



РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ БАЗОВОЙ ОЦЕНКИ  
В РАМКАХ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ  
«ПАРТНЁРСТВО РАДИ РАВНОГО ДОСТУПА  
К УСЛУГАМ В СВЯЗИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ»

МБО «ВОСТОЧНОЕВРОПЕЙСКОЕ  
И ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ ЛЮДЕЙ,  
ЖИВУЩИХ С ВИЧ»

2018 г.





РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ БАЗОВОЙ ОЦЕНКИ  
В РАМКАХ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ  
«ПАРТНЁРСТВО РАДИ РАВНОГО ДОСТУПА  
К УСЛУГАМ В СВЯЗИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ  
В РЕГИОНЕ ВЕЦА»

МБО «ВОСТОЧНОЕВРОПЕЙСКОЕ  
И ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ ЛЮДЕЙ,  
ЖИВУЩИХ С ВИЧ

Сентябрь 2017 г.



Указанные в документе убеждения являются убеждениями авторов и не представляют собой убеждений или взглядов Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, кроме того, не имеет место какое-либо, прямое или подразумеваемое, одобрение или санкционирование данных материалов Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией

## БЛАГОДАРНОСТЬ

МБО «Восточноевропейское и Центральноазиатское объединение людей, живущих с ВИЧ» выражает благодарность за помощь и участие в подготовке отчета: Европейской коалиции по борьбе с туберкулезом, Евразийской сети людей, употребляющих наркотики (ЕСЛУН), Сети организаций по защите прав работников сферы сексуальных услуг (SWAN), Евразийской сети снижения вреда (ЕССВ), Евразийской коалиции по мужскому здоровью (ЕКОМ), Евразийской женской сети по СПИДу (ЕЖСС), ВОЗ, UNAIDS, Институту Кирби по вопросам инфекции и иммунитета в обществе.

## СОДЕРЖАНИЕ

Информация об организации и проекте	8
Введение	9
Цель и охват базовой оценки	11
Методология / подход	12
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Обзор барьеров, препятствующих доступу к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией для ЛЖВ, ЛУИН, СР и МСМ	17
Глава 1. Обзор барьеров доступа к услугам лечения ВИЧ в Азербайджане, Беларуси, Казахстане, Кыргызстане, Российской Федерации, Эстонии, Узбекистане	22
• Азербайджанская Республика	23
• Республика Беларусь	34
• Республика Казахстан	46
• Кыргызская Республика	54
• Российская Федерация	64
• Республика Узбекистан	74
• Эстонская Республика	81
Глава 2. Краткий анализ доступа к услугам лечения ВИЧ – инфекции в Армении, Грузии, Латвии, Литве, Молдове, Таджикистане, Украине	88
Основные результаты исследования	106
Общие направления для адвокации в странах ВЕЦА	108
Список литературы (приложение к «Обзору барьеров»)	109
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Мнение членов сообществ ЛЖВ о барьерах, препятствующих доступу к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией	114
РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОТЧЕТ «Программные пробелы и дефицит финансирования для ключевых групп населения в выбранных странах Восточной Европы и Центральной Азии»	125
Охват услугами в связи с ВИЧ и расходы	130
Расходы на ВИЧ по программным областям	138
ВИЧ услуги: стоимость единицы	140
Решение пробелов в финансировании	141
Обсуждение	146
Ограничения	149
Выводы	151
Список литературы	153
ТАБЛИЦА 1. Покрытие КГН услугами профилактики	158
ТАБЛИЦА 2. Покрытие КГН тестированием	160
ТАБЛИЦА 3. Каскад лечения ВИЧ-инфекции	162

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АРВ	Антиретровирусный
АРТ	Антиретровирусная терапия
ВЕЦА	Восточная Европа и Центральная Азия
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВЦО ЛЖВ	Восточноевропейское и Центральноеазиатское объединение людей, живущих с ВИЧ
ГФСТМ	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ГО	Государственная организация
ЕССВ	Евразийская сеть снижения вреда
ИИ	Ингибитор интегразы
ИП	Ингибитор протеазы
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
КГН	Ключевые группы населения
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
ЛЖВ/ТБ	Люди, живущие с ВИЧ и коинфицированные туберкулезом
ЛПУ	Лечебно-профилактические учреждения
ЛУН	Люди, употребляющие наркотики
ЛУИН	Люди, употребляющие инъекционные наркотики
МСМ	Мужчины, имеющие секс с мужчинами
НИОТ	Нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы
ННИОТ	Ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы
НПО	Неправительственная организация
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПОШ	Программа обмена игл и шприцев
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
СР	Секс-работники
ЮНЭЙДС	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДУ
Центр СПИД	Центр профилактики и борьбы с ВИЧ-инфекцией/СПИДом
ТБ	Туберкулез
ФГ	Фокус-группа

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ И О ПРОЕКТЕ

Международная благотворительная организация «Восточноевропейское и Центральноеазиатское объединение людей, живущих с ВИЧ» (далее — ВЦО ЛЖВ) создана в 2005 году и официально зарегистрирована в 2007 году.

