuvoje itin stigmatizuojami, ir tai sudaro sąlygas slaptai epidemijai šių asmenų grupėje.

2 paveikslas. Nauji ŽIV atvejai Lietuvoje 1988-2009 m. pagal plitimo būdą (Anoniminis šaltinis, 2010a¹).



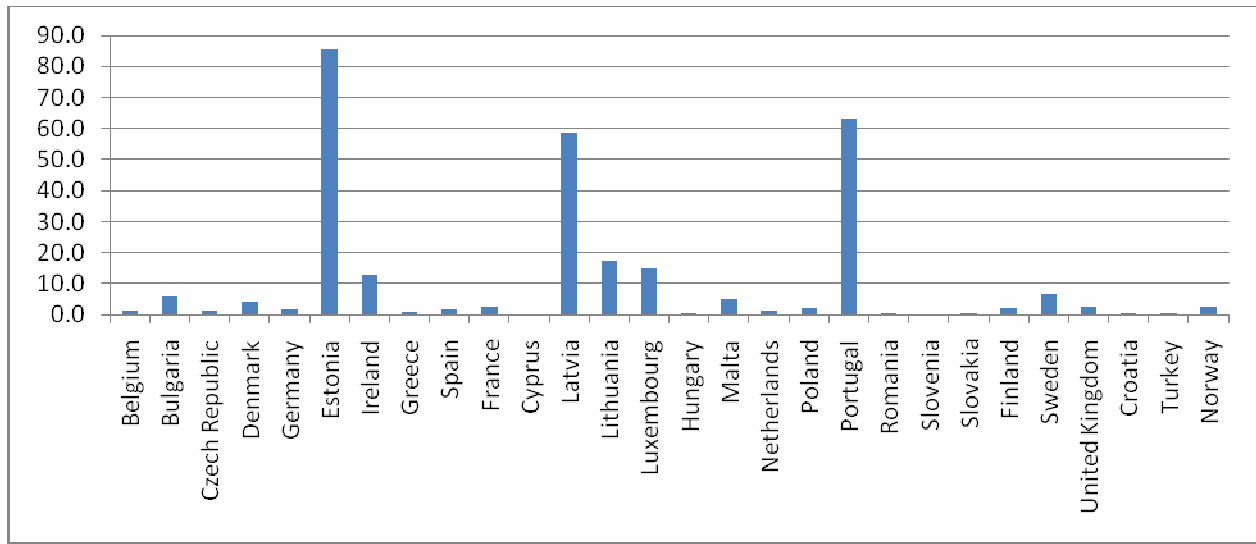
ŠNV skaičius Lietuvoje gali siekti nuo 3200 iki 7000 asmenų (žr. Hay, 2007, Mathers et al., 2008). 2005-2009 m. laikotarpiu ŽIV paplitimas tarp ŠNV svyruoja nuo 1,2 proc. iki 8 proc. (Anoniminiai duomenys, 2010a, Mathers et al., 2008, Expanding Network, 2009). Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės daro prielaidą, kad ŽIV paplitimas tarp ŠNV yra apie 9 proc. Kai kurie tyrimai rodo didesnę nei 20 proc. ŽIV paplitimą tarp tirtų ŠNV.

Nuomonės dėl ŽIV epidemijos Lietuvoje masto ir reikšmingumo labai skiriasi. Yra reiškiančių susirūpinimą, kad atvejų registravimu pagrįsta stebėsenos sistema gali neįvertinti epidemijos masto dėl vėluojančios diagnozės, bet labiausiai – dėl riboto ŽIV tyrimų prieinamumo (žr. p. 17). Vis dėlto oficialiuose dokumentuose pabrėžiama, kad epidemija šalyje žemo lygio. Taip ir yra vertinant pagal paplitimą tarp visų Lietuvos gyventojų. Bet kiti asmenys reiškia rūpestį dėl epidemijos tarp ŠNV, vadindami padėtį „pragaištinga“ (Asociacija „Pozityvus gyvenimas“, 2010). 3 paveiksle matyti, kad tarp visų ataskaitas teikiančių Europos valstybių Lietuva užima ketvirtą vietą pagal

¹ Patikslinta 2009 m. UNODC regioninio projekto biuro pateikta paveikslo versija

didžiausią naujų ŽIV infekcijos atvejų skaičių tarp ŠNV milijonui gyventojų (ENNMC, be datos) po Estijos, Portugalijos ir Latvijos. Aišku, kad Lietuvoje ŽIV epidemija pasiekė reikšmingą lygį ir yra koncentruota tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų. Epidemijos dar nepavyko kontroliuoti taip, kaip kitoms Europos valstybėms, pvz., Vokietijai, Olandijai, Ispanijai ir Jungtinei Karalystei.

3 paveikslas. Naujų ŽIV atvejų skaičius tarp ŠNV milijonui žmonių (ENNMC, be datos)



Šios apžvalgos rengimo patirtis rodo, kad prieinamus ŽIV ir AIDS duomenis reikia analizuoti tiksliau ir kritiškiau. Įvairių profesionalų – mokslo įstaigų ir SAM statistikų – dalyvavimas galėtų pagerinti dabar teikiamas ataskaitas, kuriose, kaip atrodo, pagal prieinamus duomenis per dažnai daromos per daug teigiamos išvados. Dažnas lyginimas su kaimyninėmis šalimis, kaip antai, su Estija, Latvija, Baltarusija ir Rusija, apgaulingas ir neproduktyvus. Atrodo, kad per daug dėmesio skiriama parodyti, kaip gerai vykdomas atsakas Lietuvoje. Kyla didelis pavojus, kad dabartinės ataskaitos gali sukelti šalies politinių lyderių pasitenkinimo jausmą vietoj to, kad padėtų spręsti ŽIV problemą Lietuvoje.

Nuomonės apie Lietuvos nacionalinio atsako į ŽIV adekvatumą taip pat skiriasi. Oficialiai už atsako organizavimą atsakingi asmenys mano, kad šalies atsakas galėtų būti pavyzdžiu kitiems ir kad būtent jis yra mažo bendrojo ŽIV paplitimo priežastis. Šią nuomonę palaikė Valstybinės ŽIV programos įgyvendinimo vidurio laikotarpio vertintojai (Amato-Gauci et al., 2006), padarę išvadą, kad atsakas „darė įspūdį“ plačiomis veiklomis, tvirtu vadovavimu ir politine drąsa.

Bet buvo reiškiamas rūpestis, kad Lietuvos atsakas į ŽIV nevysiškai atitinka epidemijos situacijos šalyje epidemiologiją. Pavyzdžiui, devynių

tarptautinių vertintojų grupė, komentuodama valstybinės 2009-2012 m. programos projektą, padarė išvadą, kad „*svarbiausias trūkumas tas, kad siūlomos programos rengiamos neatsižvelgiant į epidemiologinę situaciją. Strategija būtų stipresnė, jei siūlomos priemonės geriau atitiktų epidemiologinę situaciją, t.y. daugiau dėmesio būtų skiriama prevencijai tarp ŠNV, o ne bendrosios populiacijos švietimui*“ (ASAP, be datos).

Tad kuris požiūris teisingas? Ar Lietuvos atsakas į ŽIV teikiant efektyvias paslaugas švirkščiamųjų narkotikų vartotojams pakankamas? Lietuvos 2010 m. ataskaitoje apie pažangą gyvendinant JTGASS įsipareigojimų deklaraciją nėra skaičių, atspindinčių prevencijos programų tarp ŠNV aprėptį (Čaplinskas, 2010). Neseniai paskelbtame pasauliniame tyrime (Mathers et al., 2010) teigiama, kad 2007 m. Lietuvoje 3399 švirkščiamųjų narkotikų vartotojai reguliariai dalyvavo adatų ir švirkštų keitimo programose. Tai buvo santykinai didelis [68 proc. (52-97 proc.)] visų ŠNV procentas. Bet per metus švirkščiamųjų narkotikų vartotojams išdalintų adatų ir švirkštų skaičius [37 (29-540)] buvo santykinai mažas. Be to, 2008 m. 512 ŠNV buvo gydomi buprenorfinu ir metadonu. Tai santykinai maža [10 proc. (8-15 proc.)] visų ŠNV dalis.

Atliekant vidurio laikotarpio Valstybinės AIDS programos vertinimą, buvo pripažinta, kad efektyvių prevencijos programų skirtų ŠNV aprėptis ribota (Amato-Gauci, 2006), ir padaryta išvada, kad „*reikia plėtoti švirkštų ir adatų keitimo, metadono ir žalos mažinimo programas mažesniuose miestuose, norint išvengti didelės epidemijos tarp ŠNV artimoje ateityje*“. Nors šia kryptimi žengti keli žingsniai, pvz., UNODC paramos dėka, rūpestį kelia faktas, kad svarbiausieji oficialūs asmenys ir politiniai lyderiai toleruoja šią padėtį, kai šių paslaugų aprėptis yra maža. Iš tikrųjų, labai reikalingų žalos mažinimo paslaugų plėtojimas sukėlė tam tikrą neigiamą politinę reakciją, ir gyvybiškai svarbių paslaugų ateitis, geriausiu atveju, neaiški, o blogiausiu – jų gali būti visiškai atsisakyta.

METODAS

Vertintojų darbo užduotis pateikta 3 priede (p. 60). Didžioji vertinamų duomenų dalis buvo sukaupta ekspertų grupei lankantis Lietuvoje 2010 m. kovą. Vyko susitikimai su pagrindiniais informacijos teikėjais pagal įvairias vertinimo sritis (žr. 1 priedą, p. 50). Svarbiausią informaciją pateikė specialistai iš įvairių Sveikatos apsaugos ministerijos padalinių, Privalomojo sveikatos draudimo fondo, NVO, Teisingumo ministerijos, Narkotikų kontrolės departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės ir LR Seimo sveikatos reikalų komiteto. Buvo lankomasi įvairiose sveikatos priežiūros įstaigose bendruomenėje ir laisvės atėmimo vietose. Be to, grupė peržiūrėjo daug įvairių dokumentų (žr. 2 priedą, p. 55).

Kiekvienas grupės narys parengė ataskaitą apie specifinę sritį, kuriai jie buvo paprašyti skirti daugiausia dėmesio. Atskiras ataskaitas apibendrino ir šią bendrą ataskaitą parengė Roger Drew.

REZULTATAI

Struktūros, sistemos ir organizacinė raida

Sveikatos priežiūros sistemų ir paslaugų gyvenantiems su ŽIV/AIDS ryšys

Vadovavimas ir strateginė aplinka

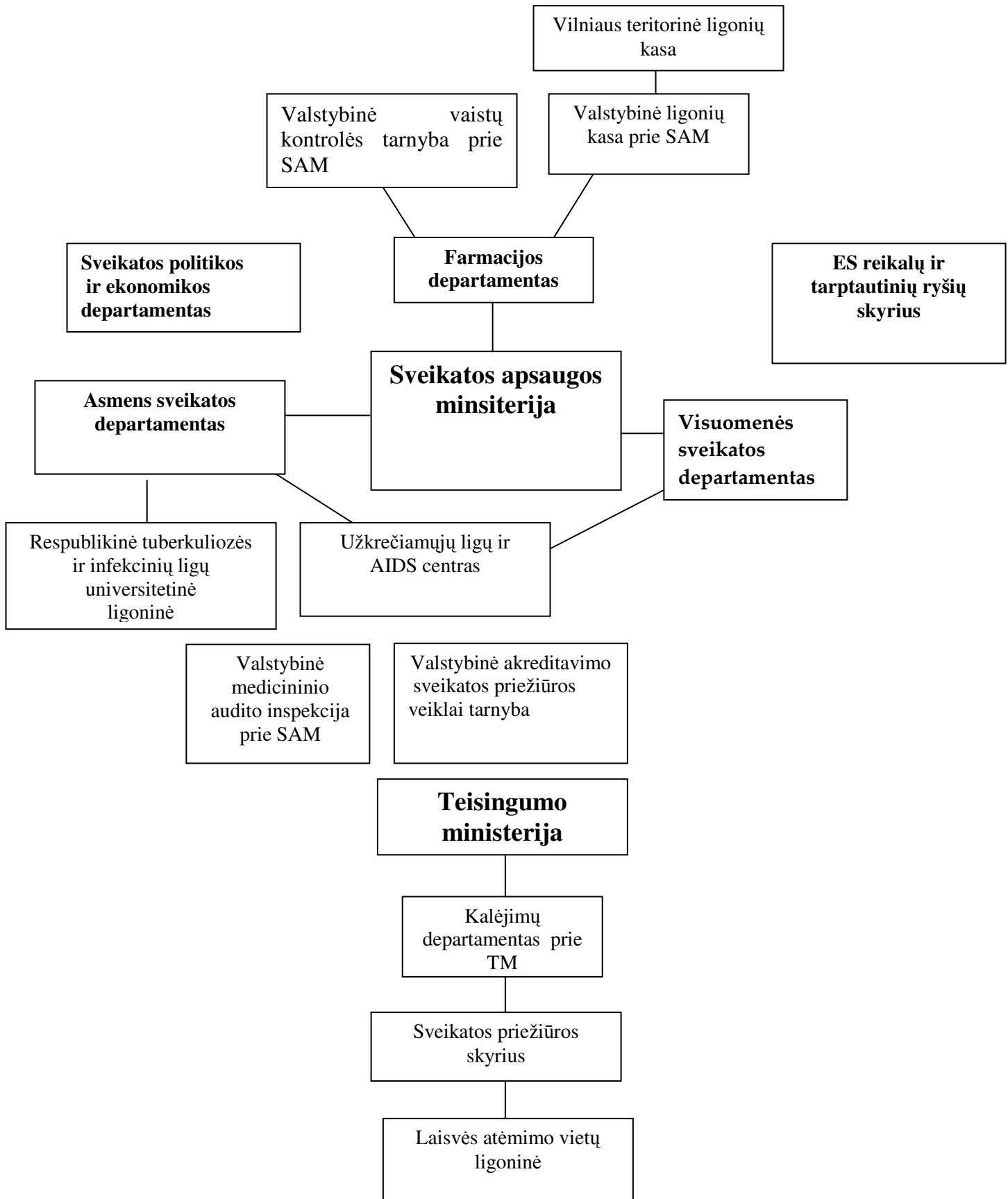
Akivaizdu, kad atsaką į ŽIV Lietuvoje paskatino kažkokia pradinė varomoji jėga. Nacionalinės AIDS programos įgyvendinimo vidurio apžvalgoje (Amato-Gauci, 2006) pažymimas geras vadovavimas ir drąsa, parodyta organizuojant atsaką į ŽIV Lietuvoje, ypač – ankstyvas adatų ir švirkštų keitimo programų įdiegimas bei farmakoterapija opioidiniais vaistiniais preparatais.

Tačiau atsako organizavimas susiduria su rimtais iššūkiais. Dabartinė ekonominė aplinka lemia, kad finansavimas mažinamas tuo metu, kai paslaugų poreikis didėja. Pavyzdžiui, teigiama, kad sveikatos priežiūros biudžetas nuo 2009 m. iki 2010 m. sumažėjo 9 proc. Šis finansavimo stygius – viena iš priežasčių, kodėl Lietuvos politinė aplinka šiuo metu nusiteikusi prieš švirkščiamųjų narkotikų vartotojams teikiamas su ŽIV susijusias paslaugas. Nežiūrint to, kad šių paslaugų nauda sveikatai visiems žinoma, politikų ir viešoji nuomonė apie adatų ir švirkštų keitimo programas bei farmakoterapiją metadonu gana neigiama. Tai galima matyti iš neigiamų straipsnių spaudoje apie žemo slenksčio centrus ir neigiamą politinį spaudimą mažinti Valstybinės narkotikų kontrolės programos žemo slenksčio kabinetams teikiamą paramą. Todėl kai kurios NVO griežtai kritiškai vertina esamą nacionalinį atsaką: „*Lietuvos vyriausybė ir politikai stato į pavojų Lietuvos piliečių sveikatą ir gerovę bei pažeidžia konstitucines ir žmogaus teises, mažindami finansavimą, kurdami trukdžius gauti reikiamą gydymo ir kitų paslaugų, perkeldami išlaidas klientams*“ (Asociacija „Pozityvus gyvenimas“, 2010).

Yra pavojaus, kad vis dar mažas ŽIV paplitimas tarp visų Lietuvos gyventojų gali sukelti pasitenkinimo jausmą, kad bus tikima esą epidemija sėkmingai kontroliuojama vykdomomis priemonėmis, ypač susiduriant su labiau neatidėliotinėmis sveikatos ir ekonominėmis problemomis. Tyrimai rodo greitą ŽIV plitimą tarp ŠNV. Šito galima išvengti drąsiomis ir tikslinėmis priemonėmis. Nekontroliuojama epidemija gali apimti žymią ŠNV ir jų lytinių partnerių dalį bei išplisti už šių grupių ribų.

Neaišku, kas atsakingas už bendrą strateginį ŽIV epidemijos supratimą ir atsaką į epidemiją. Buvo teigiama, kad atsakomybės ribos, pvz., tarp vyriausybės ir savivaldybių dėl to, kas ką finansuoja, neaiškios. Sveikatos apsaugos ministerijos Visuomenės sveikatos departamentas (žr. 4 paveikslą ir 4 priedą, p. 64) vertintojų grupei pateikė su ŽIV susijusių įstatymų ir politikos apžvalgą (Ašoklienė, 2010). Tai būtų sveikintina aplinkybė, jei Visuomenės sveikatos departamentas imtųsi vadovauti atsakui į ŽIV epidemiją Sveikatos apsaugos ministerijos viduje. Bet reikia koordinuoti ministerijų ir NVO veiklą, o tarpsektorio koordinavimo organo šiuo metu nėra.

4 paveikslas. Vyriausybės struktūros dalyvaujanti Lietuvos ŽIV programoje



Anksčiau egzistavo koordinacinė taryba, bet jos kompetencija buvo tik Valstybinė ŽIV/AIDS programa. UNODC projekto valdymo komitetas koordinuoja su jų regioniniu projektu susijusią veiklą, bet neaišku, kas nutiks, kai baigsis UNODC finansavimas. Reikia nuolatinio nacionalinio koordinavimo tarybos, panašaus į šią. NVO šioje taryboje pageidautų turėti mažiausiai 25 proc. vietų. Reiktų aktyvesnio kitų ministerijų, pvz., Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, dalyvavimo.

Lietuvoje galioja įstatymai ir programos, tiesiogiai susijusios su ŽIV atsaku (Ašoklienė, 2010, Uždaviniene, 2008): Visuomenės sveikatos įstatymas, Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymas (žr. Lietuvos Respublika, 1996), Lietuvos sveikatos programa ir Nacionalinė visuomenės sveikatos strategija. Specifinės nuostatos apie paslaugas švirkščiamųjų narkotikų vartotojams įtrauktos į Nacionalinę narkomanijos prevencijos ir narkotikų kontrolės strategiją, 2006 m. Sveikatos apsaugos ministro įsakymą apie narkotinių ir psichotropinių medžiagų žalos mažinimo programų vykdymą bei 2007 m. Sveikatos apsaugos ministro įsakymą dėl farmakoterapijos buprenorfinu ir metadonu. Bet nėra oficialios ŽIV tyrimų politikos (žr. p. 17), o naujos ARG rekomendacijos dar nepatvirtintos (žr. p. 42).

Neseniai atliktoje Lietuvos įstatymų ir bendrosios strategijos dėl ŽIV/AIDS prevencijos ir slaugos tarp ŠNV laisvės atėmimo vietose analizėje (Juodkaitė et al., 2008) reiškiamas susirūpinimas, kad „*nors Lietuvos Vyriausybė pasirašė ir/arba ratifikavo pagrindinius tarptautinius ir regioninius dokumentus dėl kovos su ŽIV/AIDS, vis dėlto ji neįvykdė visų priimtų tarptautinių įsipareigojimų. Daugiausiai abejonių kelia Dublino deklaracijos „Dėl partnerystės kovoje su ŽIV/AIDS Europoje ir Centrinėje Azijoje“, kuria buvo siekiama užtikrinti, kad iki 2010 m. 80 proc. asmenų, esančių didžiausios rizikos grupėje ir labiausiai ŽIV/AIDS pažeidžiamų (įskaitant kalinius), būtų įtraukti į plataus masto prevencines programas, nuostatų įgyvendinimas. Tas pats pasakytina ir apie platų prevencinių priemonių įgyvendinimą, gydymą nuo narkotinės priklausomybės, žalos mažinimo programas švirkščiamųjų narkotikų vartotojams Lietuvoje (pvz., adatų ir švirkštų keitimo programas, dezinfekcinio skysčio ir prezervatyvų dalijimą, savanorišką konsultavimą ir ištyrimą dėl ŽIV, pakaitinį gydymą nuo opioidinės priklausomybės, lytiškai plintančių ligų diagnostiką ir gydymą). Nors teisiniuose aktuose numatoma, kad nuteistieji turi gauti tokias pačias paslaugas, kokios teikiamos kitiems piliečiams, šito dar nėra. Įkalinimo įstaigose nevykdomos farmakoterapijos opioidiniais vaistinėmis preparatais bei adatų ir švirkštų keitimo programos (išsamiau apie įkalinimo įstaigas žr. p. 26).*

Valstybinė ŽIV/AIDS programa nėra strateginis viso atsako į ŽIV Lietuvoje dokumentas. Jau greičiau tai papildoma, daugiausia dėmesio tik vieno centro veiklai skirianti programa. Paskutinė programa buvo vykdoma 2003-2008 m., 2006 m. buvo atliktas šios programos vidurio laikotarpio vertinimas (Amato-Gauci et.al., 2006). Nors parengtas naujas valstybinės ŽIV/AIDS ir LPI programos projektas (SAM, 2010), ji dar nepriimta. Tokio vėlavimo priežastys neaiškios, galbūt vėluojama dėl Lietuvos AIDS centro reorganizacijos, įvairių nuomonių apie

programos projektą ir finansinių sunkumų. Šiuo metu programos projektas pateiktas vyriausybei (Lietuvos Respublikos Vyriausybė, 2010), ir tikimasi, kad ji bus netrukus patvirtinta. Yra ir praktinis valstybinės ŽIV/AIDS ir LPI programos galutinio parengimo vėlavimo rezultatas. Buvo teigiama, kad prevencijai nepakanka lėšų.

Kaip papildoma programa, ji neapima visų Lietuvos nacionalinio atsako į ŽIV aspektų ir joje trūksta tam tikrų sričių priemonių, reikalingų strateginiam atsakui užtikrinti. Pavyzdžiui, numatomi bendrosios prevencijos ir stebėsenos uždaviniai, bet nėra prevencinių intervencijų tikslinėse grupėse ir intervencijų ŽIV/AIDS gydymo bei priežiūros prieinamumui užtikrinti. Jeigu Valstybinės ŽIV/AIDS programos tikslas – pateikti strateginę nacionalinio atsako į ŽIV organizavimo veiklos struktūrą, tuomet svarbu įtraukti esmines šio atsako dalis.

2004 m. Lietuvoje prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės įsteigtas Narkotikų kontrolės departamentas. Jo funkcijos – koordinavimas, prevencija, žalos mažinimas, ataskaitų teikimas ENNMC, duomenų kaupimas ir infekcinių ligų tarp narkotikų vartotojų registravimas. Nuo 2005 m. Narkotikų kontrolės departamentas rėmė žemo slenksčio centrus, bet šiuo metu šiems centrams iškilo grėsmė dėl neigiamos politinės aplinkos, minėtos anksčiau. Atrodo, kad sunkumų kyla dėl Seimo narkomanijos ir alkoholizmo prevencijos komisijos veiklos ir jos reiškiamų abejonių dėl mokslinių duomenų apie farmakoterapiją opioidiniais vaistinėmis preparatais pagrįstumo. Tai stebina, atsižvelgiant į tai, kad 2005 m. PSO rašė Lietuvos Sveikatos apsaugos ministerijai (Magnusson, 2005, cituojant PSO, UNODC ir JTAIDS, 2004), norėdama pateikti daugybę mokslinių farmakoterapijos opioidiniais vaistinėmis preparatais veiksmingumo ribojant nelegalių opioidų vartojimą, mažinant nusikalstamumą, mirčių nuo perdozavimo skaičių, stabdant ŽIV infekcijos plitimą, gerinant bendrą ŽIV užsikrėtusių ŠNV sveikatos būklę ir didinant užsikrėtusių asmenų darbingumą bei socialinį veiknumą, įrodymų. Laiške pateikiama išvada, kad „moksliniai įrodymai aiškiai liudija, jog farmakoterapija metadonu yra veiksmingiausias opioidų priklausomybės gydymo būdas, atsižvelgiant į ŽIV prevencijos ir geresnės su ŽIV/AIDS gyvenančių narkotikų vartotojų sveikatos priežiūros poreikius. Farmakoterapija opioidiniais vaistinėmis preparatais sudaro sąlygas teikti antiretrovirusinio gydymo paslaugas su ŽIV/AIDS gyvenantiems narkotikų vartotojams, ypač padeda didinti gydymo prieinamumą, padeda užtikrinti narkotikų vartotojų dalyvavimą programose ir laikytis gydymo režimo.“ Atsižvelgiant į vadovaujamąjį Narkotikų kontrolės departamento prie LRV vaidmenį inicijuojant žemo slenksčio centrų Lietuvoje steigimą bei Tabako ir alkoholio kontrolės tarnybos prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės reiškiamą skeptiškumą mokslinių įrodymų apie žalos mažinimo naudą atžvilgiu, planai sujungti šias dvi institucijas itin rizikingi ir, galbūt, juos reikia persvarstyti.

Seimo sveikatos reikalų komiteto planai peržiūrėti ŠNV teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas organizuojant susitikimą su atitinkamais ministrais, pvz., sveikatos apsaugos, teisingumo bei nacionalinio saugumo ir narkomanijos prevencijos komisijomis, ypač sveikintini. Seimo sveikatos reikalų

komitetas pelnytai didžiuojasi savo pasiekimais alkoholio ir tabako kontrolės srityje. Yra panaši galimybė reikšmingai pagerinti ŠNV sveikatą plėtojant žalos mažinimo paslaugas ir šiomis priemonėmis kontroliuojant ŽIV plitimą šioje grupėje.

ŽIV tyrimai

ŽIV tyrimai svarbūs dėl kelių priežasčių, viena jų – tyrimai padeda išaiškinti asmenis, kuriems reikia ARG. Šaltinių duomenys apie per metus atliekamų ŽIV tyrimų skaičių labai skiriasi (žr. 1 lentelę). Viena iš priežasčių galėtų būti ta, kad neįtraukiami anoniminių tyrimų ir kraujo donorų tyrimų skaičiai į ECDC ir PSO duomenis.

1 lentelė. ŽIV tyrimų skaičius Lietuvoje per metus (pagal įvairius duomenų šaltinius)

Ašoklienė, 2010; Čaplinskas, 2010		ECDC ir PSO, 2009
2004		59822
2005		58424
2006	118059	52988
2007	151313	60333
2008	178245	162381
2009	190530	

Šiaip ar taip, ŽIV tyrimų skaičius Lietuvoje aiškiai auga. 2 lentelėje matyti, kad daugumą sudaro kraujo donorų, nėščių moterų ir nuteistųjų tyrimai. Pavyzdžiui, 2009 m. 20 939 nėščios moterys buvo tirtos daugiau nei 50 000 kartų, ir nustatyti tik 8 ŽIV infekcijos atvejai. Todėl kyla klausimas, ar šiuos 8 infekcijos atvejus galima buvo nustatyti atlikus mažiau ŽIV tyrimų, turint labiau koncentruotų tyrimų politiką (žr. p. 33). Priešingai, nuteistųjų tyrimai itin priimtini. 1988-2009 m. beveik du trečdaliai (62 proc.) visų naujų ŽIV diagnozių nustatyta kalėjimų sistemoje. Tai nereiškia, kad buvo užsikręsta kalėjimuose. Jau greičiau tai paprasčiausiai reiškia, kad ten buvo atlikti tyrimai. Todėl kyla klausimas, ar išnaudotos visos galimybės ištirti labiausiai rizikuojančius užsikręsti ŽIV asmenis kitose vietose, t.y. ne laisvės atėmimo vietose. Rūpestį kelia, kad nėra aiškios politikos ir praktikos užtikrinti, kad nemokamai išsirtinti dėl ŽIV būtų pasiūlyta šioms grupėms:

- LPI pacientams – 2009 m. tik 210 iš 1047 LPI pacientų buvo tirti dėl ŽIV (žr. 2 lentelę).
- ŠNV, kurie lankosi žemo slenksčio centruose ir farmakoterapijos metadonu kabinetuose (UNODC, 2010). Dauguma žemo slenksčio centrų neturi leidimo imti kraujo mėginių ŽIV tyrimui. Jie gali atlikti vadinamuosius greitus tyrimus (*rapid tests*), bet dauguma jiems neturi lėšų. Teigiama, kad kai kuriems centrams neleidžiama atlikti greitųjų testų, nes nuostatuose reikalaujama, kad šiuos tyrimus atliktų gydytojas. Kai kurie centrai iš viso neatlieka ŽIV tyrimų. Dėl riboto finansavimo ŽIV tyrimai neatliekami

keliuose farmakoterapijos metadonu kabinetuose. Griežtai reikalaujama, kad šių centrų personalas būtų apmokomas prieš- ir potęstinio ŽIV konsultavimo.

2 lentelė. ŽIV tyrimų skaičius pagal grupes 2009 m. (Šaltinis: Čaplinskas, 2010, SAM, 2010)

Grupė	Ištirtų asmenų skaičius	ŽIV užsikrėtusiųjų skaičius
Klinikiniai simptomai	1535	16
LPI pacientai	210	1
Daugiau nei vieną lytinį partnerį turintis asmenys	20	
TB pacientai	1163	5
Donorai	89731	8
Nėščios moterys	50018	8
Savanoriškai į gydymo įstaigą kreipęsi asmenys	4859	21
Nuteistieji	12874	75
Profesiniai kontaktai	213	
ŠNV	1405	28
Sekso darbuotojai	79	
VLV	36	
Migrantai	132	2
Profesiniai kontaktai	21	
Lytiškai su ŽIV užsikrėtusiu asmeniu santykiavę asmenys	46	5
Asmenys, kurie kreipėsi dėl sertifikato	4138	3
Kiti	24320	8

NVO reiškė rūpestį, kad dauguma žmonių, pageidaujančių išsitiirti dėl ŽIV, turi mokėti už tyrimą. Tai kainuoja 11-18 litų.

Atsižvelgiant į didėjantį dėl ŽIV tiriamų asmenų skaičių, galbūt nestebina, kad 2008-2009 m. didėjo 15-49 amžiaus žmonių, teigiančių, kad tyrėsi dėl ŽIV per paskutinius 12 mėnesių ir žinojusių tyrimo rezultata, procentas. Bet šis pakilimas nuo 5,3 proc. 2008 m. iki 18,3 proc. 2009 m. (Čaplinskas, 2010) neatrodo visiškai tikėtinas atsižvelgiant į pateiktus tyrimų duomenis. Panašiai neaišku, kaip 41,3 proc. VLV 2009 m., 73 proc. ŠNV 2009 m. ir 53,4 proc. sekso darbuotojų 2008 m. galėjo būti išsityrę dėl ŽIV per pastaruosius 12 mėnesių ir galėjo žinoti tyrimo rezultata, prisimenant griežtus ŽIV tyrimų šiose grupėse suvaržymus.

Aprūpinimas antiretrovirusiniais vaistais

2009 m. spalį ŽIV/AIDS paslaugos buvo reorganizuotos siekiant decentralizuoti gydymą ir priežiūrą, pagerinti jų prieinamumą pirminės sveikatos priežiūros lygmenyje. Anksčiau gydymo paslaugas teikė Lietuvos AIDS centras Vilniuje, šiuo metu gydymas prieinamas penkiose gydymo įstaigose didžiausiuose Lietuvos miestuose. Vilniuje ambulatorinės ŽIV paslaugos prieinamos VšĮ Centro poliklinikoje. Šiuo metu du iš septynių jos filialų gali teikti ŽIV gydymą ir priežiūrą. Viename iš jų ŽIV pacientus priima infekcinių ligų specialistas, šeimos gydytojas ir ginekologas. Poliklinikos personalas teigė, kad aptarnauja apie 5-6 asmenis per mėnesį, dažniausiai atliekami ŽIV tyrimai. Nuo

2009 m. spalio buvo nustatyti tik penki nauji ŽIV atvejai. Iš jų dviem atvejais buvo užsikręsta homoseksualių lytinių santykių, vienu – heteroseksualių lytinių santykių metu ir dviem – per švirkščiamuosius narkotikus. Dviejų pacientų CD4 ląstelių skaičius diagnozės metu buvo mažesnis nei 350, bet tik vienam skirtas ARG. Kitas pacientas negrįžo ir paskesnių priemonių nebuvo imtasi.

ARG prieinamas įkalinimo įstaigose, gydymą finansuoja Teisingumo ministerija ir privačiame sektoriuje. Bet privačiame sektoriuje kainos didelės ir vaistai įperkami tik keliems pacientams.

Su ŽIV gyvenantiems asmenims antiretrovirusinį gydymą gauti sunku, ypač švirkščiamųjų narkotikų vartotojams, kurie sudaro apie tris ketvirtadalius visų SŽGA Lietuvoje:

- Dauguma ŠNV neturi asmens tapatybės dokumento, kurio reikia privalomajam sveikatos draudimui ir norint įsiregistruoti darbo biržoje. Asmens tapatybės kortelės kaina (80 litų) – kliūtis ŠNV gauti gydymą ir priežiūrą.
- Daug ŽIV atvejų gali būti nenustatyta dėl išsityrimo dėl ŽIV sunkumų (žr. p. 17).
- Kai kurie gydytojai, tarp jų ir infekcinių ligų specialistai, nelingę gydyti SŽGA.
- Gali būti sunku greitai gauti nukreipimą iš pirminės sveikatos priežiūros įstaigos į antrinio lygmens įstaigą, kurioje prieinamas gydymas. Reikia laiko ir pastangų norint patekti pas šeimos gydytoją, gauti nukreipimą pas infekcinių ligų specialistą ir apsilankyti pas jį.
- Priežiūros prieinamumas taip pat ribotas dėl riboto infekcinių ligų specialistų darbo laiko. Pavyzdžiui, Vilniuje ir Klaipėdoje – miestuose, kuriuose įregistruota daugiausia ŽIV atvejų, - infekcinių ligų specialistai dirba 3-4 valandas per dieną, tris dienas per savaitę Vilniuje ir tris valandas per savaitę Klaipėdoje.
- Buvo nuomonių, kad dauguma ŠNV nenori kreiptis į gydymo įstaigas baimindamiesi, kad bus įtraukti į nacionalinį priklausomybės ligų registrą. Šiame registre informacija apie nustatytus narkotikų vartotojus saugoma penkerius metus. Abejojama dėl šio registro informacijos konfidencialumo. Gali būti atsisakoma įdarbinti registruotus asmenis ar išduoti jiems vairuotojo pažymėjimą.

Gaunantys ARG asmenys turi būti nuolat stebimi, jiems reikia nuolat atlikti CD4 ląstelių skaičiaus ir viruso kiekio tyrimus. Jų reikia ne tik spręsti, kada reikėtų pradėti gydymą, bet ir gydymo sėkmei vertinti. Bet NVO reiškė rūpestį, kad, išskyrus Vilnių, pacientai už šiuos tyrimus turi mokėti. Buvo teigiama, kad

CD4 ląstelių skaičiaus tyrimas kainuoja 100 litų, dar brangesnis viruso kiekio tyrimas. Be to, oportunistinių infekcijų ir hepatito C gydymas taip pat mokamas. Laboratorinė stebėseną ir kitų sveikatos priežiūros poreikių tenkinimas turi būti laikomi SŽGA gydymo dalimi, o išlaidas turėtų dengti valstybė.

PSDF duomenimis, 2007 m. ŽIV paslaugas gavo 190 žmonių, 2008 m. – 205 ir 2010 m. – 299 (žr. 3 lentelę, p. 30). Šie skaičiai santykinai maži ir sudaro tik labai mažą viso PSDF biudžeto dalį. Bet iki 2009 m. spalio dauguma SŽGA gaudavo gydymą ir priežiūrą Lietuvos AIDS centre. Todėl, greičiausiai, šie skaičiai nepakankamai atspindi tikrąjį paslaugų teikimo lygį ir nuo 2010 m. gali padidėti. Vis dėlto rūpestį kelia tai, kad daug SŽGA negauna nuolatinės priežiūros ir nėra nuolat stebimi. Skaičiai šiuo klausimu neprieinami, nes nėra bendros sveikatos priežiūros paslaugas gaunančių SŽGA registravimo sistemos. Ligoninių personalas teigė, kad visi nustatyti SŽGA gauna sveikatos priežiūrą, bet kai kurie jos nesikreipia. Šis polinkis „kaltinti“ pacientus dėl to, kad nesinaudoja paslaugomis, atrodo, sveikatos priežiūros specialistams gana būdingas.

Šio vertinimo metu maždaug 150 SŽGA gavo ARG, tarp jų ir nuteistieji. Bet prognozės, kiek žmonių reikia gydymo, skiriasi. Pavyzdžiui, pritaikius SPECTRUM modelį, prognozuojama, kad 2009 m. ARG reikėjo 287 asmenims (žr. 5 paveikslą). Bet žinoma tik apie 170 asmenų, kuriems reikalingas gydymas (Čaplinskas, 2010).

5 paveikslas. Prognozuojamas asmenų (vyresnių nei 15 metų), kuriems reikia ARG, skaičius Lietuvoje 2000-2015 m. (Čaplinskas, 2010)



Dėl šių asmenų, kuriems reikia gydymo, skaičių skirtumų, duomenys apie ARG aprėptį labai skiriasi. Kai kas (pvz., Expanded network, 2009) prognozuoja, kad ARG gavo 1 proc. įregistruotų ŽIV pacientų. Bet ne kiekvienam užsikrėtusiam ŽIV pacientui gydymo reikia. Oficialiai (Čaplinskas, 2010, Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, 2010b) teigiama, kad ARG prieinamas visiems, kam reikia. Šį tvirtinimą palaiko NVO JTGASS 2010 m. ataskaitos, kuriose rašoma, kad gydymas prieinamas daugumai asmenų, kuriems jo reikia. (Anoniminis šaltinis, be datos, a). Kai kurios NVO tvirtina, kad tik 70 proc. asmenų, kuriems reikia gydymo, iš tikrųjų gydomi ir kad trūksta lėšų pradėti gydyti naujus žmones (Asociacija „Pozityvus gyvenimas“, 2010). Kitos NVO teigia, kad net SPECTRUM prognozės apie gydymo poreikį neatitinka realybės ir kad gydymo reikia 500–1000 asmenų. Kai kurios NVO tvirtina, kad antiretrovirusinio gydymo reikia 200 nuteistųjų. Oficialioje vyriausybės JTGASS 2010 m. ataskaitoje (Čaplinskas, 2010) rašoma, kad ARG aprėptis 2008 m. ir 2009 m. sudarė 52 proc., t.y. buvo mažesnė nei 2006 m. (79 proc.) ir 2007 m. (75 proc.). Nežiūrint šių aprėpties skaičiaus skirtumų, vis dėlto sutariama, kad ateityje gydymo poreikis didės ir reikia planuoti plėtoti gydymo paslaugas.

Kitas būdas ARG aprėptį vertinti – atsižvelgti į vėlyvos diagnozės ir/arba vėlyvos gydymo pradžios atvejų skaičių. Jei ARG aprėptis didelė, tikėtina, kad vėlyvos diagnozės ir vėlyvos gydymo pradžios atvejų turėtų būti nedaug ir atvirkščiai. Oficialiai pranešama, kad vėlyva diagnozė nustatoma retai. ŽIV infekcija pažengusioje klinikinės ligos stadijoje diagnozuojama tik 6 proc. atvejų. Remiantis 2006 m. duomenimis, daroma išvada, kad ŽIV infekcija tarp ŠNV diagnozuojama labai ankstyvoje ligos stadijoje, nes vidutinis CD4 ląstelių skaičius diagnozės momentu buvęs apie 803 ląst./mm³, o AIDS stadijoje ŽIV infekcija buvo pirmą kartą diagnozuota tik 0,5 proc. atvejų (Uždavinienė, 2008). Bet kiti skaičiai rodo didelį vėlyvosios diagnozės atvejų procentą. Pavyzdžiui, pranešama, kad CD4 ląstelių skaičiaus vidurkis pradedant ARG sudarė 135 Lietuvoje ir tik 78 Vilniuje (Anoniminis šaltinis, be datos, c). Pagal oficialius ECDC pateiktus duomenis (ECDC ir PSO, 2009), 2008 m. daugiau nei penktadalio (22 proc.) žmonių, kuriems buvo naujai nustatyta ŽIV infekcija, diagnozės metu CD4 ląstelių skaičius buvo mažiau nei 350. Šis skaičius padidėja iki 39 proc. įskaičiuojant asmenis, kuriems diagnozės metu buvo atliktas CD4 ląstelių skaičiaus tyrimas.

Pasirodo, kad ŽIV infekcija diagnozuojama vėlai žymiai dažniau nei oficialiai pripažįstama. Tai patvirtina nuomonę žmonių, manančių, kad Lietuvoje ARG gydymo reikia dideliame skaičiuje asmenų, kurie jo dar negauna. Oficialiai komentuojant vėlyvos diagnozės klausimą, linkstama kaltinti pacientus, tvirtinant, kad jie nežino, ar yra užsikrėtę ŽIV ir ignoruoja savo problemas tol, kol į jas nekreipti dėmesio jau nebegalima. Bet NVO teigė, kad žmonės nenori kreiptis į gydymo įstaigas, baimindamiesi, kad personalas juos stigmatuos ir diskriminuos, todėl „naudojasi sveikatos priežiūros paslaugomis tik mirties akivaizdoje“.

Rūpestį kelia tai, kad švirkščiamųjų narkotikų vartotojams antiretrovirusinis gydymas prieinamas mažiau nei kitiems SŽGA. Neseniai „Lancet“ žurnale pasirodžiusiame straipsnyje (Mathers et al., 2010) rašoma, kad 2006 m. antiretrovirusinį gydymą gavo šeštadalis (16 proc.) visų užsikrėtusių ŽIV švirkščiamųjų narkotikų vartotojų. Pranešama, kad švirkščiamųjų narkotikų vartotojus gydyti antiretrovirusiniais vaistais pradėta 2004 m. Gydymą gaunančių ŠNV dalis Lietuvoje kiekvienais metais didėja. 2004 m. buvo gydoma 15,37 proc., palyginus su 26,38 proc. 2005 m. ir 37,97 proc. 2006 m. (Uždavinienė, 2008). Šis procentas daug mažesnis už užsikrėtimo ŽIV per švirkščiamuosius narkotikus atvejų procentą, todėl buvo rekomenduojama kiek įmanoma daugiau ŠNV įtraukti į priklausomybės ligų gydymo ir žalos mažinimo programas, iš kurių jie galėtų būti nukreipiami į sveikatos priežiūros įstaigas. Šios rekomendacijos dar nesilaikoma. Kad ji būtų veiksminga, reikia naudotis kiekviena galimybe pasiūlyti ŠNV išsitiirti dėl ŽIV kaskart jiems apsilankius sveikatos priežiūros ar socialines paslaugas taikančiose įstaigose.