ВЦО ЛЖВ является региональной партнёрской организацией, основанной ЛЖВ для ЛЖВ. ВЦО ЛЖВ объединяет сообщества ЛЖВ из 15 стран Восточной Европы и Центральной Азии для повышения их влияния на расширение доступа к лечению ВИЧ-инфекции для всех людей, которые в этом нуждаются, через использование действенных региональных и международных инструментов. Секретариат ВЦО ЛЖВ находится в Киеве (Украина).

Региональный проект «Партнёрство ради равного доступа к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией в Восточной Европе и Центральной Азии» реализуется в партнёрстве с Евразийской сетью снижения вреда при технической поддержке Всемирной организации здравоохранения и Объединённой программы Организации Объединённых Наций по ВИЧ/СПИДу. Проект был одобрен в рамках Новой модели финансирования ГФСТМ.

Целью регионального проекта является повышение эффективности, доступности и устойчивости программ лечения ВИЧ-инфекции через содействие обеспечению непрерывной помощи при ВИЧ-инфекции для ЛЖВ с особым фокусом на КГН в регионе ВЕЦА.

Цель проекта предполагается достичь путем сочетания мероприятий на региональном и национальном уровнях, а также укрепления взаимодействия между сообществами, профильными министерствами, ведомствами и учреждениями, международными и национальными организациями и техническими партнерами. Одним из первых шагов реализации проекта является проведение обзора барьеров, с которыми сталкиваются ЛЖВ, ЛЖВ/ТБ, а также КГН в рамках доступа к непрерывной помощи в связи с ВИЧ-инфекцией.

## ВВЕДЕНИЕ

«Еще в 2010 году на XVIII Международной конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Вене мы обращали внимание мировой общественности на печальную ситуацию с эпидемией ВИЧ в нашем регионе при помощи информационной кампании «Нас умирает меньше, но мы умираем быстрее!», — отметил Владимир Жовтяк, Президент ВЦО ЛЖВ в позиционном заявлении сообществ ВЕЦА по ситуации с ВИЧ в регионе в 2016 году. — Прошло шесть лет и ситуация не улучшается. Только за последний год число новых случаев инфицирования ВИЧ возросло на 57%, за последние 15 лет наблюдается трехкратное увеличение смертности в результате СПИДа и, к сожалению, это закономерный результат при 20% охвате жизненно важным АРВ-лечением, которое не только продлевает и улучшает качество жизни людей, но и предотвращает распространение вируса дальше!».

В ноябре 2014 года UNAIDS представила модель остановки распространения эпидемии ВИЧ — инфекции до 2030 года. Для этого необходимо, чтобы к 2020 году в мире 90% ВИЧ-инфицированных знали о своем диагнозе, 90% получали лечение и 90% имели неопределимую вирусную нагрузку. Усилия мирового сообщества направлены на достижение целей, поставленных для преодоления эпидемии ВИЧ — инфекции по всему миру. «Но успеха в борьбе с эпидемией в Восточной Европе и Центральной Азии не добились, — заявил помощник генерального директора ВОЗ по ВИЧ/СПИДу Рен Минхой. — Скорость распространения инфекции меньше, чем десять лет назад, но наблюдается волнующая нас тенденция». Ситуацию в странах ВЕЦА помощник генсека ООН, заместитель исполнительного директора UNAIDS Луис Лурес назвал «специальной, которая заставляет принять особые меры, так как обычные не работают».

Действительно, согласно показателям глобальной статистики UNAIDS, число людей, живущих с ВИЧ в странах ВЕЦА, на 2015 год оценивается в 1,5 миллиона, количество новых случаев инфицирования ВИЧ — около 190000, а общее число смертей, связанных с ВИЧ — инфекцией, достигло 47000. При этом общее число людей, получающих АРТ, здесь равняется 320000.

Регион Восточной Европы и Центральной Азии в 2015 году обнаруживает угрожающую тенденцию, которая четко просматривается в крайне неблагоприятном сочетании показателей: 57% роста числа новых случаев инфицирования ВИЧ в период с 2010 по 2015 год и 22% роста числа смертей в связи со СПИДом в том же периоде. Процент взрослых людей, живущих с ВИЧ — инфекцией и получающих АРТ, оценивается в 21%. И это при том, что к региону ВЕЦА относится Российская Федерация — огромная в плане территории и населения страна с официально признанным низким уровнем охвата тестированием населения на наличие ВИЧ-инфекции. То есть реальные цифры роста эпидемии ВИЧ в регионе могут быть значительно выше.