NVO vaidmuo

NVO vaidina svarbų vaidmenį Lietuvos atsako į ŽIV veikloje. Pavyzdžiui, NVO atstovai darė prielaidą, kad daugiau nei 75 proc. ŽIV prevencijos paslaugų teikiamų seksualines paslaugas teikiantiems asmenims, programų, skirtų mažinti stigmą bei diskriminaciją, bei namuose teikiamų priežiūros paslaugų yra vykdomos NVO, (Anoniminis šaltinis, be datos, a). Prevencijos paslaugos švirkščiamųjų narkotikų vartotojams sudarė 25-50 proc., tuo tarpu prevencijos paslaugos jaunimui, ŽIV tyrimas ir konsultavimas bei kita sudarė mažiau nei 25 proc. NVO reiškė nerimą, kad jų įtraukimas užtikrinant antiretrovirusinį gydymą yra nedidelis. Menkai bendradarbiaujama su medicinos įstaigomis. Buvo teigiama, kad ligoninės nenori ar negali suteikti NVO vietos savo patalpose.

Apskritai, NVO labai susirūpinusios, kad Lietuvos vyriausybė gerai nesupranta jų svarbaus vaidmens užtikrinant veiksmingą atsaką į ŽIV. Jos nedalyvauja planavimo, lėšų paskirstymo ir ataskaitų rengimo procese. NVO atstovai tai vertino iš viso nulių balų iš 5 galimų (0/5) (Anoniminis šaltinis, be datos, a). ŽIV prevencijos srityje dirbančių NVO padėtis Lietuvoje buvo vadinama „baisia“. NVO atstovai sąlygas dalyvauti Lietuvos atsako į ŽIV veikloje vertino tik 4/10 (Anoniminis šaltinis, be datos, a).

NVO mano, kad ŽIV srityje jie galėtų padaryti labai daug. Galimas vaidmuo:

- Advokacija (angl. *advocacy*).
- Moksliniai tyrimai.
- Politinių įsipareigojimų stiprinimas – NVO atstovai pilietinės visuomenės įnašą šioje srityje vertina 4/5 (Anoniminis šaltinis, be datos, a). Teigta, kad NVO atstovai buvo susitikę su Sveikatos apsaugos ministru ir įtakingais

ministerijos vadovais keliomis progomis, norėdami aptarti gydymo antiretrovirusiniais vaistais, sveikatos priežiūros ir su ŽIV gyvenančių žmonių paramos bei kitus klausimus. Viena NVO kreipėsi į Teisingumo ministrą dėl farmakoterapijos metadonu įgyvendinimo įkalinimo įstaigose. Ta pati NVO informavo žiniasklaidą apie nuteistųjų teises į sveikatos priežiūrą.

- Dalyvavimas planavimo procese; nors NVO dalyvauja planavimo veikloje (anoniminio šaltinio vertinta 4/5, be datos, a), jos teigia jaučiančios, kad jų įnašas nepageidaujamas ir ignoruojamas. Jos skundėsi turėję labai mažai oficialių galimybių dalyvauti, išskyrus UNODC projekto valdymo komitetą.
- Nukreipimas į gydymo įstaigas, bet NVO nukreipimai nepelno tokio dėmesio kaip gydytojų nukreipimai.
- Svarbiausių paslaugų teikimas, pavyzdžiui, žemo slenksčio centrai, švirkštų ir adatų keitimo paslaugos, konsultavimas dėl farmakoterapijos metadonu ir parama dėl ARG režimo laikymosi. NVO galimybės teikti šias paslaugas geresnės nei vyriausybinių įstaigų, nes jais paslaugų vartotojai labiau pasitiki.
- Programa įkalinimo įstaigose – nors NVO teigė, kad kartais patekti į jas sunku. NVO, teikiančios nemedikamentinės reabilitacijos paslaugas, kaip antai, dvylikos žingsnių programa, į įkalinimo įstaigas įleidžiamos mieliau nei kitos grupės. NVO vaidina esminį vaidmenį teikiant paramą atlikusiems laisvės atėmimo bausmes. NVO teigė, kad atlikusieji laisvės atėmimo bausmes Lietuvos visuomenėje itin stigmatizuojami.
- Priklausomybės ligų reabilitacinės bendruomenės– apie 12 esamų NVO teikia šias paslaugas maždaug 30-50 žmonių kiekviena, finansuojant ES. Nuo 2012 m. bus reikalaujama, kad šios bendruomenės būtų licencijuotos.

Nuogaustaujama, kad su ŽIV Lietuvoje dirbančios NVO silpnesnės nei kitose šalyse ar kituose Lietuvos visuomenės sektoriuose (Amato-Gauci et al., 2006). Joms trūksta reikiamų žmogiškųjų išteklių. NVO pripažįsta, kad jų įvairovė nedidelė. Pavyzdžiui, NVO atstovai pilietinės visuomenės įvairovę ŽIV srityje vertino tik 1/5 (Anoniminis šaltinis, be datos, a).

Buvo nuomonių, kad NVO daugiau dalyvauja kituose Lietuvos visuomenės sektoriuose ir ten jų pajėgumai didesni. Pavyzdžiui, nuo 2007 m. NVO renka iki keturių atstovų dalyvauti Moterų ir vyrų lygių galimybių komisijoje. Šie NVO atstovai laikomi patikimais šios komisijos partneriais ir dalyvauja rengiant, vykdam ir kontroliuojant programas. NVO aktyviai dalyvauja daugelyje programų, teikiančių švietimo ir psichosocialines paslaugas moterims: Valstybinėje moterų ir vyrų lygių galimybių ir Prekybos žmonėmis prevencijos bei kontrolės programose, Valstybinėje smurto prieš moteris mažinimo strategijoje. Dalyvaujančias NVO finansuoja vyriausybė.

Matyt, pagrindinė NVO, dirbančių ŽIV srityje, problema – patikimo ir pastovaus jų veiklos finansavimo stoka. Valstybinio NVO finansavimo mechanizmai nėra gerai apibrėžti. Tai tikrai didžiausias NVO, teigiančių, kad valstybės parama jų veiklai ribota, rūpestis (Asociacija „Pozityvus gyvenimas“, 2010). Joms rūpestį kelia faktas, kad kone visą finansavimą jie gauna iš projektų. Galimybių gauti ilgalaikį finansavimą beveik nėra, todėl labai sunku padengti svarbiausias išlaidas tik iš projektinio finansavimo. NVO daugiau dėmesio skiria neatidėliotiniams ir trumpalaikiams poreikiams tenkinti, o ne ilgalaikiams klausimams, pavyzdžiui, parengti finansavimo užtikrinimo strategiją, rizikos vertinimo ir rezervų politiką. NVO atstovai teigė, kad jiems lengviau gauti techninę (vertinimas 3/5) nei finansinę paramą (vertinimas 1/5). NVO didžiąją dalį techninės paramos gauna iš JT tarnybų, o ne iš valstybės (Anoniminis šaltinis, be datos, a). Valstybė šiek tiek finansuoja ŽIV prevencinę veiklą per Narkotikų kontrolės departamentą prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės ir per atskiras savivaldybes.

Nevyriausybines organizacijas finansuoja:

- Tarptautiniai fondai, bet jų parama labai sumažėjo Lietuvai įstojus į ES (Asociacija „Pozityvus gyvenimas“, 2010).
- Kai kurios užsienio ambasados, pvz., JAV ir Norvegijos.
- Sveikatos apsaugos ministerijos skelbiami projektų konkursai, bet sumos nedidelės ir dėmesys skiriamas sveikatos išsaugojimui bendrai, o ne ŽIV prevencijai atskirai.
- Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės remia žalos mažinimo veiklą. Bet NVO teigė, kad dabar šis finansavimo šaltinis „užblokuotas“.
- Kai kurios savivaldybės finansuoja žalos mažinimo paslaugas.
- Europos Komisija, bet finansavimas ribotas, o reikalavimai labai griežti, todėl tik stipri NVO gali šį finansavimą gauti.

NVO komentavo, kad lengviau gauti finansavimą paslaugų teikimo veiklai, o ne advokacijai (angl. *advocacy*). Būdas gauti lėšų NVO veiklai renkant visuomenės aukas nebuvo minimas. Atrodo, kad NVO mano, kad tai būtų labai sunku, nes Lietuva stokojanti „filantropinio mentaliteto“.

Svarbiausių ŽIV gydymą užtikrinančių institucijų vertinimas

Pagrindinius ŽIV gydyme veikiančius dalyvius nemažai įtakoja instituciniai procesai. Pirmiausia, yra nemažai organizacijų ir institucijų, dirbančių ŽIV atsako srityje apskritai ir teikiančių ŽIV gydymo paslaugas. Bet jų vaidmenys ir koordinacijos mechanizmai nėra aiškiai apibrėžti (žr. p. 13). Jei pagrindinių veikėjų vaidmuo neaiškus, sunku vertinti jų adekvatumą ar jų elementarius pajėgumus. Paslaugų integravimo klausimai šioje ataskaitoje išsamiau aptariami kitoje vietoje (žr. p. 34). Bet didžiausi sunkumai kyla dėl nepakankamo sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų įkalinimo įstaigoje ir bendruomenėje, bei ŽIV ir priklausomybės narkotikams gydymo integravimo.

Be to, kai kurios ligoninės nerimavo, kad sumažėjus finansavimui jų galimybės teikti paslaugas taip pat sumažėjo. Pavyzdžiui, viena ligoninė komentavo, kad jų biudžetas per vienerius metus sumažintas 20 proc., todėl jie turėjo atsisakyti dalies personalo ir sumažinti atlyginimus.

Kaip minėta anksčiau (žr. p. 23), NVO mano neišnaudojančios visų savo galimybių padedant užtikrinti antiretrovirusinį su ŽIV gyvenančių žmonių gydymą. Iš dalies taip yra dėl Lietuvoje suvokiamo šioje srityje dirbančių NVO nepajėgumo.

ŽIV gydymo valdymas ir koordinavimas bendruomenėje ir įkalinimo įstaigose

2010 m. kovą Lietuvoje buvo 8800 nuteistųjų. Šis skaičius didėja. Pavyzdžiui, 2008 m. jis siekė 7800.

Visiems suimtiesiems/nuteistiesiems siūloma išsirtinti dėl ŽIV patekus į laisvės atėmimo vietą ir ją paliekant (žr. p. 17). 2009 m. įkalinimo įstaigose atlikti 12874 ŽIV tyrimai (žr. 2 lentelę, p.19). Ši intensyvaus tyrimo politika įkalinimo įstaigose lėmė, kad nuo 1988 m. beveik du trečdaliai (62 proc.) visų ŽIV infekcijos atvejų buvo nustatyta įkalinimo įstaigose, nors tai nereiškia, kad ten ir buvo užsikrėsta. Ši tyrimų politika leidžia nustatyti įkalinimo įstaigose kylančius protrūkius, pvz., Alytuje 2002 m. Ši politika leidžia aptikti ŽIV užsikrėtimo įkalinimo įstaigose atvejus. 2008 m. ir 2009 m. Lietuvos įkalinimo įstaigose įregistruota 11 užsikrėtimo atvejų.

Kalėjimų departamento prie TM sveikatos priežiūros skyriaus specialistai teigė, kad apie 3 proc. suimtųjų/nuteistųjų atsisako tirtis dėl ŽIV. Todėl pageidaujama, kad būtų įvestas privalomas naujų suimtųjų/nuteistųjų tyrimas dėl ŽIV ir kitų užkrečiamųjų ligų, kaip pvz., tuberkuliozės. Bet tarptautinės organizacijos, pavyzdžiui, JTAIDS, UNODC ir PSO, privalomą suimtųjų/nuteistųjų tyrimą dėl ŽIV vertina kaip neetišką ir neefektyvą (PSO, 2001, PSO, 2007; PSO et al., 2007a/b; UNODC et al, 2009).

2010 m. kovą Lietuvos įkalinimo įstaigose kalėjo 298 ŽIV užsikrėtę asmenys. 2009 m. 26 iš jų buvo nustatytas AIDS. 25 žmonės buvo gydomi antiretrovirusiniais vaistais, nors 2009 m. pabaigoje gydymą gavo 19. Visi šie pacientai – vyrai, išskyrus vieną. Pranešama, kad antiretrovirusinį gydymą gaunančių nuteistųjų skaičius nuolat auga: nuo 2 asmenų 2005 m. iki 25 asmenų 2009 m. Nuomonės apie tai, ar visi nuteistieji, kuriems reikia ARG, jį tikrai gauna, labai skiriasi. Kalėjimų departamento vadovybė tvirtina, kad gydomi visi. Bet NVO mano, kad gydymo reikia daug daugiau nuteistųjų, šiuo metu gal net 300. Jos teigia, kad antiretrovirusinis nuteistųjų, kuriems šio gydymo reikia, gydymas yra greičiau „išimtis“ nei taisyklė (Asociacija „Pozityvus gyvenimas“, 2010). Pavyzdžiui, jie teigė, kad didesnė tikimybė gauti gydymą tiems nuteistiesiems, kurie jau buvo gydomi prieš patekdami į įkalinimo įstaigą, nei tiems, kuriems šio gydymo prireikia įkalinimo sistemoje. Bet šių teiginių nepatvirtino vertinimą atlikusių specialistų grupei pateikti dokumentai. 2009 m. tik trys iš aštuonių ŽIV užsikrėtusių nuteistųjų, gaunančių ARG, prieš patekdami į įkalinimo įstaigą jau buvo gydomi antiretrovirusiniais vaistais, penki tokio gydymo laisvėje dar negavo. 2008 m. penki į įkalinimo įstaigą patekę užsikrėtę ŽIV asmenys toliau buvo gydomi antiretrovirusiniais vaistais, aštuoni buvo pradėti gydyti įkalinimo įstaigoje. Įkalinimo įstaigose antiretrovirusiniais vaistais ir nuo tuberkuliozės gydomi nuteistieji stebimi visą dieną.

Teoriškai pripažįstama, kad įkalinimo įstaigoje ir bendruomenėje turi būti prieinamos tos pačios sveikatos priežiūros paslaugos. Yra tarptautinis susitarimas (pvz., PSO et al., 2009b) dėl veiksmingo atsako į ŽIV tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų veiklos sudėtinių dalių, kurios yra:

- Adatų ir švirkštų keitimo programos.
- Farmakoterapija opioidiniais vaistinėmis preparatais ir kitoks narkotikų priklausomybės gydymas.
- Savanoriškos ŽIV konsultacijos bei tyrimai.
- Antiretrovirusinis gydymas.
- Lytiškai plintančių infekcijų prevencija ir gydymas.
- Prezervatyvų švirkščiamųjų narkotikų vartotojams ir jų lytiniams partneriams programos.
- Tikslinis ŠNV ir jų lytinių partnerių informavimas ir švietimas.
- Skiepijimas nuo virusinio hepatito, jo diagnozavimas ir gydymas.
- Tuberkuliozės prevencija, diagnozavimas ir gydymas.

Didelių sunkumų Lietuvai sudaro tai, kad įkalinimo įstaigų sveikatos priežiūros sistema visiškai atskirta nuo bendruomenės sveikatos priežiūros sistemos (Juodkaitė et al., 2008). Ją administruoja Teisingumo ministerija, o ne Sveikatos apsaugos ministerija. Teoriškai buvo susitarta, kad sveikatos priežiūros paslaugas įkalinimo įstaigoje turėtų perimti Sveikatos apsaugos ministerija. Prieš dvejus ar trejus metus buvo sudaryta darbo grupė šiam klausimui svarstyti, bet jos darbas „įstrigo“. Dėl šios priežasties Kalėjimų departamentas prie TM užsakė šio klausimo sprendimo galimybių studiją. Teigiama, kad įkalinimo įstaigų sveikatos priežiūros paslaugų reforma turėtų būti

įtraukta į modernizavimo strategiją, kuri turėtų būti baigta iki 2017 m. Joje turėtų būti numatyta, kokias paslaugas teikia kiekviena institucija, kam ir kokie finansavimo mechanizmai bus taikomi. Vyko keli bendri personalo mokymai, pvz., padedant „Project Hope“ tarptautinei organizacijai, bet įkalinimo įstaigų medicinos personalas vadovaujasi visiškai kita sistema nei medikai dirbantys bendruomenėje.

Kalėjimų departamento sveikatos priežiūros skyriaus specialistai susiduria su daug problemų, vykdydami pareigą teikti sveikatos priežiūros paslaugas nuteistiesiems:

- Finansavimo stygius – pavyzdžiui, biudžetas vaistams buvo sumažintas daugiau nei 20 proc.: nuo 2,3 milijonų litų 2008 m. iki 1,8 milijono litų 2009 m. Visos įkalinimo įstaigų sistemos biudžetas sumažintas nuo 240 milijonų litų 2008 m. iki 210 milijonų 2009 m. ir iki 186 milijonų 2010 m. Kalėjimų departamento sveikatos priežiūros skyriaus specialistai informavo, kad pavyko nemažinti atlyginimų, maitinimo ir vaistų įsigijimo išlaidų.
- Atlyginimų skirtumai tarp medicinos personalo, dirbančio bendruomenėje ir įkalinimo įstaigose. Buvo teigiama, kad dėl mažesnių įkalinimo įstaigų sveikatos sektoriaus atlyginimų sunku pritraukti darbuotojus.
- Faktas, kad Teisingumo ministerija už perkamus vaistus moka didesnę PVM (21 proc.) nei Privalomasis sveikatos draudimo fondas (5 proc.). Tai itin svarbus argumentas, kad vaistų įsigijimu turi rūpintis vienas PSDF.
- Didelis narkotikų vartotojų įkalinimo įstaigose skaičius. Šiuo metu įkalinimo įstaigose registruoti 1646 narkotikų vartotojai. Tai sudaro apie penktadalį visų nuteistųjų. Šis procentas padidėjo nuo maždaug 6,6 proc. 1998 m., bet sumažėjo nuo 21,1 proc. 2008 m. iki 19 proc. 2009 m. Daugiau nei trys ketvirtadaliai (80 proc.) iš jų narkotikus švirkščiasi, o opioidai vartojami dažniausiai (Juodkaitė et al., 2008).

Sveikatos priežiūros paslaugos bendruomenėse ir įkalinimo įstaigose reikšmingai skiriasi, ypač tos, kurios prieinamos ŠNV. Ypatinga problema įkalinimo įstaigose – farmakoterapijos metadonu trūkumas. Šis trūkumas reiškia, kad Lietuva atsilieka nuo daugumos ES šalių, kurios teikia šią paslaugą įkalinimo įstaigose. Teoriškai, Teisingumo ministerija norėtų aprūpinti metadonu nuteistuosius, kurie patenka į įkalinimo įstaigas iš farmakoterapijos metadonu laisvėje. Iki šio laiko nenorima svarstyti klausimo dėl farmakoterapijos metadonu prieinamumo įkalinimo įstaigose tais atvejais, kai prieš patekdami į įkalinimo įstaigas priklausomi nuo opioidų asmenys metadono nevartojo. Praktiškai, nuteistiesiems metadonas neprieinamas, net jei jie dalyvavo farmakoterapijoje metadonu laisvėje prieš įkalinimą. Didžiausia problema ta, kad žmonės į įkalinimo įstaigas patenka ne tiesiogiai, o per policijos areštines, kurias valdo Vidaus reikalų ministerija. Jei metadonas areštinėse neprieinamas, gydymas ten nutrūksta, todėl patekę į įkalinimo įstaigą asmenys jau nebelaikomi farmakoterapijos metadonu dalyviais. Šiek tiek pažangos yra, nes Teisingumo

ministerija ir Kalėjimų departamentas įsitraukė į atvirą dialogą dėl farmakoterapijos metadonu su Vidaus reikalų ministerija. Vidaus reikalų ministerija 2010 m. kovą atnaujino tvarką, užtikrinančią farmakoterapijos metadonu tęstinumą policijos areštines. Didžiulį rūpestį kelia tai, kad kai kurie įtakingi asmenys, pvz., įkalinimo įstaigų gydytojai, vis dar griežtai nepritaria farmakoterapijai metadonu, nežiūrint neabejotinų efektyvumo įrodymų. Be to, valstybinės ŽIV/AIDS programos vidurio laikotarpio apžvalgoje (Amato-Gauci, 2006) buvo reiškiamas susirūpinimas, kad įkalinimo įstaigose trūksta švirių adatų.

Nerimaujama ir dėl paslaugų tęstinumo asmenims išėjus į laisvę. Paslaugų prieinamumo iš įkalinimo įstaigų paleistiems asmenims tyrimai Alytuje ir Klaipėdoje (Uscila ir Malinauskaitė, 2009) parodė, kad:

- Savivaldybės ypač inertiškos įgyvendinant jiems deleguotas įstatymų ir teisinių aktų nuostatas.
- Sudėtinga keisti informacija apie pacientus tarp įkalinimo įstaigų ir organizacijų bei institucijų, teikiančių sveikatos priežiūros paslaugas bendruomenėje.
- Mažiausiai dėmesio skiriama nuteistųjų rengimui grįžti į visuomenę – nuteistieji lygtinai šiek tiek informacijos gauna, bet ji nėra išsami ir jos mažai.
- Savivaldybių socialinės paramos skyrių darbuotojai laisvės atėmimo bausmes atlikusiųjų atžvilgiu nusiteikę neigiamai.
- Klientai siuntinėjami iš vienos organizacijos kitą.
- Laisvės atėmimo bausmes atlikusieji dažnai mažai žino apie NVO teikiamas paslaugas.
- Laisvės atėmimo bausmes atlikusieji dažnai neturi atvejo vadybininko.
- Labai trūksta paramos grupių atlikusiems laisvės atėmimo bausmes.
- Alytuje neprieinama farmakoterapija metadonu.
- Nuteistieji, ypač vartojantieji narkotikus, išėję į laisvę labai stigmatizuojami ir diskriminuojami, pvz., kai ieško darbo.

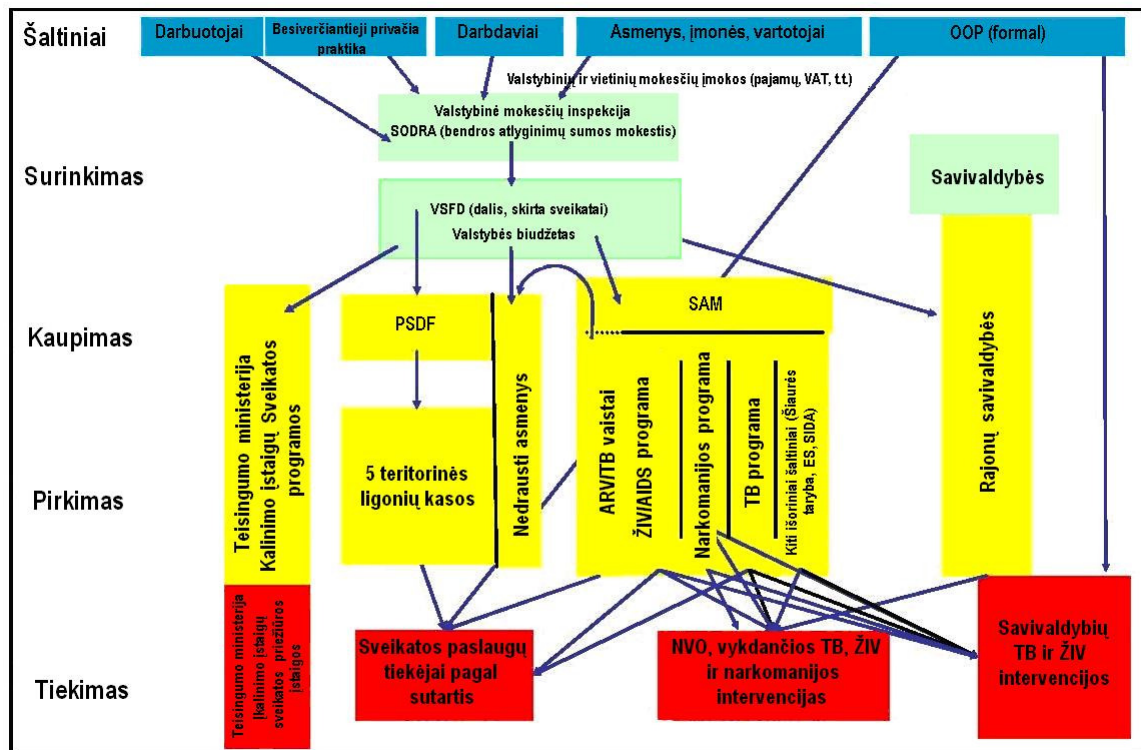
Šiuos rezultatus patvirtina kiti (Juodkaitė et al., 2008), darantys išvadą, kad „egzistuoja akivaizdi problema dėl gydymo ir slaugos tęstinumo, perkeltiant nuteistuosius iš vienos kalinimo įstaigos į kitą ar paleidžiant nuteistuosius iš kalinimo įstaigos. Asmenų, sergančių ŽIV, perkėlimas ar išleidimas, neužtikrinant reikiamos priežiūros, gali paskatinti ŽIV plitimą tuose visuomenės sluoksniuose, į kuriuos šie žmonės patenka. Nėra beveik jokio ryšio ar apsikeitimo informacija su paslaugu teikėjais, dirbančiais už kalinimo įstaigos ribų.“

Vertintojų grupė pastebėjo vieną ypatingą problemą, kad įkalinimo įstaigų ir bendruomenės sveikatos priežiūros įstaigos neturi bendros elektroninės pacientų ligos istorijų registravimo sistemos. Ligos istorijos išrašas paprasčiausiai įteikiamas paleidžiamiems ir laisvę asmenims. Pasikliaujama ligos istorijomis, kurias visuomenės sveikatos priežiūros įstaigoms perduoda laisvės atėmimo bausmės atlikusieji asmenys.

Nacionaliniai ŽIV tyrimų ir gydymo finansavimo planai ir srutai

2007 m. Lietuva 6,2 proc. savo bendrojo vidaus produkto skyrė sveikatos apsaugai. Išlaidos sveikatos priežiūrai sudaro 13,2 proc. visų biudžeto išlaidų. ŽIV ir tuberkuliozės finansavimo mechanizmai apibendrinti 6 paveiksle.

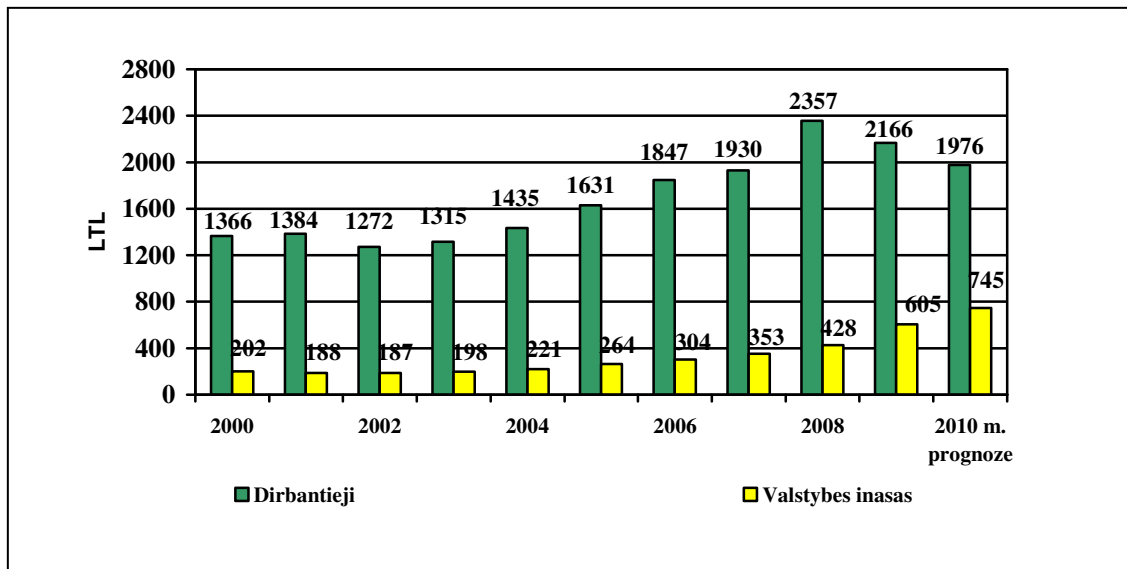
6 paveikslas. ŽIV ir TB intervencijų bei susijusių paslaugų aprūpinimo ir visuomeninio finansavimo organizavimas Lietuvoje (Alban ir Kutzin, 2006).



Nuo įsteigimo 1997 m. Privalomasis sveikatos draudimo fondas (PSDF, 2008) yra pagrindinis Lietuvos sveikatos apsaugos finansavimo šaltinis. Privalomąjį sveikatos draudimo fondą sudaro darbdavių ir darbuotojų įmokos bei valstybės įnašas, iš jo finansuojamos paslaugos įvairioms visuomenės grupėms, pavyzdžiui, vaikams, pensininkams ir registruotiems bedarbiams. Apie trečdalį šio fondo sudaro darbdavių ir darbuotojų įmokos ir apie du trečdalius – valstybės įnašas. Nors išmokos tokios pačios, valstybės įnašas vienam asmeniui žymiai mažesnis nei dirbančiųjų (žr. 7 lentelę). Pavyzdžiui, 2008 m. dirbančiųjų įmokos

tenkančios vienam asmeniui sudarė mažiau nei penktadalį (18 proc.). Pagrindinis PSDF funkcionavimo būdas – mokėti už paslaugas paslaugų teikėjams, su kuriais sudarytos sutartys. Šios paslaugos – tai ambulatorinės konsultacijos ir gydymas ligoninėse. Bet apmokama ne viskas. Pavyzdžiui, Privalomasis sveikatos draudimas nedengia visų formų oportunistinių infekcijų gydymo. Ambulatorinio gydymo atveju nustatyta kaina mokama už tris vizitus ir visus laboratorinius tyrimus (Kriauza, 2010). Ši sistema gali sukelti finansines kliūtis paslaugų teikėjams, kurie nedarys brangių tyrimų, nes šios išlaidos neatlyginamos atskirai, o turi būti apmokamos iš gaunamo už konsultacijas atlygio. Už kai kurias paslaugas, pvz., pirminę sveikatos priežiūrą ir psichinės sveikatos priežiūrą, atlyginama pagal pacientų skaičių.

7 lentelė. PSDF įnašai vienam dirbančiam asmeniui ir valstybės įnašai 2000-2010 m. (PSDF, 2010a).



Pagal Sveikatos draudimo įstatymą asmenims, gyvenantiems su ŽIV asmens sveikatos priežiūros paslaugos automatiškai kompensuojamos net ir tuomet, kai jie nėra drausti (Uždavinienė, 2008). Bet iki nustatant ŽIV diagnozę, sveikatos priežiūros paslaugos, t.y. ŽIV tyrimai, nedengiamos. Be to, kiekvienais metais šį paslaugų išlaidų kompensavimą reikia atnaujinti, nors pagal įstatymus nereikalaujama kasmet iš naujo tvirtinti nustatytą diagnozę. 3 lentelėje pateikti PSDF duomenys apie su ŽIV susijusias paslaugas 2007- 2009 m. (žr. p. 35).

3 lentelė. Su ŽIV susijusias paslaugas per PSDF gaunančių pacientų skaičius 2007-2009 m.

Metai	Pacientų skaičius	Paslaugų ligoninėse skaičius	Paslaugų skaičius (iš viso)	Suma (iš viso)
2007	190	37	411	52 197
2008	205	21	504	48 597
2009	299	24	700	79 048

Be anksčiau minėtų mechanizmų, PSDF aprūpina antiretrovirusiniais vaistais skelbdamas viešuosius pirkimus. Nors išlaidos vienam asmeniui didelės (žr. 4 lentelę), jos sudaro tik apie 0,1 proc. viso PSDF 5 milijardų litų biudžeto. Metinis PSDF kompensuojamų vaistų biudžetas 2009 m. sudarė 743 milijonus litų.

4 lentelė. Metinis PSDF biudžetas skirtas antiretrovirusiniam gydymui 2007-2012 m. (adaptuota pagal Kriauzos 2010 m. duomenis, litais).

Metai	PSDF ARG biudžetas	Pacientų skaičius	vieno asmens ARG kaina
2007	2m	80	25000
2008	2.5m	120	20833
2009	2.5m	130	19231
2010	2.8m	138	20290
2011 ²	4m	150	26667
2012 ²	5m	180	27778

Kai kurios paslaugos apmokamos tiesiai iš valstybės biudžeto, pvz., patvirtinamieji ŽIV tyrimai ir antiretrovirusinio gydymo monitoringas (CD4 skaičius ir viruso kiekis). Priklausomybės centrų veiklos finansavimas ypač sudėtingas. Šio finansavimo užtikrinimo principai nustatyti 2004 m. PSDF turi priklausomybės ligų programą, kurioje numatoma padengti svarbiausias sudėtines dalis ir užtikrinti nemokamą farmakoterapiją metadonu. Anksčiau pacientai turėjo mokėti. Kai kur mokėti reikėjo iki 2004 m., kitur – iki 2007 m. Bet šios įstaigos finansuojamos iš valstybės arba savivaldybių biudžeto. Pavyzdžiui, Vilniuje apie 10 proc. centrų finansuoja PSDF. Centro finansavimas nepriklauso nuo gydomų pacientų skaičiaus. Pranešama, kad buvo sudaryta darbo grupė, galimybėms, įvesti pacientų skaičiumi pagrįstą finansavimo sistemą, išnagrinėti. Adatų ir švirkštų keitimo bei žemo slenksčio centrai finansuojami pagal savivaldybių, UNODC ir Narkotikų kontrolės departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės projektus. Toks projektų finansavimas gali labiau priklausyti nuo viešosios ir politinės nuomonės pokyčių nei sistemingas finansavimas, pavyzdžiui, per PSDF.

² prognozuojami 2011 m. ir 2012 m. skaičiai

PSDF prognozuoja, kad 1-2 proc. gyventojų nėra apdrausti. Buvo teigiama, kad neapdrausti asmenys gali gauti pirmąją medicinos pagalbą, jei nuolat gyvena Lietuvoje. Bet duomenys rodo, kad beveik du trečdaliai (65 proc.) švirkščiamųjų narkotikų vartotojų Vilniuje nedrausti (Expanded Network, 2009). Priklausomybės centrų socialiniai darbuotojai padeda spręsti šią problemą siūsdami ŠNV registruotis darbo biržoje, nes registruotų bedarbių sveikatą apdraudžia valstybė.

Pranešama, kad Statistikos departamentas atliko tyrimus, parodžiusius, jog 26-30 proc. sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų dengia patys pacientai, mokėdami už privačiai teikiamas paslaugas ir vaistų priemokas.

Kalėjimų departamentui prie TM priklausanti sveikatos priežiūros sistema (žr. p. 26) finansuojama pagal visiškai skirtingą sistemą iš Teisingumo ministerijos biudžeto (Uždavinienė, 2008). Yra įvairių veiksmų, lemiančių žemesnių standartų sveikatos priežiūrą įkalinimo įstaigose. Jie apima ribotą biudžetą ir neigiamą visuomenės nuomonę apie nuteistųjų sveikatos priežiūrą (Juodkaitė et al., 2008)

Buvo teigiama, kad, 2008 m. prasidėjus finansinei krizei, dirbančiųjų įnašai į bendrą sveikatos priežiūros biudžetą dėl didėjančio nedarbo sumažėjo nuo 75 proc. iki 64 proc. (PSO et al., 2009a). Finansinės krizės problemas mėginama spręsti šiais būdais:

- Viešojo valdymo reorganizacija, siekiant didinti našumą konsoliduojant įgaliojimus ir mažinant viešųjų įstaigų skaičių.
- Pereinant nuo regioninio administravimo prie mažesnių savivaldybių, kaip pagrindinių administravimo vienetų.
- Mažinant finansavimą, pvz., PSDF (žr. p. 35) , įkalinimo įstaigų (žr. p. 26) ir atskirų ligoninių.

Bet yra įvairių būdų išlaidoms taupyti, kad atsakas į ŽIV ne susilpnėtų, o, atvirkščiai, sustiprėtų:

- Plėtoti veiksmingas ŠNV ir kitų tikslinių grupių programas, nes tai padėtų sumažinti ateityje reikalingo gydymo išlaidas. Adatų ir švirkštų keitimo programos ir ŠNV farmakoterapija metadonu kainuoja mažiau nei antiretrovirusinis gydymas.
- Riboti neužsikrėtusių ŽIV nėščių moterų ŽIV tyrimų skaičių (žr. p 16). ŽIV tyrimų koncentravimo politika leistų nustatyti nedidelį ŽIV užsikrėtusių nėščių moterų skaičių Lietuvoje atliekant žymiai mažiau ŽIV tyrimų.

- Geriau koordinuoti antiretrovirusinių vaistų pirkimą (žr. p. 35). Galiausiai, tai sumažintų PVM, kurį pirkdamas antiretrovirusinius vaistus moka Kalėjų departamentas prie TM (žr. p. 28).

Koordinuojančių institucijų ir paslaugų teikėjų organizacinė raida

Yra daug struktūrinių ir sisteminių klausimų, kuriuos reikia spręsti koordinuojančių institucijų ir paslaugų teikėjų struktūrai tobulinti, siekiant efektyviau aprūpinti antiretrovirusiniais vaistais. Svarbiausi žingsniai yra šie:

- Aiškiai nustatyti įvairių dalyvių, pvz., įvairių Sveikatos apsaugos ministerijos padalinių, vaidmenis ir atsakomybę.
- Užtikrinti atitinkamą finansavimą, kad šie dalyviai galėtų vykdyti savo vaidmenis ir atsakomybes.
- Stiprinti Sveikatos apsaugos ministerijos pajėgumus vadovauti, koordinuoti ir kontroliuoti nacionalinį atsaką į ŽIV.
- Integruoti įkalinimo įstaigų sveikatos priežiūros sistemą į bendrąją Sveikatos apsaugos ministerijos sistemą.

NVO dažniausiai silpnos ir, atrodo, jų indėlis į organizacinės struktūros tobulinimą, pavyzdžiui, vystant strateginius planus ir finansavimo užtikrinimo strategijas, menkas.

Paslaugų integravimas

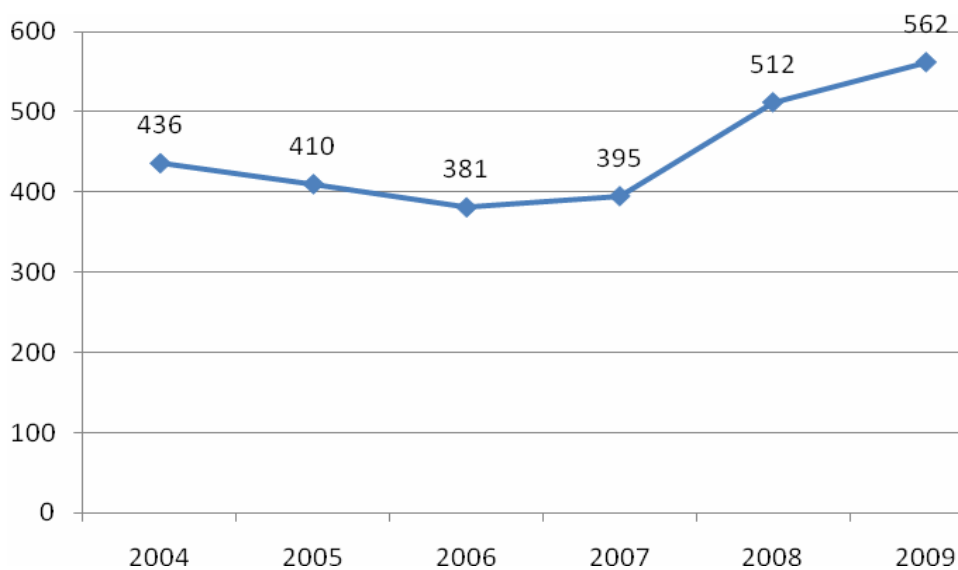
Yra daug sričių, kur paslaugos nėra neintegruojamos taip gerai, kaip reikėtų. Galbūt labiausiai stulbina Kalėjų departamento sveikatos priežiūros paslaugos (žr. p. 26), veikiančios visiškai atskirai nuo sveikatos priežiūros institucijų bendruomenėje. Svarbiausios paslaugos, pavyzdžiui, farmakoterapija opioidiniais vaistinėmis preparatais ir adatų bei švirkštų keitimo programos, įkalinimo įstaigose nėra prieinamos. Nerimą kelia tai, kad antiretrovirusinis gydymas gali nutrūkti gydomam asmeniui išėjus į laisvę, nes išleidžiamiems asmenims duodama tik dviejų dienų vaistų atsarga.

Neaiškios privataus sektoriaus teikiamų ŽIV gydymo paslaugų apimtys, nes nacionaliniu mastu informacija apie šio sektoriaus veiklą nekaupama.

Bendradarbiavimas tarp ŽIV gydymo bei priklausomybės nuo narkotikų gydymo paslaugas teikiančių institucijų turėtų būti stipresnis. Lietuvoje priklausomybės nuo narkotikų gydymo paslaugos teikiamos ambulatoriškai pirminės sveikatos priežiūros įstaigose, psichikos sveikatos centruose,

psichiatrijos ligoninėse ir privačiuose centruose. Pacientai gali būti hospitalizuojami Vilniaus, Klaipėdos, Šiaulių, Panevėžio ir Kauno priklausomybės ligų centruose. Vilniuje, Panevėžyje ir Kaune veikia ambulatorinio nemedikamentinio priklausomybės gydymo centrai. Yra 17 priklausomybės ligų reabilitacinių bendruomenių, turinčių iš viso 312 vietų. Pacientų šiuose centruose skaičius padidėjo nuo 319 2005 m. iki 510 2008 m. Farmakoterapija opioidiniais vaistais teikiama Vilniuje, Klaipėdoje, Kaune, Druskininkuose, Panevėžyje, Telšiuose (nuo 2007 m.), Kėdainiuose (nuo 2007 m.), Mažeikiuose (nuo 2008 m.), Šilutėje (nuo 2008 m.) ir Šiauliuose (nuo 2009 m.). Farmakoterapiją opioidiniais vaistais gaunančių asmenų skaičius įvairus: 436 – 2004 m., 410 – 2005 m., 381 – 2006 m., 395 – 2007 m., 512 – 2008 m. (ENNMC ir Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės, 2009³). Vilniaus priklausomybės ligų centras praneša, kad 562 pacientai gavo farmakoterapiją opioidiniais vaistais preparatais 2009 m. pabaigoje (Anoniminis šaltinis, 2010a).

8 paveikslas. Pacientų, gavusių farmakoterapiją opioidiniais vaistais preparatais 2004-2009 m., skaičius



ŽIV ir priklausomybės nuo narkotikų gydymo paslaugų finansavimo mechanizmai yra skirtingi (žr. p. 30). Nors priklausomybės ligų centrai gali teikti metadoną pacientams, priimtiems į kitas gydymo įstaigas, tačiau situacija yra sudėtinga. Bet yra ir geros praktikos pavyzdžių. Pavyzdžiui, Vilniaus priklausomybės ligų centre taikomas komandinio darbo metodas, kai atvejo vadybininku dirba socialinis darbuotojas aptarnauja 30 pacientų. Komandoje yra psichiatras, psichologas ir slaugytoja. Atvejo vadybininkas palaiko ryšius su kitomis ligoninėmis, darbo birža, PSDF ir padeda spręsti pacientams kylančius

³ Informacija apie Panevėžyje ir Kėdainiuose veikiančius centrus pateikė Vilniaus priklausomybės ligų centras, ją patvirtino UNODC projekto biuras.

teisinius bei švietimo klausimus. Centras taip pat bendradarbiauja su NVO. Bet ši teigiama atvejo valdymo patirtis kituose Lietuvos miestuose plačiai netaikoma. ARG ir farmakoterapija opioidiniais vaistiniais preparatais ambulatoriškai vienoje vietoje prieinami VšĮ Centro poliklinikoje Vilniuje. vertinama, kad tai buvo teigiamas pokytis po Lietuvos AIDS centro restruktūrizacijos 2009 m. (žr. p. 13). ŽIV tyrimų prieinamumas priklausomybės centruose labai ribotas (žr. p. 17). Nesėkmė, kai neišnaudojama kiekviena galimybė švirkščiamųjų narkotikų vartotojui pasirodžius gydymo įstaigose pasiūlyti išsirtinti dėl ŽIV.