«На основании классификации ВОЗ можно говорить, что в России в отдельных регионах развивается генерализованная стадия эпидемии ВИЧ-инфекции, — заявила в ходе V Международной конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии старший научный сотрудник Федерального центра по борьбе со СПИДом Роспотребнадзора Наталья Ладная. — В России в основном она распространяется в регионах с наибольшим населением, наиболее экономически успешных и наиболее крупных». В свою очередь, министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова на открытии конференции заявила, что «географическое

расположение наиболее пораженных ВИЧ-инфекцией регионов совпадает с основными маршрутами наркотрафика в стране». Более 80 процентов всех новых случаев ВИЧ отмечаются в России. Эксперты объясняют это недостатком профилактических программ, особенно среди потребителей инъекционных наркотиков. На них приходится более половины новых случаев заражения ВИЧ во всем постсоветском регионе. Россия также не поддерживает рекомендуемую ООН опиоидную заместительную терапию, которая предполагает прием наркозависимыми метадона вместо употребляемого наркотика.

Все это позволяет прогнозировать, что ситуация с распространенностью ВИЧ - инфекции в регионе ВЕЦА в целом может значительно усугубиться в ближайшем будущем.

Адвокационные действия оказывают влияние на доступность услуг здравоохранения опосредовано — через создание и укрепление законодательных и социальных норм, облегчающих доступ к услугам и снижающих уровень дискриминации в отношении тех, кто в них нуждается. Результаты адвокационной деятельности всегда проявляются спустя значительное время (месяцы, а иногда и годы — столько времени требуется для изменения законов и социальных норм) и чаще всего носят комплексный характер, ведут к изменениям в нескольких связанных друг с другом областях.

Деятельность в рамках региональной программы связана с созданием благоприятных условий для повышения эффективности, доступности, устойчивости и расширения масштабов программ лечения ВИЧ-инфекции в регионе ВЕЦА с особым акцентом на КГН.

Учитывая адвокационную и техническую направленность мероприятий проекта, невозможно использовать количественный подход к оценке воздействия и результатов программы путем оценки изменений в распространенности ВИЧ-инфекции, заболеваемости, смертности; поэтому для оценки воздействия и результатов программы был разработан качественный подход, описанный ниже.

## ЦЕЛЬ И ОХВАТ БАЗОВОЙ ОЦЕНКИ

**ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ОЦЕНКИ** — собрать ключевые данные, отражающие текущую ситуацию с обеспечением устойчивого доступа к континууму услуг в связи с ВИЧ-инфекцией в странах-участницах регионального проекта ВЦО ЛЖВ (далее — Проекта), на основании которых будет оценено влияние проекта после его завершения.

Кроме этого, базовая оценка способствует формированию доказательной базы для проведения диалога с ключевыми партнёрами на национальном и региональном уровнях и поможет определить фокус адвокационных усилий на национальном уровне.

**ГЕОГРАФИЯ ОЦЕНКИ:** базовая оценка проведена (в полном варианте) в Азербайджане, Беларуси, Казахстане, Кыргызстане, России, Эстонии и Узбекистане. В остальных странах реализации Проекта (Армения, Грузия, Латвия, Литва, Молдова, Таджикистан, Украина) была выполнена частичная оценка — определение каскада услуг и выявление барьеров к достижению целей стратегии «90–90–90». Оценка в Туркменистане не проводилась по причине ограниченного количества информации по вопросам, освещаемым в обзоре.

## МЕТОДОЛОГИЯ / ПОДХОД

### ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ВОПРОСЫ

Для проведения базовой оценки использованы качественные и количественные методы, которые описывают ситуацию с обеспечением континуума услуг в связи с ВИЧ-инфекцией на начало и по завершении Проекта, согласно определённым ранее ключевым вопросам к каждой из задач Проекта (Табл. 1):