Istoriškai ŽIV ir TB paslaugos Lietuvoje teikiamos atskirai. Yra bandymų spręsti šį klausimą. Pavyzdžiui, Vilniaus infekcinių ligų ligoninė ir keturios TB ligoninės apjungtos į vieną.

Su ŽIV gyvenančių asmenų dalyvavimas

Lietuvoje veikia su ŽIV gyvenančių asmenų tinklas – asociacija „Pozityvus gyvenimas“. Jo būstinė Vilniuje, trys filialai veikia kitose Lietuvos vietose. Asociaciją sudaro apie dvidešimt aktyvių dalyvių, neskaičiuojant klientų ir asmenų, su kuriais bendraujama per interneto tinklalapį. Ši asociacija palaiko santykius su užsienyje esančiais lietuviais, nariai teikia konsultavimo paslaugas ir planuoja išleisti leidinį skirtą SŽGA.

Ši asociacija aktyviai dalyvavo ruošiant naują valstybinę ŽIV/AIDS ir LPI programą (žr. p. 13) ir turėjo savo atstovus ankstesnės valstybinės ŽIV/AIDS programos koordinavimo taryboje. Bet šios asociacijos nariai tvirtino, kad jų nuomonės vyriausybė rimtai nevertina ir jie jaučiasi ignoruojami.

Asociacija parengė ataskaitą, kurioje pabrėžiamas susirūpinimas dėl Lietuvos atsako į ŽIV (Asociacija „Pozityvus gyvenimas“, 2010). Jiems rūpestį kelia šie klausimai:

- Maža ARG aprėptis (žr. p. 19).
- Ribotas ARG prieinamumas įkalinimo įstaigose (žr. p. 26).
- Sutrumpintas medikų darbo laikas (žr. p. 19).
- Mokami kraujo tyrimai, tarp jų – ir ŽIV tyrimai (žr. p. 19).
- Konsultavimo, psichologinės paramos ir paliatyvinės slaugos stoka (žr. p. 41).
- Žemo slenksčio centrai priversti užsidaryti, nes nėra finansuojami (žr. p. 16).
- Priemonių, skirtų vyrams turintiems lytinių santykių su vyrais, stygius.

Asociacija siekia užtikrinti, kad ŽIV paslaugos Lietuvoje būtų teikiamos ne tik švirkščiamųjų narkotikų vartotojams. Jų nuomone, apskritai, trūksta paslaugų su ŽIV gyvenantiems asmenims, ypač vyrams turintiems lytinių santykių su vyrais.

Antiretrovirusinių vaistų pirkimas ir kainos

Daug vaistų, pvz., ARV ir kai kuriuos vaistus nuo vėžio, Lietuva perka centralizuotai per PSDF. 2009 m. visas centralizuoto aprūpinimo vaistais biudžetas sudarė 75 milijonus litų. ARV biudžetas sudarė 2,8 milijonus litų (žr. 4 lentelę, p. 32). Šios lėšos sudaro mažiau nei 0,1proc. viso PSDF biudžeto ir mažiau nei 0,3 proc. viso PSDF vaistų biudžeto (žr. p. 32). Pirkimai atliekami pagal nacionalinius įstatymus skelbiant viešuosius konkursus. Be to, Teisingumo ministerija taip pat perka ARV įkalinimo įstaigoms (žr. p. 26 ir 30).

PSDF lėšomis antiretrovirusiniais vaistais gydomi 138 asmenys (žr. 4 lentelę, p. 32). Bet prognozuojama, kad antiretrovirusinio gydymo reikia ar reikės didesniai skaičiui žmonių (žr. p. 19). Pagal tas pačias prognozes Lietuva antiretrovirusiniais vaistais turėtų gydyti 800-1000 žmonių. Jei tai tiesa, biudžetą reikėtų didinti šešis kartus, jei kainos nesikeis. Todėl PSDF antiretrovirusiniams vaistams turės išleisti apie 2 proc. vaistų biudžeto. Šiuo metu Teisingumo ministerija perka ARV 20-25 žmonėms.

Per pastaruosius dešimt metų PSDF vaistų biudžetas ambulatorinei ligonių priežiūrai nuolat augo. 2009 m. jis sudarė 743 milijonus litų. Dėl finansinės krizės 2010 m. biudžetas buvo sumažintas iki 643 milijonų litų.

Išlaidoms riboti ir vaistams efektyviau naudoti buvo pasiūlytos šios priemonės:

- Spręsti kainodaros ir vaistų kompensavimo klausimus.
- Mažinti didmeninės prekybos atsargas.
- Kontroliuoti vaistų pardavimą.
- Skatinti gydytojus racionaliau skirti vaistus.

Be centralizuotai PSDF aprūpinamų vaistų ligoninės perka medikamentus ir tiesiogiai. Šias vaistų išlaidas jie dengia lėšomis, gaunamomis už paslaugas, iš PSDF. Ligoninės gali spręsti, kokius vaistus pirkti. Nėra vieno valstybinio vaistų asignavimo sąrašo, skirto visam sveikatos priežiūros sektoriui, tokį turi tik ambulatorinio gydymo sistema. Per metus vaistams ligoninės išleidžia maždaug 100-200 milijonų litų.

Lietuvos valstybinė vaistų kontrolės tarnyba (Jankūnas, 2010) atsako už medikamentų registravimą ir jų vartojimo kontrolę. Vaistai leidžiami naudoti Europos Komisijos arba pačios valstybės. Leidimą vartoti ŽIV medikamentus, kurių sudėtyje yra naujų aktyvių medžiagų, duoda Europos Komisija. Ligoninės gali pirkti nelicencijuotus vaistus pacientams, jei už tai prisiima atsakomybę. Iš tikrųjų, Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba teigia, kad kai kurios ligoninės šiuo būdu perka kai kuriuos vaistus tiesiai iš užsienio gamintojų.

Šiuo metu Lietuva už ARV moka panašią kainą kaip kitos ES šalys (PSDF, 2010). Bet šios kainos žymiai didesnės nei tos, kurias moka kitos vidutinės pajamas gaunančios valstybės, nepriklausančios ES, o kartais jos net didesnės nei Vakarų Europos šalyse (PSO, 2010). Ši padėtis yra patentuotų vaistų kainų konvergencijos ES šalyse rezultatas; kainos aukštos ir todėl, kad ES rinkoje nėra generinių antiretrovirusinių vaistų.

ARV įperkamumo klausimu naujose ES šalyse diskutuojama jau daug metų. Tiek PSO, tiek Europos Komisija šia tema rengė daug pasitarimų. 2007 m., kai ES prezidentavo Vokietija, šiam klausimui buvo skiriamas ypatingas dėmesys, priimta Brėmeno deklaracija, kurioje buvo raginama užtikrinti AIDS pacientams gydymo ir priežiūros prieinamumą bei padidinti prieinamumą prie ARV.

2009 m. vaistams, perkamiems per PSDF, buvo taikomas 5 proc. PVM. Bet buvo numatyta šį mažesnę PVM taikyti tik iki 2010 m. pabaigos. Būtų svarbu pratęsti šio PVM galiojimą ir jį taikyti antiretrovirusiniams vaistams, kuriuos perka įkalinimo įstaigos (žr. p. 26). PSO rekomenduoja centralizuotai perkamų ir kompensuojamų vaistų PVM mažinti net iki nulio.

Vis dėlto, didelė ARV kaina nėra pagrindinė perkamumo PSDF problema, kadangi šie vaistai sudaro tik labai mažą visų vaistų išlaidų dalį (<0,3 proc.). Bet jei žmonių, kuriems reikia antiretrovirusinio gydymo, skaičius žymiai padidėtų, našta būtų sunkesnė ir reikėtų dar skubiau varžyti išlaidas. Dabartinis nepalankus finansinis klimatas ir PSDF vaistų biudžeto mažinimas skatina racionaliau skirti ARV ir mažinti kainas. Gydymo režimo ir racionalaus vaistų skyrimo klausimai aptariami kitoje vietoje.

Lietuva galėtų įsigyti pigesnių ARV šiais būdais:

- Lietuva priklauso Pasaulinei prekybos organizacijai ir pasirašė TRIPS sutartį. Tai suteikia valstybėms daug garantijų gerinti vaistų prieinamumą palengvinant generinių vaistų patekimą į vidaus rinką. Vyriausybė gali nuspręsti pasinaudoti šiomis garantijomis visuomenės sveikatos labui. ES įstatymo 5, 6 ir 126 straipsniuose numatyta galimybė importuoti nelicencijuotus vaistus, tarp jų – ir generinius, dėl „pateisinamų visuomenės sveikatos priežasčių“, ir šiais straipsniais galima iš principo pasinaudoti importuojant pigesnius vaistus iš valstybių, nesančių ES.
- Neaišku, kurie antiretrovirusiniai vaistai turi galiojantį patentą Lietuvoje ir tai gali prireikti išsiaiškinti. Kadangi ARV patentų galiojimo laikas baigiasi, generinius vaistus gaminančios kompanijos galės registruoti savo produkciją ES ir Lietuvos rinkose.

- Gretutinis ARV importas iš kitų ES šalių, kur kainos gali būti mažesnės. Informaciją apie ARV kainas galima gauti per esamus Europos medikamentų kainodaros ir kompensavimo tinklus.
- Tiesioginės derybos su pramone, ypač lyginant kitų ES valstybių kainas. Bet buvo teigiama, kad tiesioginių derybų su gamintojais ir pirkimo iš gamintojų neleidžia Lietuvos viešųjų pirkimų įstatymas. Šiuo metu Sveikatos apsaugos ministerija ir PSDF jau atliko kainų palyginimus su kitomis valstybėmis, pvz. Latvija, Lenkija, Čekija, Slovakija, Bulgarija ir Rumunija. Vis dėlto tvirtinama, kad kompanijos nenori mažinti kainų Lietuvoje dėl Lietuvos „referencinės šalies“ statuso. Kompanijos baiminasi, kad mažesnės kainos Lietuvoje ir kitose naujose ES šalyse paskatins mažinti kainas kitur. Buvo teigiama, kad kompanijos gali reikalauti nesidalinti informacija apie mažesnes kainas su kitomis valstybėmis arba keletą vaistų tiekti nemokamai, nei mažinti savo produkcijos kainas.
- Išnagrinėti tiesioginių ligoninių pirkimų galimybes arba galimybes PSDF tiesiogiai importuoti iš kitų, ne ES, šalių pagal vardinę pacientų sistemą. ES įstatymo 5, 6 ir 126 straipsniai numato galimybę ligoninėms importuoti nelicencijuotus vaistus, tarp jų ir generinius, pagal vardinę pacientų sistemą. Šiais straipsniais galima būtų remtis importuojant pigesnius vaistus ne iš ES.

Ši problema politiškai labai opi, todėl rekomenduojama iš naujo pradėti diskusijas ES lygmenyje. Vis dėlto, galima būtų pažymėti, kad, jei šiame lygmenyje nepavyks pasiekti sprendimo, atskiros valstybės galėtų naudotis ES įstatymais ir nacionalinėmis teisinėmis priemonėmis vaistų, reikiamų gydyti ŽIV, kainai mažinti. Tai esminė ES problema. Šiuo metu nesiimant priemonių ŽIV epidemijai Baltijos šalyse kontroliuoti, ateityje išlaidos bus gerokai didesnės nei tos, kurių reikia dabar ARV prieinamumui užtikrinti.

ŽIV gydymo ir priežiūros prieinamumas, aprėptis ir paslaugų kokybė

Su ŽIV gyvenančių asmenų sveikatos priežiūra

2009 m. buvo atlikta plati su ŽIV gyvenantiems asmenims teikiamų paslaugų apžvalga (Gurevičius et al. 2009). Naudojant giluminį interviu metodą apklausta 20 SŽGA. Buvo nustatyta jų patirtis įvairiose srityse:

- asmeninėje,
- švietimo sistemoje,
- darbo rinkoje,
- sveikatos priežiūros sistemoje,
- kitose srityse – gyvenamosios vietos, socialinio darbo ir įkalinimo sistemoje.

Didžiausias SŽGA ir NVO išreikštas susirūpinimas buvo susijęs su tuo, kad siekiantys gydytis nuo narkomanijos ŠNV yra registruojami kaip „narkomanai“. Įtraukimas į šį registrą turi pasekmių, pavyzdžiui, neleidžiama vairuoti. Įtrauktos į registrą alkoholio priklausomybę turinčių asmenų pavardės lieka jame trejus metus, nelegalių narkotikų priklausomybę turinčių asmenų pavardės registre saugomos penkerius metus. Teigiama, kad ŠNV „bijo“ būti įregistruoti ir kai kurie kreipiasi į privatų sektorių, norėdami išvengti registracijos. Teigiama, kad didžiausia kliūtis su ŽIV gyvenantiems asmenims siekti sveikatos priežiūros paslaugų – diskriminacijos baimė.

SŽGA ir NVO taip pat reiškė susirūpinimą dėl naujos praktikos įtraukti ŽIV paslaugas į bendrąją sveikatos priežiūros sistemą. Viena NVO komentavo: „*pacientai patenka į bendrąją sveikatos priežiūros sistemą, kurios gydymo įstaigose susiduria su du kartus didesne stigma ir korupcija, o su ŽIV gyvenantys asmenys ar švirkščiamųjų narkotikų vartotojai laikomi pacientais, kuriems nereikia gydymo, arba jų nenorima gydyti*“. SŽGA teigė, kad jų poreikiai specifiniai ir jiems tenkinti reikia atskirų, specialių paslaugų. Nerimaujama, kad bendrosios praktikos gydytojai neturi pakankamos patirties SŽGA gydyti ne tik nuo ŽIV, bet ir nuo priklausomybės narkotikams, hepatito C, tuberkuliozės ir LPI. Be to, esant dabartinei sistemai, neaišku, kur ieškoti informacijos ir paslaugų. SŽGA nerimauja dėl savo ligos istorijų konfidencialumo ir atskirų medicinos įstaigų gebėjimo laikytis tarptautiniu mastu pripažintų gydymo ir priežiūros standartų. SŽGA pageidautų galimybės kreiptis į specialistų komandą pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros įstaigose. Komandą, kuri galėtų jiems pasiūlyti kompleksines paslaugas. Šioje komandoje turėtų būti narkologas, infekcionistas, pulmonologas, psichologas ir konsultantas. Ypač buvo nerimaujama dėl to, kad trūksta jautrių SŽGA problemoms socialinių darbuotojų, psichologų, kad yra tik keletas tokių gydytojų. Buvo reiškiamas rūpestis ir dėl paslaugų su ŽIV gyvenantiems žmonėms, kurie nėra švirkščiamųjų narkotikų vartotojai.

NVO reiškė rūpestį, kad SŽGA turi mokėti už daugelį paslaugų, tarp kurių ir laboratoriniai tyrimai, pvz., CD4 ląstelių tyrimai. Buvo teigiama, kad jie kainuoja apie šimtą litų. Nerimaujama, kad PSDF nepadengia visų oportunistinių infekcijų gydymo išlaidų (Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, 2010). Reikia mokėti ir už kitas paslaugas – ginekologo, LPI gydymo, gimdos kaklelio tepinėlio ir ŽIV bei hepatito C virusų kiekio ir hepatito C genotipavimo tyrimus.

Bet NVO sutiko, kad dauguma pacientų, esant reikalui, gauna ARG, vaikai gydomi nuo AIDS, teikiama LPI priežiūra, tuberkuloze sergantys pacientai tiriami ir konsultuojami dėl ŽIV, ŽIV užsikrėtę asmenys tiriami dėl TB ir prieinama poekspozicinė profilaktika. Bet kitų paslaugų trūksta, tarp jų – mitybos priežiūra, psichosocialinė parama gyvenantiems su ŽIV ir jų šeimos nariams, paliatyvinė slauga ir bendrų su ŽIV susijusių infekcijų gydymas, prevencinis ŽIV užsikrėtusių pacientų gydymas nuo TB ir jų *cotrimoxazole* profilaktika bei ŽIV priežiūra ir parama darbovietėse.

Psichosocialinė parama su ŽIV gyvenantiems asmenims ir atvejo valdymas

SŽGA organizacijos nerimauja, kad, didžia dalimi, dar neteikiamos tokios svarbios paslaugos kaip konsultavimas prieš ŽIV tyrimą ir po jo, lygiųjų grupės konsultavimas, psichosocialinė parama, atvejo valdymas ir paliatyvinė slauga (Asociacija „Pozityvus gyvenimas“, 2010). Asociacija „Pozityvus gyvenimas“ trijose vietose patys teikia lygių grupės konsultavimo paslaugas, kurias finansuoja UNODC regioninis projektas.

Fizinis gydymo prieinamumas

ARG prieinamas didžiausiuose Lietuvos miestuose, t.y., Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Panevėžyje ir Šiauliuose. Neseniai pateiktoje ataskaitoje komentuojama, kad šios vietos „padėjo aprėpti visą Lietuvos teritoriją“ (Uždavinienė, 2008). Teigiama, kad metadonas prieinamas vienuolikoje iš 60 Lietuvos savivaldybių (5 didžiausi Lietuvos miestai ir Vilniaus rajonas, Druskininkai, Kėdainiai, Telšiai, Šilutė, Mažeikiai). Farmakoterapijos opioidiniais vaistinėmis preparatais paslaugų plėtrą itin remia UNODC regioninis projektas (Drew, 2009). Susirūpinimą kelia mažuose miestuose gyvenančių SŽGA galimybės gauti informacijos ir paslaugų.

Lygybės ir nediskriminavimo principai

Nors Lietuva propaguoja lygybės ir nediskriminavimo principus, jų nesilaikoma įvairiais būdais. Pavyzdžiui, neigiama visuomenės nuomonė dėl paslaugų švirkščiamųjų narkotikų vartotojams apskritai ir žalos mažinimo paslaugų, visų pirma reiškia, kad pasiektai pažangai plėtojant šias esmines paslaugas, tokias kaip farmakoterapija opioidiniais vaistinėmis preparatais bei adatų ir švirkštų keitimo programos, gali būti pakenkta dėl politinio kišimosi į šias būtinas sveikatos priežiūros programas.

PSO gydymo protokolų ir geros praktikos laikymasis

Antiretrovirusinio gydymo rekomendacijos yra svarbios. Jos padeda užtikrinti tinkamą gydymą, nes numato, kurie ARV turėtų būti naudojami, koks jų derinys turi būti skiriamas ir kada. Veiksmingo ARG prieinamumas bus geresnis, turint tinkamas rekomendacijas ir šių rekomendacijų laikantis. Gera praktika apima pacientų monitoringą, pagrindinį dėmesį skiriant teikiamo gydymo efektyvumui.

Pirmosios ARG rekomendacijos buvo parengtos 2004 m. (Sveikatos apsaugos ministras, 2004). Gydytojai praktikai ir PSDF jas peržiūrėjo 2009 m., bet iki šio laiko jos oficialiai nepatvirtintos (Sveikatos apsaugos ministras, 2010). Nors PSDF teigė, kad rekomendacijas iš esmės ruošė gydytojai praktikai, pastarieji teigė priešingai, tvirtindami, kad pagrindinius klausimus, pavyzdžiui, CD4 skaičių, kuriam esant pradedamas gydymas, nustatė PSDF remdamasis finansiniais motyvais. Visuomenės sveikatos specialistai formuluojant rekomendacijas nedalyvavo. Siūlomos rekomendacijos turi kai kurių trūkumų:

- Rekomendacijos neatitinka tarptautinių standartų (PSO, 2009), kad reikia pradėti su ŽIV gyvenančių asmenų gydymą esant CD4 skaičiui mažesniai nei 350 ląstelių/mm³. Į siūlymą laikytis šio standarto (Uždavinienė, 2008) neatsižvelgta.
- Tai teisinis dokumentas, kuriame daugiausia dėmesio skiriama klausimui, kuriuos ARV gali pirkti PSDF. Be šio dokumento būtinas ir kitas, kuriame medikams praktikams būtų rekomenduojama, kokius ARV ir kada reikia skirti.
- Rekomendacijose aiškiai ir nuosekliai nenurodoma, kokius ARV vartoti. Jau greičiau tai galimų pasirinkimo variantų, kurių tikrai per daug, vardijimas aiškiai neaprašant nuoseklių gydymo stadijų.
- Pabrėžiant būtinumą, kad pacientas norėtų ir būtų motyvuotas gydytis, užmiršamas mediko vaidmuo skatinti paciento motyvaciją gydytis.
- Maža informacijos apie motinos vaiko užkrėtimo prevencijai ir PEP taikomus antiretrovirusinius vaistus. Visiškai neliečiamas PEP teikimo susidūrus su ŽIV ne profesinėje aplinkoje klausimas. Reikia rekomendacijų, kuriose būtų aptariami motinos vaiko užkrėtimo prevencijos, oportunistinių infekcijų valdymo, ŽIV ir hepatito B bei ŽIV ir hepatito C koinfekcijų valdymo, ŽIV užsikrėtusių ŠNV valdymo, lytinės ir reprodukcinės sveikatos, vaikų antiretrovirusinio gydymo, su ŽIV gyvenančių asmenų imunizacijos ir PEP klausimai.

- Rekomendacijose nelinečiama daug svarbiausių suaugusiųjų antiretrovirusinio gydymo klausimų. Būtent:
 - pacientų konsultavimas ir pasirengimas antiretrovirusiam gydymui,
 - sprendimai dėl pirmo ir antro (alternatyvaus) pasirinkimo gydymo režimų bei nuorodos apie neefektyvaus gydymo požymius ir kada reikia pereiti nuo vieno režimo prie kito,
 - klinikinis ir laboratorinis pacientų monitoringas,
 - gydymo režimo laikymosi monitoringas,
 - ARV toksiškumo ir šalutinio poveikio vadyba.

Nors rekomendacijas ruošė medikų ir PSDF atstovų darbo grupė, atrodo, kad nuoseklus jų rengimo procesas nebuvo iš anksto planuojamas: sudaryti struktūruotą komitetą, apibrėžti jo darbo užduotį ir įgaliojimus, remiantis sisteminiu požiūriu numatyti šių rekomendacijų apimtį ir taikymo sritį, kaupti įrodymus, formuluoti pasiūlymus, teikti vertinti specialistams. Nebuvo numatytas aiškus sprendimų priėmimo dėl galutinio rekomendacijų varianto procesas.

Neaišku, kaip, remiantis šiomis rekomendacijomis, buvo priimami galutiniai sprendimai dėl pirkimų. PSDF teigia, kad rėmėsi medicinos specialistų pasiūlymais, kokius ARV ir kokiais kiekiais pirkti. Bet gydytojai praktikai tvirtina, jog jų pasiūlymų nebuvo laikomasi, ir kad PSDF pasitarusi su Sveikatos apsaugos ministerija perka pigesnius ARV dėl finansinių sunkumų.

Šiuo metu taikomos gydymo schemas atspindėtos 2010 m. ARV aprūpinimo plane, kuri pateikė PSDF (žr. 5 lentelę). Jame aprašytas 21 ARG režimas taikomas 135 pacientams. Nors kai kurie pacientai gydomi taikant pirmo pasirinkimo gydymo režimą pagal PSO rekomendacijas, skirtumai dideli. Ypatingą rūpestį skiriant šį gydymą kelia šie klausimai:

- Planuojant ARG režimus sunku kokiu nors būdu vertinti, ar gydymas sėkmingas, nes nėra aiškaus skirtumo tarp pirmo ir antro pasirinkimo gydymo režimų.
- Prognozuojama, kad tik kiek daugiau nei trečdalis (36 proc.) pacientų gaus pirmo pasirinkimo ARG, kurį rekomenduoja PSO – du NATI ir vieną NNATI grupės medikamentą.
- Prognozuojama, kad žymi dalis pacientų bus gydoma PI pagrįstu režimu (55 proc.). Galbūt tai rodo, kad NNATI grupės vaistais gydytų pacientų gydymas nesėkmingas, bet toks didelis PI grupės vaistais gydytinų pacientų procentas neįtikimas. Tai greičiau jau rodo, kad terapeutai teikia pirmenybę skirti penkis skirtingus PI grupės vaistus. Šis strateginio priėjimo skiriant ARV trūkumas žymiai atsiliepia biudžetui, nes perkami ir naudojami brangesni vaistai.

5 lentelė. PSDF aprūpinimo antiretrovirusiniais vaistais planas, 2010 m. gegužės 30 d.

ARV deriniai	Pacientų skaičius
PSO rekomenduojamas pirmo pasirinkimo gydymo režimas (2NRTI + 1 NNRTI)	
ABA + 3TC + EFV	23
AZT + 3TC + EFV	13
TDF + FTC + EFV	12
AZT + 3TC + NVP	1
PSO rekomenduojamas antro pasirinkimo gydymo režimas (pagrįstas PI)	
ABA + 3TC + LPV/r	31
AZT + 3TC + LPV/r	26
TDF + FTC + LPV/r	6
FPV/r + ABA + 3TC	4
TDF + FTC + FPV/r	1
TDF + FTC + SQV/r	1
ABA + 3TC + SQV/r	1
TDF + FTC + ATV/r	1
IDV + 3TC + LPV/r	1
AZT + 3TC + FPV/r	1
TDF + FTC + FPV/r	1
PSO kaip „išsigelbėjimas“ rekomenduojamas režimas	
TDF + FTC + DRV/r	1
AZT + 3TC + TDF + DRV/r	1
PSO nerekomenduojami gydymo režimai	
ABA + 3TC + ZDV	7
LPV/r + 3TC + RTV	1
ABA + 3TC + ATV	1
TDF + FTC + ATV	1
Iš viso	135

- Dešimt pacientų turėtų būti gydomi antiretrovirusinių vaistų deriniu, kurio nerekomenduoja PSO. Šie derinys – tai trys NATI, nepastiprinti PI, ir vieno NATI bei dviejų PI grupės vaistų derinys.
- Du pacientai turėtų būti gydomi brangesniais PI, darunaviru, kurį PSO rekomenduoja naudoti tik „išsigelbėjimo“ atveju, kai patvirtinta, kad virusas atsparus kitiems PI.
- Yra daug specifinių vaistų problemų:
 - HLA-B*5701 tyrimai atliekamas tik jei reikiamais reagentais aprūpina GlaxoSmithKline, valstybė jais neaprūpina. Buvo atvejis, kai, pacientui išrašius abakavirą ir pradėdant jį gydyti, šis tyrimas nebuvo atliktas. Pasireiškus sunkiems kvėpavimo sutrikimo simptomams, gydymas sustabdytas. Gavus reikiamus reagentus ir atlikus tyrimą, paaiškėjo, kad asmuo labai jautrus abakavirui.

- Nustatytas tenofoviro ir emtricitabino derinys bus pradėtas skirti kaip pirmo pasirinkimo gydymas 2011 m. ar 2012 m.

Reikia geresnio gydymo režimų koordinavimo ir geresnės strategijos. Atrodo, kad gydytojai skiria ARG pagal savo asmeninį tinkamumo supratimą, o ne pagal įrodymais pagrįstą strategiją. Gydytojai nurodė, kad gydymo nesėkmės atvejai nedažni, pereiti prie antro pasirinkimo gydymo reikia tik retais atvejais.

Vertinimo grupė prašė daugiau duomenų apie ARG Lietuvoje: kiek šiuo metu šalyje gyvų SŽGA, kiek jų apsilanko gydymo įstaigose bent kartą per metus dėl savo ŽIV infekcijos, keliems SŽGA pradėtas taikyti gydymas, kelių SŽGA gydymas nutrūko ir kodėl. Bet Sveikatos apsaugos ministerija pareiškė šių skaičių negalinti pateikti.

Monitoringo, vertinimo ir kokybės užtikrinimo sistema

Nors Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras vaidina svarbiausią vaidmenį ŽIV epidemiologijos srityje, buvo reiškiamas susirūpinimas, kad informacijos apie epidemiologinius duomenis gauti sunku. Atrodo, kad į šiuos prašymus reaguojama labai lėtai ir ypač biurokratiškai būdu. Akivaizdu, kad epidemiologinė informacija nepaprastai svarbi nustatant prioritetingas nacionalinio atsako į ŽIV sritis. Labai svarbu, kad ši informacija būtų laikoma vieša ir plačiai prieinama, o ne išskirtine vieno ar kelių tam tikrų asmenų nuosavybe.

Pilietinės visuomenės atstovai teigė, kad jaučiasi išstumti iš monitoringo procesų (Anoniminis šaltinis, be datos, a). Nors tarptautiniu mastu reikalaujama, kad NVO dalyvautų vykdamas Dublino deklaracijos monitoringą, to nėra. Nors NVO buvo pakviestos rengti JTGASS ataskaitos dalį, visos ataskaitos, prieš šią išsiunčiant, jie nematė.

NVO taip pat reiškė rūpestį, kad neatliekami viruso atsparumo antiretrovirusiniams vaistams jautrumo tyrimai. Vis dėlto pripažįstama, kad šie tyrimai prieinami, kai antro pasirinkimo (alternatyvus) gydymas taip pat pasirodo esąs neveiksmingas. Niekas neatsako už svarbiausių paslaugų kokybę, pavyzdžiui, už žalos mažinimo programas. Todėl šis vaidmuo iš esmės tenka rėmėjams. Šį vaidmenį labiau tiktų atlikti Socialinės apsaugos ir darbo ministerijai ar Narkotikų kontrolės departamentui prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės - adatų ir švirkštų keitimo programų atveju - bei Sveikatos apsaugos ministerijai - farmakoterapijos opioidiniais vaistiniais preparatais atveju.

Šiuo metu niekas neanalizuoja visuomenės sveikatos pagal atskirų pacientų gydymo istorijas, konkrečiau, neanalizuojami šie duomenys:

- kokie vaistai skiriami pirmo pasirinkimo gydymo režimui,

- įvairių gydymo režimų taikymo istorija,
- pirmo pasirinkimo gydymo trukmė jį pradėjus,
- po kiek laiko ir kodėl gydymo režimas keičiamas kitu,
- kiek pacientų iškrenta ir kodėl,
- paskesnės priemonės (*angl.* Follow-up),
- gydymo režimo laikymasis,
- mirties atvejų procentas.

Dabartinė Olandijos nacionalinė pacientų monitoringo sistema galėtų būti taikoma ir Lietuvoje, nes abi šalys nedidelės, nedaug ir pacientų. Kadangi Lietuvoje naudojama daug įvairių gydymo schemų, būtų gera galimybė palyginti įvairių režimų taikymo rezultatus.

Šiuo metu nėra ŽIV atsparumo vaistams prevencijos, monitoringo ir stebėsenos sistemos. Jai parengti reikėtų dėmesį skirti ankstyvųjų įspėjamųjų ženklų registravimui kontroliuojant:

- vaistų skyrimo praktiką, standartinį pirmo ir antro pasirinkimo gydymą gaunančių asmenų procentą;
- pacientų, kurių stebėseną nutrūksta praėjus dvylikai mėnesių nuo ARG pradžios, skaičių;
- pacientų tebegydomų pirmo pasirinkimo vaistais praėjus dvylikai mėnesių nuo ARG pradžios, skaičių;
- pacientų, laiku pasiimančių visus jiems išrašytus vaistus, procentą;
- pacientų, kurie laikosi vizitų pas gydytoją plano, procentą;
- tablečių skaičius arba kaip laikomasi gydymo režimo;
- ar nutrūksta vaistų tiekimas ir ar nepasitaiko atvejų, kai vaistų atsarga baigiasi.

PSO rekomenduoja suformuoti nacionalinį komitetą ar darbo grupę ŽIV atsparumo vaistams vystymuisi stebėti. Joje turėtų dalyvauti už ŽIV stebėseną, ŽIV priežiūrą ir gydymą bei ŽIV atsparumo laboratorinius tyrimus atsakingi asmenys. Specifiniai šios grupės veiklos uždaviniai išvardyti 5 priede (p. 65).

PSO nerekomenduoja tirti atskirų ŽIV atsparumo vaistams atvejų, kol nebus įdiegta nacionalinė ŽIV atsparumo vaistams strategija. Gydymui skirti tyrimai reikalingi tik tada, kai antro pasirinkimo režimo vaistai pasirodo esantys neveiksmingi dėl neaiškių priežasčių⁴ (PSO, 2009).

Nepriklausomos paslaugų kokybės užtikrinimo schemos dar nėra parengtos. Siekiant pagerinti teikiamų paslaugų kokybę, reikia neatidėliotinai spręsti hepatito C problemą, kaip sudėtingą visuomenės sveikatos problemą, nes dauguma hepatito C atvejų registruojami tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų.

⁴ Pavyzdžiui, gydymo režimo nesilaikymas arba neigiamas vaistų poveikis ar vaistų tarpusavio poveikis.

IŠVADOS

ŽIV epidemija Lietuvoje pasiekė **reikšmingą lygį ir yra koncentruota tarp švirškščių narkotikų vartotojų**. ŽIV plitimas tarp švirškščių narkotikų vartotojų tęsiasi, įskaitant ir Lietuvos įkalinimo įstaigas.

Ypačingai sveikintina vyriausybės iniciatyva 2009 m. pradėti **nacionalinio atsako į ŽIV restruktūrizaciją** įsteigiant Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centrą. Vis dėlto reikėtų toliau konkretizuoti įvairių institucijų vaidmenis ir atsakomybę. Ypačingai gerai, kad Sveikatos apsaugos ministerijos Visuomenės sveikatos departamentas imasi vadovaujamo techninio ir kontroliuojamojo vaidmens planuojant nacionalinį atsaką į ŽIV. Tačiau tam reikės didesnių pajėgumų ir finansavimo peržiūrėjimo. Lietuvai būtų naudinga parengti bendro atsako į ŽIV strateginių veiksmų sistemą. Pasiūlytos Valstybinės AIDS programos, kuri neapima visų atsako aspektų, t.y. priežiūros ir gydymo, nepakanka. Būtų naudinga suformuoti koordinacinį komitetą, kuriame dalyvautų visų suinteresuotų ministerijų, pvz., Teisingumo ministerijos bei Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, pilietinės visuomenės atstovai bei su ŽIV gyvenantys asmenys. Labiau strateginis ir fokusuotas atsakas į ŽIV leistų efektyviau naudoti finansinius išteklius, pvz., užtikrinti geresnę finansinių srautų integraciją, pvz., per PSDF aprūpinimo sistemą įsigyjant visus reikiamus ARV, kurių dalis būtų naudojama ir laisvės atėmimo vietose.

Tai būtų naudingas pirmasis žingsnis siekiant **glaudžiau integruoti įkalinimo įstaigų ir bendrosios sveikatos priežiūros sistemą**. Lietuvai galėtų būti naudinga panagrinėti kitų valstybių patirtį integruojant įkalinimo įstaigų sveikatos priežiūrą į bendrąją sveikatos priežiūros sistemą. Kai kurios šalys sėkmingai pajudėjo šia kryptimi. Pavyzdžiu galėtų būti Norvegija, Prancūzija, Ispanija, Gruzija ir Anglija bei Velsas. Pastaruoju atveju procesas truko apie penkerius metus ir buvo išsamiai dokumentuotas.

Pagal oficialiąją statistiką tik kiek daugiau nei pusė žmonių, kuriems reikalingas ARG, šį gydymą gauna. Daugumoje atvejų pradėta gydyti vėlai, nes vėlai nustatyta diagnozė. 2008 m. daugiau nei trečdaliui pacientų pagal CD4 ląstelių skaičių diagnozės nustatymo metu jau reikėjo gydymo. Didėjant naujų ŽIV infekcijos atvejų skaičiui, didės ir skaičius žmonių, kuriems reikia gydymo. Atsižvelgiant į visa tai, **Lietuvoje reikia toliau proporcingai didinti ARG aprėptį**. Didėjančio gydymo poreikiui patenkinti, greičiausiai, reikia įtraukti kitus proceso dalyvius, pvz., bendradarbiaujant su NVO, ruošti žmones gydymui ir padėti jiems laikytis gydymo režimo šį gydymą pradėjus. Be to, toliau reikėtų integruoti įvairias paslaugas – ARG, TB gydymą ir farmakoterapiją opioidiniais vaistinėmis preparatais. Labai svarbu imtis priemonių gydymo trukdžiams įveikti. Šie trukdžiai – ribotas paslaugų teikimo laikas ir privalomas priklausomų nuo narkotikų pacientų registravimas. Reikia užtikrinti įkalinimo įstaigose teikiamų paslaugų tęstinumą išėjus į laisvę. Reikia gerinti medicinos darbuotojų, kurie turėtų teikti ŽIV gydymo ir priežiūros paslaugas jas decentralizavus, kompetenciją.

Nors Lietuva turi **ARG rekomendacijas**, jas reikėtų atnaujinti, kad atspindėtų geriausią tarptautinę patirtį. Ypač svarbu įtraukti įsipareigojimą užtikrinti visų pacientų, kurių CD4 ląstelių skaičius mažesnis nei 350 viename kubiniame milimetre (350 ląst./mm³), gydymą. Rekomendacijose turėtų būti aiškiai aprašyti pirmo pasirinkimo gydymo ir antro (alternatyvaus) pasirinkimo gydymo režimai bei aiški režimų kaitos strategija. Reikia aiškiai susieti rekomendacijas, ARG režimus ir ARV įsigijimą/pirkimą. ARV kaina Lietuvoje didelė daugiausia todėl, kad Lietuva yra atskiros Europos rinkos dalis. Galima būtų išnagrinėti tam tikrus kitus galimus kainų mažinimo būdus. Reikėtų taip pat parengti kitų su ŽIV gyvenančių asmenų sveikatos priežiūros poreikių tenkinimo rekomendacijas.

Nors Lietuvoje **švirškčiamųjų narkotikų vartotojams teikiamos** kai kurios **su ŽIV susijusios paslaugos**, jų nepakanka epidemijai šalyje stabdyti. Reikia gerinti ŽIV tyrimų prieinamumą. Kiekvieną kartą švirškčiamųjų narkotikų vartotojams kreipiantis į gydymo įstaigą ar socialinę tarnybą, jiems turėtų būti pasiūloma nemokamai išsitiirti dėl ŽIV. Ypatingą rūpestį kelia faktas, kad Lietuvos visuomenė ir politikai nepripažįsta ŽIV prevencijos tarp švirškčiamųjų narkotikų vartotojų būtinumo – ne tik pačių švirškčiamųjų narkotikų vartotojų labai, bet ir siekiant sumažinti ŽIV paplitimo bendrojoje populiacijoje riziką. Reikėtų ne tik palaikyti esamas adatų ir švirškštų keitimo programas bei farmakoterapiją opioidiniais vaistinėmis preparatais, bet jas plėsti toliau. Sisteminių trukdžių švirškčiamųjų narkotikų vartotojams gauti reikiamas paslaugas nemažėja. Šios trukdžiai – tai neigiamas darbuotojų požiūris į švirškčiamųjų narkotikų vartotojus ir Lietuvoje tebetaikoma baudžiamoji priklausomybės liga sergančiųjų registravimo sistema. Reikėtų nustatyti šiuos trukdžius ir imtis priemonių jiems šalinti. Švirškčiamųjų narkotikų vartotojų nereikėtų kaltinti, kad nesinaudoja paslaugomis. Jau greičiau paslaugų teikėjo pareiga rūpintis, kad paslaugos būtų prieinamesnės. Reikia užtikrinti šių paslaugų tęstinumą, ypač įkalinimo įstaigų sistemoje esantiems švirškčiamųjų narkotikų vartotojams. Lietuva turi planuoti ir ruoštis lauktinam ARG poreikio tarp ŠNV padidėjimui artimoje ateityje.

Nors **ŽIV tyrimų** skaičius Lietuvoje didėja, daugiausia tiriami kraujo donorai, nėščios moterys ir nuteistieji. Vyriausybė turėtų priimti strateginę ŽIV ištyrimų programą, kurioje būtų numatytas nemokamas labiausiai pažeidžiamų ŽIV infekcijai asmenų, t.y. švirškčiamųjų narkotikų vartotojų, vyrų turinčių lytinių santykių su vyrais ir sekso darbuotojų, ištyrimas. Reikia užtikrinti, kad būtų imtasi visų galimybių siūlyti švirškčiamųjų narkotikų vartotojus išsitiirti dėl ŽIV. Viena iš šių galimybių – užtikrinti, kad žemo slenksčio kabinetuose galima būtų tirti klientus. Lėšų papildomiems švirškčiamųjų narkotikų vartotojų tyrimams galima būtų rasti didinant tyrimų efektyvumą ir atsisakant nereikalingų tyrimų, pvz., mažinti kartotinių nėščių moterų tyrimų skaičių efektyviai nustatant ŽIV infekcijos atvejus šioje grupėje.

Lietuvoje pripažįstama, kad **pilietinė visuomenė** vaidina esminį ir gyvybiškai svarbų vaidmenį kontroliuojant ŽIV infekciją. Bet nėra vieningos nuomonės, koks tas pilietinės visuomenės vaidmuo turėtų būti. Šis vaidmuo turėtų apimti advokaciją (angl. *advocacy*) ir, pasiekus tikslinę grupę, pasitikėjimo

aplinkos kūrimą, galimybės naudotis sveikatos priežiūros sistema suteikimą bei paslaugų tęstinumo užtikrinimą. Be to, NVO neturi ilgalaikio, pvz., valstybės, finansavimo. Be to, Lietuvoje nėra ilgalaikio ir iš anksto planuojamo NVO finansavimo, pvz., iš valstybės. Todėl NVO ypatingai daug dėmesio skiria trumpalaikiui projektų finansavimui užsitikrinti. Jų pajėgumai labai riboti, jos stokoja ilgalaikių ar strateginių tikslų.

REKOMENDACIJOS

1. Lietuvai reikia **plėtoti** labiausiai epidemijos paveiktoms visuomenės grupėms – tokioms kaip švirkščiamųjų narkotikų vartotojai – teikiamas **su ŽIV susijusias paslaugas**: adatų-švirkštų keitimo programas, farmakoterapiją opioidiniais vaistinėmis preparatais ir geresnį ŽIV tyrimų prieinamumą.
2. Lietuva turi **išaiškinti** svarbiausių nacionalinio atsako į ŽIV dalyvių **vaidmenis ir atsakomybę**. Tam reikėtų parengti aiškia ir visapusišką strateginės veiklos sistemą bei suformuoti daugiasektorį koordinacinį komitetą, kurio kompetencijos neribotų vienas projektas ar programa.
3. Lietuvai reikia **plėsti ARG aprėptį** apimant visus, kuriems jo reikia dabar ir reikės ateityje. Tam užtikrinti reikia šių priemonių:
 - Strateginės ŽIV ištyrimo politikos, kuri užtikrintų, kad visiems švirkščiamųjų narkotikų vartotojams būtų siūloma nemokamai išsitiirti dėl ŽIV kiekvieną kartą apsilankius sveikatos priežiūros ar socialines apsaugas teikiančioje įstaigoje.
 - Integruoto požiūrio dėl antiretrovirusinio gydymo įkalinimo ir sveikatos priežiūros įstaigose, apimant bendrą antiretrovirusinių vaistų aprūpinimą/pirkimą.
 - Užtikrinti visų pacientų, kurių CD4 ląstelių skaičius mažesnis nei 350 viename kubiniame milimetre (350 ląst./mm^3), gydymą.
 - Užtikrinti didesnę švirkščiamųjų narkotikų vartotojų lygiateisiškumą gaunant antiretrovirusinį gydymą, pavyzdžiui, reformuojant esamą priklausomybės ligų registrą.
 - Pailginti gydytojų darbo valandas.
 - Stiprinti NVO vaidmenį padedant pacientams ruoštis gydymui ir laikytis gydymo režimo.
4. **Sveikatos priežiūros paslaugų teikiamų įkalinimo įstaigose ir bendruomenė integravimo** nauda būtų milžiniška. Pirmasis naudingas žingsnis integravimo link būtų bendras centralizuotas antiretrovirusinių vaistų tiekimas per PSDF.
5. Reikia užtikrinti, kad **antiretrovirusinio gydymo rekomendacijos** atspindėtų geriausią tarptautinę praktiką, įtraukiant nuostatą, kad pradedama gydyti visus, kurių CD4 ląstelių skaičius mažesnis nei 350 viename kubiniame milimetre (350 ląst./mm^3), ir aiškiai skiriant pirmo ir antro pasirinkimo gydymo režimus. Reikėtų parengti kitas su ŽIV gyvenančių asmenų sveikatos priežiūros poreikius atspindinčias rekomendacijas.

1 PRIEDAS: SUSITIKIMŲ SU SPECIALISTAIS PLANAS



ŽIV/AIDS GYDYMO IR PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMO LIETUVOJE VERTINIMAS 2010 m. kovo 22- 26 d. Vilnius

PSO/EURO ekspertų grupė:

Ulrich Laukamm-Josten, Užkrečiamų ligų padalinys, WHO/EURO (Grupės vadovas)
Irina Eramova, Vyresnioji medicinos pareigūnė, Priežiūros ir šalių paramos padalinys
WHO/EURO

Kees de Joncheere, Regiono patarėjas sveikatos technologijoms ir vaistams, WHO/EURO
Luis Mendao, Europos AIDS gydymo grupės (EATG) vicepirmininkas

Signe Rotberga, Regioninė projekto koordinatorė, UNODC projekto biuras Baltijos
šalims

Maria Skarphedinsdottir, Sveikatos politikos ir paramos padalinys, WHO/EURO

Roger Drew, Sveikatos ir vystymosi konsultantas, JK

Kovo 22 d., pirmadienis

Susitikimo vieta: Sveikatos apsaugos ministerija (SAM). (Adresas: Vilniaus g. 33, 318
salė)

15.00 – 17.00 Misijos pristatymas

Susitikimo kalba: anglų

Dalyviai:

Romalda Baranauskienė, SAM Asmens sveikatos departamento direktorė

Viktoras Meižis, SAM ES reikalų ir tarptautinių ryšių skyriaus vedėjas

Rima Vaitkienė, SAM ES reikalų ir tarptautinių ryšių skyriaus vedėjo pavaduotoja

Daiva Dudutienė, SAM ES reikalų ir tarptautinių ryšių skyriaus vyriausioji specialistė

Alvyda Naujokaitė, SAM SAM Asmens sveikatos departamento Specializuotos
medicinos pagalbos skyriaus vyriausioji specialistė

Audrius Ščeponavičius, SAM Visuomenės sveikatos departamento direktorius

Loreta Ašoklienė, SAM Visuomenės sveikatos departamento Visuomenės sveikatos
strategijos skyriaus vedėjos pavaduotoja

Gita Krukienė, SAM Farmacijos departamento direktorė

Jolanta Išdonienė, SAM Sveikatos politikos ir ekonomikos departamento direktorė
Virginija Ambrazevičienė, SAM Sveikatos politikos ir ekonomikos departamento
Sveikatos politikos skyriaus vedėja
Saulius Čaplinskas, Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro prie SAM direktorius
Gintautas Barcys, Valstybinės vaistų kontrolės tarnybos prie SAM direktorius
Algis Sasnauskas, Valstybinės ligonių kasos prie SAM direktorius
Vytautas Kriauza, Valstybinės ligonių kasos prie SAM direktoriaus pavaduotojas

Temos diskusijoms:

- Misijos užduočių ir tikėtinų rezultatų bei laiko planų pristatymas, Signe Rotberga, Ulrich Laukam-Josten
- Nacionalinė ŽIV strategija. Audrius Ščeponavičius (tbc)
- Nacionalinis ŽIV tyrimo ir gydymo planas ir finansiniai srautai. Algis Sasnauskas (tbc)
- Vaistų registracija ir platinimas. Gintautas Barcys, Algis Sasnauskas

Kovo 23 d., antradienis

9.00 – 11.00 Valstybinė ligonių kasa prie SAM

(Adresas: Kalvarijų g. 147)

Dalyviai:

Algis Sasnauskas, Direktorius

Vytautas Kriauza, Direktoriaus pavaduotojas

Rima Vaitkienė, SAM ES reikalų ir tarptautinių ryšių skyriaus vedėjo pavaduotoja

11.30 – 13.30 Respublikinė tuberkuliozės ir infekcinių ligų universitetinė ligoninė

(Adresas: Birutės g. 1/20)

Dalyviai:

Arvydas Šilys, Direktorius

Arvydas Ambrozaitis, Profesorius, VU MF Infekcinių ligų ir mikrobiologijos klinikos vadovas

Alvyda Naujokaitė, SAM Asmens sveikatos departamento Specializuotos medicinos pagalbos skyriaus vyriausioji specialistė

13.30 – 14.30 Pietūs

15.00 – 17.00 Susitikimas su NVO

(Adresas: SCANDIC NERINGA hotel, Gedimino pr. 23)

Dalyviai:

Svetlana Kulsis, Demetra

Jurgis Andriuška, Pozityvus gyvenimas

Ramūnas Ragalinskas, Lietuvos pozityviųjų grupė

Janina Kulšienė, Socialinės rizikos prevencijos centras

Jurgita Poškevičiūtė, Koalicija “Galiu gyventi”

Anna Zakowicz, EATG

Rūta Šulcaitė, EAHRN
 Loreta Stonienė, Nacionalinio projekto koordinatore
 Rima Vaitkienė, SAM ES reikalų ir tarptautinių ryšių skyriaus vedėjo pavaduotoja

Kovo 24 d., trečiadienis

10.00 – 12.30 Teisingumo ministerija

(Adresas: Gedimino pr. 30 / A.Stulginskio g.1)

Dalyviai:

Gytis Andriulionis, Viceministras

Marius Rakštelis, TM Administracinės ir baudžiamosios teisės justicijos departamento Baudžiamosios justicijos skyriaus vedėjas

Saulius Vitkūnas, Kalėjimų departamento prie TM direktorius

Kęstutis Širvaitis, Kalėjimų departamento prie TM direktoriaus pavaduotojas

Vladas Kasperūnas, Kalėjimų departamento prie TM Sveikatos priežiūros skyriaus vedėjas

Gediminas Berūkštis, Laisvės atėmimo vietų ligoninės direktorius

Rima Vaitkienė, SAM ES reikalų ir tarptautinių ryšių skyriaus vedėjo pavaduotoja

Viktoras Meižis, SAM ES reikalų ir tarptautinių ryšių skyriaus vedėjas

12.30 – 13.30 Pietūs

Po pietų ekspertų komanda bus padalinta į dvi grupes:

<p>14.00–17.00</p>	<p>Pataisos namai (Adresas: Rasų g. 6) <u>Dalyviai:</u> <i>Kęstutis Širvaitis</i>, Direktorius pavaduotojas <i>Vladas Kasperūnas</i>, Sveikatos priežiūros skyriaus vedėjas <i>Gediminas Berūkštis</i>, Laisvės atėmimo vietų ligoninės direktorius <i>Rima Vaitkienė</i>, SAM ES reikalų ir tarptautinių ryšių skyriaus vedėjo pavaduotoja</p>	<p>14.00–15.00</p>	<p>Valstybinė medicininio audito inspekcija prie SAM (Adresas: A.Smetonos g. 5) <u>Dalyviai:</u> <i>Ramunė Navickienė</i>, Direktorė <i>Daiva Dudutienė</i>, SAM ES reikalų ir tarptautinių ryšių skyriaus vyriausioji specialistė</p>
		<p>16.00-17.00</p>	<p>Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie SAM (Adresas: Žalgirio g. 92) <u>Dalyviai:</u> <i>Juozas Galdikas</i>, Direktorius <i>Daiva Dudutienė</i>, SAM ES reikalų ir tarptautinių ryšių skyriaus vyriausioji specialistė</p>

Kovo 25 d., ketvirtadienis

Ekspertų komanda bus padalinta į dvi grupes:

<p>9.00-10.30</p>	<p>Vilniaus priklausomybės ligų centras (Adresas: Gerosios Vilties g. 3) <u>Dalyviai:</u> <i>Emilis Subata</i>, Direktorius <i>Algirdas Mižutavičius</i>, Direktorius pavaduotojas <i>Odeta Vitkūnienė</i>, SAM asmens sveikatos departamento Vyriausioji specialistė</p>	<p>Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie SAM (Adresas: Žirmūnų g. 139 A) <u>Dalyviai:</u> <i>Gintautas Barcys</i>, Direktorius <i>Daiva Dudutienė</i>, SAM ES reikalų ir tarptautinių ryšių skyriaus vyriausioji specialistė</p>
<p>11.00-12.30</p>	<p>Centro poliklinika (Adresas: Pylimo g. 3/1) <u>Dalyviai:</u> <i>Kęstutis Štaras</i>, Direktorius <i>Vilma Uždavinienė</i>, Šeimos gydytoja <i>Raimonda Matulionytė</i>, Infektologė <i>Rima Vaitkienė</i>, SAM ES reikalų ir tarptautinių ryšių skyriaus Vedėjo pavaduotoja</p>	<p>Narkotikų kontrolės departamentas prie LRV (Adresas: Šv. Stepono g. 27) <u>Dalyviai:</u> <i>Audronė Astrauskienė</i>, Direktorė <i>Daiva Dudutienė</i>, SAM ES reikalų ir tarptautinių ryšių skyriaus vyriausioji specialistė</p>
<p>12.30-13.30</p>	<p>Pietūs</p>	
<p>14.00-15.00</p>	<p>Vilniaus teritorinė ligonių kasa (Adresas: Liauksmo g. 5) <u>Dalyviai:</u> <i>Vytautas Mockus</i>, Direktorius <i>Kęstutis Speičys</i>, Direktorius pavaduotojas <i>Daiva Dudutienė</i>, SAM ES reikalų ir tarptautinių ryšių skyriaus vyriausioji specialistė</p>	<p>Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komitetas; Lietuvos Respublikos Seimo Narkomanijos ir alkoholizmo prevencijos komisija (Adresas: Gedimino pr. 53) <u>Dalyviai:</u> <i>Antanas Matulas</i>, Seimo narys, Komiteto pirmininkas <i>Ana Bernotienė</i>, LRS Sveikatos reikalų komiteto biuro vedėja <i>Jolanta Bandzienė</i>, <i>Egidijus Jankauskas</i>, LRS Sveikatos reikalų komiteto patarėjai <i>Saulius Čaplinskas</i>, Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro prie SAM direktorius <i>Viktoras Meižis</i>, SAM ES reikalų ir tarptautinių ryšių skyriaus vedėjas <i>Rima Vaitkienė</i>, SAM ES reikalų ir tarptautinių ryšių skyriaus vedėjo pavaduotoja</p>
<p>15.30-17.00</p>	<p>Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras prie SAM</p>	

	<p>(Adresas: Nugalėtojų g. 14D)</p> <p><u>Dalyviai:</u> <i>Saulius Čaplinskas</i>, Direktorius <i>Oksana Strujeva</i>, ŽIV/AIDS ir LPI epidemiologinės priežiūros skyriaus vedėja <i>Loreta Ašoklienė</i>, SAM Visuomenės sveikatos departamento Visuomenės sveikatos strategijos skyriaus vedėjos pavaduotoja <i>Alvyda Naujokaitė</i>, SAM Asmens sveikatos departamento Specializuotos medicinos pagalbos skyriaus vyriausioji specialistė</p>	
--	---	--

Kovo 26 d., penktadienis

Susitikimo vieta: Sveikatos apsaugos ministerija (Adresas: Vilniaus g. 33, 318 salė)

8.30 - 10.00 Ataskaita

Darbo kalba: anglų/lietuvių

Dalyviai:

Nora Ribokienė, Viceministrė

Sveikatos apsaugos ministerijos atstovai, nacionaliniai ekspertai, įskaitant NVO atstovus, dalyvavusius susitikimuose.

2 PRIEDAS: PERŽIŪRĖTI DOKUMENTAI

Alban, A. and Kutzin, J. (2006) *ŽIV/AIDS ir TB gydymo bei priežiūros plėtojimas ir prevencijos spartinimas Baltijos šalių (Estijos, Latvijos, Lietuvos) sveikatos sistemoje: ekonominiai, sveikatos finansavimo ir sveikatos sistemos aspektai*. PSO ataskaita.

Amato-Gauci, A. J., Mimica, J. ir Murauskienė, L. (2006) *Lietuvos nacionalinės ŽIV/AIDS prevencijos ir kontrolės programos 2003-2008 m. įgyvendinimo vidurio laikotarpio vertinimas*. JTVP ataskaita

Anoniminis šaltinis (be datos, a). *Nacionalinės kombinuotos politikos indeksas: B dalis: 2010 m.*

Anoniminis šaltinis (be datos, b) Dokumentas „*ŽIV/AIDS gydymo ir priežiūros prieinamumo Lietuvoje vertinimas*“, kuriame pateikiami išsamūs duomenys apie ŽIV programoje dalyvaujančias institucijas

Anoniminis šaltinis (be datos, c) Skaidrės rodančios CD4 ląstelių vidurkį pradedant antiretrovirusinį gydymą

Anoniminis šaltinis (2010a) *Faktai ir skaičiai apie ŽIV Lietuvoje*. Vertinimo grupei pateikta ataskaita

Arnadottir, T., Ellingsen, I.L. ir Tsereteli, Z. (2003) *Užkrečiamųjų ligų kontrolės Lietuvos kalėjimuose vertinimas: ekspertų misijos į Lietuvą ataskaita*

ASAP (be datos) *ASAP Lietuvos nacionalinės ŽIV/AIDS programos 2009-2012 m. apžvalga*

Ašoklienė, L. (2010) *Lietuvos ŽIV politika*. PowerPoint pranešimas, pateiktas vertinimo grupei

Čaplinskas, S. (2010) *ŽIV epidemijos Lietuvoje apžvalga*. PowerPoint formato pranešime, pateiktame vertinimo grupei yra ir skaidrių rodančių ŽIV atvejų skaičių pagal lytį 1988-2009 m. ir prognozuojamą SŽGA, kuriems reikėjo ar reikės ARG 2000-2015 m., skaičių.

Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras (2010a) *2009 m. Lietuvoje [registruota 180 naujų ŽIV užsikrėtusiųjų asmenų (Lietuviškai)*. Skelbiama tinklalapyje: <http://www.ulac.lt/naujienos/ziv0322.php>

Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras (2010b) *ŽIV/AIDS epidemijos apžvalga*

Drew, R. (2009) UNODC projekto XEEJ20 "ŽIV/AIDS prevencija ir priežiūra tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų ir įkalinimo įstaigose Estijoje, Latvijoje ir Lietuvoje įgyvendinimo vidurio laikotarpio apžvalga. Ataskaita UNODC

ELKC ir PSO (2009) ŽIV/AIDS stebėsena Europoje 2008m.

ENNMB (be datos) lentelė INF-104. Nauji ŽIV infekcijos diagnozės tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų atvejai pagal šalį ir duomenų pateikimo metus, 1992-2007m.: dalis t(i)- (a) atvejų skaičius milijonui gyventojų, (b) atvejų skaičius ir (c) gyventojų skaičius Excel formato failas

ENNMB ir Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės (2009 m.) 2009 m. ataskaita (2008 m. duomenys) pateikta ENNMB: Lietuva

Koordinuotų ir visapusių ŽIV ir AIDS prevencijos priemonių tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų ir jų lytinių partnerių tinklo plėtimas (2009) ŽIV ir kitų infekcijų paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų Latvijoje, Lietuvoje ir Estijoje ir jų rizikingas elgesys 2007 m. Skelbiama tinklalapyje: <http://ec.europa.eu/eahc/documents/projects/highlights/BalticHIV.pdf>

Lietuvos Respublikos Vyriausybė (2010) Nacionalinė ŽIV/AIDS ir lytiškai plintančių infekcijų prevencijos ir kontrolės programa 2010-2012 m. Nepatvirtintas projektas su darbo plano priedu

Gurevičius, R. Žydzūnaitė V. ir Vainoriūtė, R. (2009) Su ŽIV gyvenančių asmenų pažeidžiamumo vertinimas Lietuvoje. Skelbiama tinklalapyje: http://www.unodc.org/documents/balticstates/Library/Other/VulnerabilityAssessment_EN.pdf

Hay, G. (2007 m.) Tarptautinis narkotikų vartojimo paplitimo Lietuvoje problemos prognozavimo konsultantas. Ataskaita UNODC. Skelbiama tinklalapyje: http://www.unodc.org/documents/balticstates/Library/Other/Prevalence_IDU_LT.pdf

Sveikatos vartotojų grupė (2009) Lietuva pagal ŽIV praktiką dvidešimt pirma, teigiama Naujajame ES indekse

Jankūnas, R. (2010) ŽIV vaistų marketingo įgaliojimai ir medicinos produktų vartojimas. PowerPoint formato pranešimas, pateiktas vertintojų grupei

Juodkaitė, D., Uscila, R. ir Stöver, H. (2008) Lietuvos įstatymų ir politikos ŽIV/AIDS prevencijos ir priežiūros tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų įkalinimo įstaigose analizė. Skelbiama tinklalapyje: http://www.unodc.org/documents/baltics/Report_Legal_LT_ENG.pdf

Kriauza, V. (2010) *Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėtos ŽIV/AIDS gydymui*. PowerPoint formato pranešimas, pateiktas vertintojų grupei

Lietuvos su ŽIV/AIDS gyvenančių asmenų tinklas "Pozityvus gyvenimas" (2010). *Kreipimasis į tarptautinę bendruomenę*

Magnusson, G. (2005) *Laiškas Lietuvos Sveikatos apsaugos ministerijai dėl PSO pozicijos pakaitinės terapijos atžvilgiu*.

Mathers, B.M., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M., Strathdee, S.A., Wodak, A., Panda, S., Tyndall, M., Toufik, A. ir Mattick R.P. (2008). *Pasaulinė švirkščiamųjų narkotikų vartojimo ir ŽIV epidemija tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų: sisteminė apžvalga*. Lancet, tomas 372, paskelbta internete 2008 m. rugsėjo 24 d.

Mathers, B.M., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M., Mattick, R.P., Myers, B., Ambekar, A. ir Strathdee, S.A. (2010). *ŽIV prevencijos, gydymo ir priežiūros paslaugos švirkščiamųjų narkotikų vartotojams: sisteminė pasaulinės, regioninės ir nacionalinės aprėpties apžvalga*. Skelbta Lancet internete 2010 m. kovo 1 d.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras (2004). *Įsakymas dėl artrozės, ŽIV, chlamydia trachomatis sukeltų ligų diagnostavimo ir ambulatorinio gydymo metodai, kuriuos finansuoja Privalomasis sveikatos draudimo fondas*

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras (2010). *Žmogaus imunodeficito viruso infekcijos diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašas*. Nepatvirtintas projektas

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (2010). *Epidemiologinė ŽIV/AIDS padėtis Lietuvoje*

Privalomasis sveikatos draudimo fondas (2008). *Ligonių kasos: 2007 m. apžvalga*

Privalomasis sveikatos draudimo fondas (2010a). *PSDF pranešimo ištrauka*. PowerPoint formato pranešimas, pateiktas vertintojų grupei

Privalomasis sveikatos draudimo fondas (2010b). *ARV kainos 2003 -2009 m.* (lietuvių kalba)

Lietuvos Respublika (1996). *Žmogaus užkrečiamųjų ligų prevencijos ir kontrolės įstatymo papildymo įstatymas*

UNODC, JTAIDS ir PSO (2009b). *ŽIV tyrimai ir konsultavimas įkalinimo įstaigose ir kitose uždaroje įstaigose: techninis dokumentas*

UNODC (2010). *ŠNV ŽIV tyrimai Lietuvoje 2009 m.: žemo slenksčio paslaugų ir farmakologinio gydymo teikėjų apklausa*

Uscila, R. ir Malinauskaitė, A. (2009). *Socialinės ir sveikatos priežiūros paslaugos laisvės atėmimo bausmės atlikusiems asmenims*. Skelbiama tinklalapyje: http://www.unodc.org/documents/balticstates/Library/PrisonSettings/CoalitionResearch/CoalitionReport_Summary_EN.pdf

Uždavinienė, V. (2008). *Antiretrovirusinio gydymo prieinamumas ŽIV užsikrėtusiems švirkščiamųjų narkotikų vartotojams Lietuvoje*. UNODC ataskaita

PSO (2001). *ŽIV kalėjimuose: aktuali naujosioms nepriklausomos šalims chrestomatija*

PSO (2007). *Sveikata kalėjimuose: PSO rekomendacijos dėl esminių sveikatos kalėjimuose klausimų*

PSO (2009). *Skubus patarimas: antiretrovirusinis ŽIV infekcijos tarp suaugusiųjų ir paauglių gydymas*

PSO (2010). *Pasaulinis kainų ataskaitų mechanizmas*. Skelbiama tinklalapyje: <http://www.who.int/hiv/amds/gprm/en/index.html>

PSO (be datos). *Nacionalinis sveikatos balansas: proporcijos ir lygmuo kiekvienam žmogui: 2003-2007m.* Excel formato failas be pavadinimo

PSO, Latvijos SAM ir Europos sveikatos sistemų ir politikos stebėjimas (2009a) *Sveikatos sistemos reakcija į pasaulinę ekonominę krizę: Sveikatos politikos galimybių ir strategijos nagrinėjimas*, 6-asis Baltijos politikos dialogas

PSO, UNODC ir JTAIDS (2004). *Pakaitinė palaikomoji terapija opioidų priklausomybei ir ŽIV/AIDS prevencijai valdyti*. Skelbiama tinklalapyje: http://www.unodc.org/docs/treatment/Brochure_E.pdf

PSO, UNODC ir JTAIDS (2007a) *Veiksmų būtinumo įrodymai, techniniai dokumentai: ŽIV intervencijos kalėjimuose: ŽIV priežiūra, gydymas ir parama*

PSO, UNODC ir JTAIDS (2007b). *Veiksmų būtinumo įrodymai, techniniai dokumentai: ŽIV intervencijų kalėjimuose efektyvumas*

PSO, UNODC ir JTAIDS (2009b). *Techninės rekomendacijos, kaip numatyti tikslus, siekiant visuotinio ŽIV prevencijos, gydymo ir priežiūros švirkščiamųjų narkotikų vartotojams prieinamumo*

Pasaulio bankas (2009). *Lietuva: socialinio sektoriaus visuomeninių sąnaudų apžvalga*. Ataskaita Nr. 48604-LT

Kai kuriuos papildomus dokumentus apie gydymą antiretrovirusiniais vaistais pateikė VŠĮ Centro poliklinika.

3 PRIEDAS: DARBO UŽDUOTIS

ŽIV ligos gydymo ir priežiūros prieinamumo Lietuvoje vertinimas

Pagrindimas:

Vykstant sveikatos apsaugos sistemos reorganizacijai 2009 m. Lietuvoje, pagrindinė ŽIV/AIDS prevencijos ir priežiūros institucija, teikusi asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, sujungta su Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės centru į Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centrą, kuris šiuo metu teikia visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas. ŽIV užsikrėtusiųjų asmenų gydymas perduodamas asmens sveikatos priežiūros įstaigoms.

ŽIV gydymas bendruomenėje kompensuojamas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, tačiau įkalinimo įstaigose esančių, AIDS sergančių asmenų gydymas ir priežiūra, pagal galiojančius teisės aktus, finansuojama iš Kalėjimų departamentui numatyto ir jo administruojamo biudžeto⁵, kas sukelia papildomų kliūčių, galinčių lemti teikiamų paslaugų kiekį ir įtakoti jo kokybę. Kitas svarbus aspektas – antiretrovirusinių vaistų (toliau ARV) kainos skirtumai bendruomenėje ir laisvės atėmimo vietose, todėl reikalinga ieškoti galimybių jų įsigijimui centralizuotu būdu. Akivaizdu, kad stinga bendrų veiksmų reglamentavimo ir koordinavimo tarp Sveikatos apsaugos, Teisingumo ir Vidaus reikalų ministerijų ir, aiškaus vaidmenų bei atsakomybės pasiskirstymo teikiant sveikatos priežiūros paslaugas kalinimo įstaigų sistemoje⁶.

Šiuo metu Lietuvoje pagrindinis strateginis dokumentas ŽIV/AIDS prevencijos ir kontrolės srityje – Valstybinė ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003–2008 metų programa, yra pasibaigusi. Nauja darbo grupės parengta ir su strateginiais partneriais suderinta Valstybinė ŽIV/AIDS ir lytiškai plintančių infekcijų profilaktikos ir kontrolės 2009–2012 metų programa, nepatvirtinta. Nauja programa parengta tik iš dalies atsižvelgus į Jungtinių Tautų Narkotikų ir Nusikalstamumo biuro (UNODC) bei AIDS Strategijos ir veiksmų plano tarnybos (ASAP) pateiktas rekomendacijas. Esant tokiai situacijai sveikatos priežiūros sistemoje bei ekonominei krizei, daugėja ženklų, kad universali prieiga prie ŽIV/AIDS gydymo ir priežiūros paslaugų Lietuvoje gali patirti rimtų kliūčių dėl finansavimo ir planavimo trūkumo.

Vertinimo tikslas – suteikti praktinę paramą Lietuvai vertinant ŽIV ligos gydymo ir priežiūros įgyvendinimą artimiausioje ateityje, sunkios ekonominės situacijos šalyje ir ribotų sveikatos apsaugos sektoriaus išteklių kontekste. Šiuo aspektu, vertinimas turi išanalizuoti, įvertinti ir pateikti rekomendacijas dėl trijų pagrindinių sričių: esamos sveikatos priežiūros struktūros ir sistemos, aprėpties ir ŽIV ligos gydymo paslaugų kokybės, lėšų, skirtų ARV gydymui bei vaistų viešųjų pirkimų politikos.

⁵ Uždavinienė V. (2007). Antiretrovirusinio gydymo prieinamumas ŽIV užsikrėtusiems švirkščiamųjų narkotikų vartotojams.

⁶ R.Uscila, D.Juodkaitė, H. Stöver (2008). Lietuvos įstatymų ir bendrosios strategijos dėl ŽIV/AIDS prevencijos ir priežiūros tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų laisvės atėmimo vietose tyrimas.

Šio vertinimo per UNODC projektą „ŽIV/AIDS prevencija ir priežiūra tarp švirkščiamų narkotikų vartotojų bei nuteistųjų Lietuvoje, Estijoje ir Latvijoje“ pageidauja LR Sveikatos apsaugos ministerija.

Pagrindinės vertinimo temos:

1. Struktūra, sistema ir organizacinė plėtra.

- 1.1.** Sveikatos priežiūros sistemos ir paslaugų gyvenantiems su ŽIV/AIDS ryšys;
- 1.2.** Pagrindinių institucijų, dalyvaujančių ŽIV ligos gydyme, įvertinimas;
- 1.3.** ŽIV ligos gydymo bendruomenėje ir įkalinimo įstaigose valdymas ir koordinavimas;
- 1.4.** Nacionalinio finansavimo planai ir finansiniai srutai dėl ŽIV testavimo ir gydymo;
- 1.5.** Organizacinė plėtra ir koordinuojančių bei sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių institucijų gebėjimų didinimas.

Pagrindiniai klausimai dėl 1.1-1.5 punktų:

1. Kokie yra Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos ir institucijų gebėjimai?
2. Kiek buvo padidinti gebėjimai šioje srityje pastaraisiais metais?
3. Ar esamos sveikatos priežiūros struktūros remia poreikį ir garantuoja, siekiant užtikrinti universalią prieigą prie ŽIV ligos gydymo Lietuvoje?
4. Kokios stipriosios ir silpnosios sukurtos sveikatos priežiūros sistemos pusės?
5. Ar yra sveikatos priežiūros sistemos sričių, reikalingų peržiūrėjimo/restruktūrizacijos, spragų, kurias reikėtų užpildyti ar nereikalingų praktikų, kurių reikėtų atsisakyti?
6. Ko reikia, siekiant universalios prieigos prie ŽIV ligos gydymo?

1.6. Sveikatos priežiūros paslaugų integracija

Pagrindiniai klausimai dėl 1.6 punkto:

1. Kokia apimtimi ŽIV ir AIDS paslaugos integruotos su kitomis susijusiomis sveikatos priežiūros paslaugomis (TB, priklausomybių gydymas, HCV, LPI, prenatalinė priežiūra, kt.)?
2. Kokios yra pagrindinės spragos ir teigiami pokyčiai skirtingų sveikatos priežiūros paslaugų integravime?
3. Ar užtikrinamas ŽIV ligos gydymo tęstinumas tarp bendruomenės, teritorinių policijos įstaigų areštinių ir įkalinimo įstaigų ir atvirkščiai?

1.7. Gyvenančiųjų su ŽIV/AIDS įtraukimas

Pagrindiniai klausimai dėl 1.7 punkto:

1. Ar gyvenantys su ŽIV/AIDS yra įtraukiami į sveikatos priežiūros paslaugų planavimą, sprendimų priėmimą ir monitoringą?
2. Ar gyvenantys su ŽIV/AIDS bei kitos NVO yra įtraukiamos į švietimą ir paramos bei priežiūros teikimą?

1.8. Antiretrovirusinių vaistų (ARV) pirkimas ir kainos

Pagrindiniai klausimai dėl 1.8 punkto:

1. Ar esama viešųjų pirkimų sistema efektyviai užtikrina ŽIV ligos gydymo kokybę ir ekonominį efektyvumą?
2. Kokios yra galimybės sumažinti ŽIV ligos gydymo išlaidas Lietuvoje?

2. Prieinamumas prie ŽIV ligos gydymo ir priežiūros, paslaugų aprėptis ir kokybė.

- 2.1. Gyvenančiųjų su ŽIV/AIDS sveikatos priežiūra – paciento monitoringas, ankstyvas rezistentiškumo ARV monitoringas, ARV tiekimas, ryšys su TB, HCV ir LPI, gyvenančiųjų su ŽIV/AIDS įtraukimas į sveikatos priežiūros sistemą;
3. Psichosocialinė parama gyvenantiems su ŽIV/AIDS ir atvejo valdymas;
4. Gydymo geografinis prieinamumas (įskaitant, savivaldybes ir įkalinimo įstaigas);
5. Teisingumo ir nediskriminavimo principas (egzistuojantys neprieinamumo kriterijai, pvz., sveikatos draudimas, narkotikų vartojimas, kt.);
6. Atitikimas PSO klinikiniais protokolais ir gerajai ŽIV ligos gydymo praktikai;
7. Monitoringas, vertinimas ir kokybės užtikrinimo sistema.

Pagrindiniai klausimai dėl kiekvieno 2.1-2.6 punktų:

1. Ar ŽIV ligos gydymas prieinamas visiems, kuriems jis reikalingas, įskaitant ŠNV ir nuteistuosius?
2. Kokie yra trukdžiai, susiję su sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu?
3. Ar sveikatos priežiūros paslaugų kokybė yra pakankama, siekiant gydymo rezultatų?
4. Kas reikalinga siekiant pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę?
5. Kokios spragos yra esančioje sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimo sistemoje?

Metodai

Vertinimo metodai:

- Dokumentų, ataskaitų, kitų duomenų, susijusių su ŽIV/AIDS problema Lietuvoje analizė. Informacija bus analizuojama iš šių nacionalinių institucijų (būtent, Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa prie SAM, Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, VšĮ Respublikinė tuberkuliozės ir infekcinių ligų universitetinė ligoninė, Valstybinė medicinos audito inspekcija prie SAM; Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie SAM, Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie SAM, Teisingumo ministerija, Kalėjimų departamentas prie LR Teisingumo ministerijos, kt.) iš anksto paprašius per šalies UNODC ar SAM.
- Interviu su pagrindiniais pasirinktos organizacijos specialistais vizito metu. Pagrindiniai respondentai bus įvairių ministerijų ir institucijų atstovai (Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa prie SAM, Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, VšĮ Respublikinė tuberkuliozės ir infekcinių ligų universitetinė ligoninė, Valstybinė medicinos audito inspekcija prie SAM; Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie SAM, Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie SAM, Teisingumo ministerija, Kalėjimų departamentas prie LR Teisingumo ministerijos, NVO, kt.) Organizacijos bus pasirinktos vertinimo ekspertams bendradarbiaujant su Sveikatos apsaugos ministerija.

Vertinimas turi apimti:

- Organizacinė plėtra;
- Sveikatos priežiūros sistemos analizė (įskaitant finansus);
- Nacionalinių programų planavimas ir įgyvendinimas;
- Visuomenės sveikatos gebėjimų stiprinimas;
- Institucinė parama NVO;
- NVO struktūra ir gebėjimai;
- ŽIV ligos gydymas ir priežiūra;
- Sveikatos priežiūros paslaugų pasiekiamumas ir įtaka rizikos grupėms;
- Sveikatos priežiūros sistema;
- Užkrečiamosios ligos, susiję su ŽIV/AIDS.

Bendradarbiavimas:

- Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regiono biuras ir biuras Lietuvoje;
- Nepriklausomi sveikatos priežiūros sistemos, ŽIV ligos gydymo, finansavimo ir medikamentų įsigijimo ekspertai;
- UNODC biuras Baltijos šalims;
- Sveikatos apsaugos ministerija;
- Valstybinė ligonių kasa prie SAM,
- Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras;
- VšĮ Respublikinė tuberkuliozės ir infekcinių ligų universitetinė ligoninė;
- Valstybinė medicinos audito inspekcija prie SAM;
- Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie SAM;
- Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie SAM;
- Teisingumo ministerija;
- Kalėjų departamentas prie LR Teisingumo ministerijos;
- NVO, pvz., Pozityvus gyvenimas, ŽIV/AIDS paveiktų moterų ir jų artimųjų asociacija, kt.

Terminai:

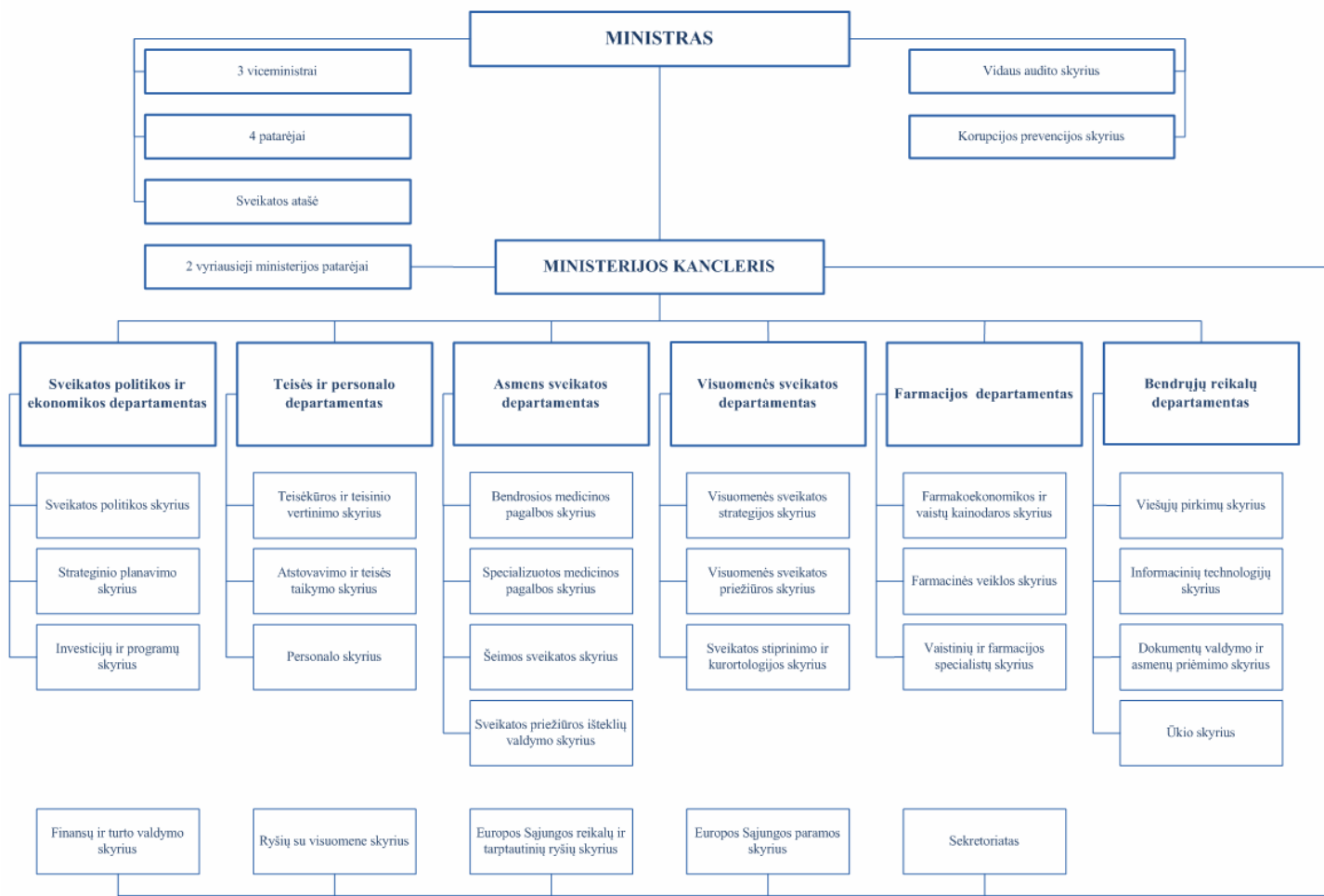
- 2010 m. vasaris: Preliminarios numatytų dokumentų, ataskaitų, tyrimų, kt. apžvalgos ir susitikimų plano Lietuvoje parengimas.
- 2010 m. kovas: Vizitas Lietuvoje ir interviu su pasirinktais specialistais.
- 2010 kovas: Ataskaitos parengimas (išvados ir rekomendacijos). Ataskaitos projektas iki 2010 m. kovo 31 d.
- Ataskaitos pristatymas ir diskusija su pagrindiniais suinteresuotais partneriais.

Rezultatas

Misijos Lietuvoje pabaigoje, bus surengta diskusija SAM su suinteresuotais partneriais, siekiant patikslinti preliminarią ataskaitą ir rezultatus. Vertinimo misijos rezultatas – raštiška ataskaita, kuri turi būti struktūruota pagal darbo / reikalavimų užduotyje nurodytas sritis. Kiekvienam srities klausimui turi būti pateiktas atsakymas su rekomendacija. Ataskaitoje turi būti pateiktas dokumentų, organizacijų ir asmenų, dalyvavusių interviu, sąrašas.

4 PRIEDAS: LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS STRUKTŪRA

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
2009 m. rugsėjo 11 d. įsakymu Nr. K-135



5 PRIEDAS. SIŪLOMA DARBO GRUPĖS ŽIV ATSPARUMUI VAISTAMS TIRTI LIETUVOJE DARBO UŽDUOTIS IR VEIKLOS SRITYS

Rekomenduojama šios darbo grupės darbo užduotis – nacionalinės ŽIV atsparumo vaistams prevencijos, stebėsenos ir monitoringo strategijos parengimas ir vykdymas bei biudžeto veiklai vykdyti formavimas.

ŽIV atsparumo vaistams darbo grupės specifinės veiklos sritys turėtų būti šios:

1. Darbo grupė turėtų imtis atsakomybės peržiūrėti nacionalinę ŽIV atsparumo vaistams prevencijos priemonių programą ir parengti ŽIV atsparumo vaistams vystymosi „ankstyvojo perspėjimo“ ženklų monitoringo planą, pvz., užtikrinti vaistų skyrimo praktikos, ARG kokybės, gydymo režimo laikymosi, išgyvenamumo, gydymo nesėkmių, aprūpinimo pertrūkių ir pan. monitoringą.
2. Viena specializuota nacionalinė ŽIV molekulinio diagnostavimo laboratorija turėtų būti atsakinga už rekomendacijų ir pasiūlymų, kaip reikia atlikti atsparių vaistams ŽIV genotipavimo tyrimus, bei standartinės Lietuvos laboratorijų kokybės vertinimo ir kontrolės programos parengimą.
3. Vyriausiasis virusologas turėtų būti atsakingas už laboratorijos darbą ir ŽIV atsparumo vaistams tyrimų atlikimą.
4. PSO rekomenduojamų nacionalinių tyrimų atlikimas (žemiau).
5. Kiekvienais metais turi būti parengta ŽIV atsparumo vaistams šalyje vystymosi vertinimo ataskaita raštu siekiant informuoti visus suinteresuotus asmenis. Ataskaitoje taip pat turėtų būti pateiktos rekomendacijos, kaip reikia interpretuoti rezultatus ir pasiūlymai, ką reikėtų daryti nacionalinei antiretrovirusinio gydymo programai plėtoti, siekiant sumažinti ŽIV atsparumo vaistams vystymąsi, ir pagal galimybes dalyvauti rengiant nacionalines ARG rekomendacijas bei formuojant politiką.

PSO nerekomenduoja atlikti ŽIV atsparumo vaistams tyrimų atskirais atvejais skiriant gydymą, kol nebus įdiegta nacionalinė ŽIV atsparumo vaistams strategija.

PSO rekomenduoja atlikti dviejų rūšių tyrimus, kurie padėtų pradėti vertinti Lietuvos ŽIV atsparumo vaistams padėtį:

1. *Atsparaus vaistams ŽI viruso plitimo stebėsenos tyrimas:*
 - Tikslas: nustatyti esamą atsparaus vaistams ŽIV paplitimą.
 - Uždavinys: išsiaiškinti atsparaus vaistams ŽIV paplitimą dabartinėse ŽIV rizikos grupėse ir tam tikrose teritorijose.
 - Tyrimo grupė: renkami esamų didžiausio ŽIV paplitimo grupių mėginiai.

- Tyrimo pobūdis: ŽIV atsparumo vaistams slenksčio tyrimas.
- Tyrimo vieta: pradžioje galima būtų parinkti vieną vietą (Vilnių).
- Kitais metais šį slenksčio tyrimą reikėtų atlikti kitoje vietoje.

2. *Atsparaus vaistams ŽIV paplitimo ir atvejų skaičiaus grupėse, kurioms reikia ARG, monitoringas*

- Tikslas: kontroliuoti, kaip sekasi užkirsti kelią atsparumo vystymuisi grupėse, kurios gydomos antiretrovirusiniais vaistais.
- Uždavinys: registruoti ARG programų rodiklius siekiant nustatyti, ar jos padeda mažinti ŽIV atsparumo vaistams vystymąsi, ir įvertinti viruso mutacijų, sukeliančių atsparumą, požymius tarp pacientų, vartojančių pirmo pasirinkimo gydymo režimo vaistus pasirinktuose stebėti centruose.
- Tyrimo grupė: gydomų ir pradedančių gydytis antiretrovirusiniais vaistais asmenų kraujo mėginiai.
- Tyrimo modelis: kohortų stebėsenos analizė, atliekant viruso kiekio ir ŽIV atsparumo vaistams tyrimus kas dvylika ar 24 mėnesius arba kai pereinama prie antro pasirinkimo ARG režimo. Kohortos dydis nustatomas pagal tyrimo modelio gebos analizės rezultatus (maždaug 100-200 pacientų).
- Vieta: vietos parenkamos taip, kad atspindėtų gydymo paslaugų tam tikrose geografinėse vietovėse įvairovę. Idealiu atveju, šiose vietose turėtų būti galimybė atlikti CD4 ir viruso kiekio tyrimus paskesnei pacientų stebėsenai. Be to, turi būti įdiegta atskirų pacientų priežiūros ir gydymo monitoringo sistema.