**ТАБЛ. 1: ЭЛЕМЕНТЫ ОЦЕНКИ И ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ БАЗОВОЙ И ФИНАЛЬНОЙ ОЦЕНОК**

Элементы и вопросы	Части базовой оценки
<i>1. Барьеры в континууме лечения ВИЧ для ЛЖВ, в том числе КГН (задача Проекта 1: «Создать условия на национальном и региональном уровнях для улучшения связей между основными этапами предоставления непрерывной помощи при ВИЧ...»)</i>	
1.1. Каковы основные барьеры (законодательные/нормативно-правовые, организационные, финансовые, социальные), которые негативно влияют на континуум лечения ВИЧ для ЛЖВ, в том числе КГН? Разработаны ли способы преодоления этих барьеров как результат деятельности проекта?	А. Обзор барьеров (приложение 1); Б. Мнение членов сообществ ЛЖВ о барьерах, препятствующих доступу к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией (приложение 2)
1.2. Каково удержание людей на АРТ, в том числе КГН, и в чём состоят главные причины потерь при переходе по ступеням континуума? Изменилось ли оно после внедрения гранта?	
<i>2. Устойчивость континуума лечения ВИЧ (задача Проекта 2: «Адвокатировать обеспечение перехода к стратегической устойчивости государственного финансирования предоставления непрерывной помощи при ВИЧ»)</i>	
2.1. Создали ли страны функционирующие механизмы для устойчивого финансирования услуг, связанных с континуумом ВИЧ (профилактика, уход и лечение)?	В. Оценка финансовых барьеров и оценка потребностей в финансировании – выполнена ЕССВ (приложение 3)
2.2. Существуют ли значимые усилия национальных правительств для поддержки устойчивого государственного финансирования всех элементов континуума лечения ВИЧ, в том числе для КГН?	
2.3. Как распределение финансирования для каждого элемента континуума лечения ВИЧ изменилось в результате усилий, предпринятых сообществом?	

## МЕТОДЫ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ

Сбор данных не предусматривал проведения исследований в количественной методологии. Собираемые данные носят преимущественно качественный, описательный характер, предполагая использование вторичного анализа литературы (нормативно-правовые акты, документация национальных партнёров, результаты страновых исследований), проведение дискуссий в ФГ и полуструктурированных интервью. Количественные эпидемиологические данные получены из официальной статистики стран, отчетов стран в СГАООН, оценок, проведенных ВОЗ, UNAIDS, UNDP, UNICEF и другими международными агентствами и проектами.

### А. ОБЗОР БАРЬЕРОВ (ПРИЛОЖЕНИЕ 1)

Обзор барьеров подготовлен на основе вторичного анализа доступной информации и данных ФГ в странах, включает в себя подробный анализ барьеров доступа к услугам лечения ВИЧ в 7 странах (Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Россия, Узбекистан, Эстония), а также краткий анализ для 7 дополнительных стран (Армения, Грузия, Латвия, Литва, Молдова, Таджикистан, Украина).

Источники информации:

**1. Кабинетное исследование** — сбор и оценка существующих данных (официальная статистика, результаты исследований, проведенных в регионе, каскады доступа к услугам лечения в 14 странах, оценка социальных, политических и экономических причин выявленных барьеров в 7 странах), анализ документов в области законодательства, организации медицинской и социальной помощи, культурологические особенности, влияющие на формирование барьеров, препятствующих доступу к непрерывной помощи в связи с ВИЧ-инфекцией, для всех ЛЖВ, ЛЖВ/ТБ, в регионе ВЕЦА, по состоянию на конец 2014 г. По некоторым странам был проведен анализ каскада услуг на основании доступных данных за 2015 год.

По 14 странам был осуществлен анализ основных тенденций эпидемии по результатам рутинной статистики, эпидемиологического надзора и специальных исследований, определен профиль ключевых групп и их численность.

Был определен каскад лечения ВИЧ-инфекции для некоторых из 14 стран региона ВЕЦА. Каскад лечения для ключевых групп не был определен, так как в доступных для исследования документах нет данных по охватам услугами лечения отдельных КГН (за исключением неполных данных каскада по ЛУИН в Украине и Кыргызстане).

**2) Фокус — группы** были проведены с ключевыми информантами из 7 стран региона. Результаты позволили детально проанализировать барьеры на национальном уровне как с точки зрения провайдеров услуг, так и их клиентов.

## **Б. МНЕНИЕ ЧЛЕНОВ СООБЩЕСТВ ЛЖВ О БАРЬЕРАХ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИХ ДОСТУПУ К УСЛУГАМ В СВЯЗИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ (ПРИЛОЖЕНИЕ 2)**

Данное приложение представляет собой анализ мнения участников фокус-групп о причинах, которые способствуют ограничению доступности всего континуума услуг в связи с ВИЧ-инфекцией в странах региона ВЕЦА.

## **В. ОЦЕНКА ФИНАНСОВЫХ БАРЬЕРОВ И ИНВЕСТИЦИЙ (ПРИЛОЖЕНИЕ 3)**

Оценка финансовых барьеров представляет собой отдельное комплексное исследование, которое дает ответ на вопрос 2.2 («Существуют ли значимые усилия национальных правительств для поддержки устойчивого государственного финансирования всех элементов континуума лечения ВИЧ, в том числе для КГН?»). Результаты исследования базируются на проведении **кабинетного исследования** национальных документов, включая анализ национальных бюджетов и национальных программ по противодействию ВИЧ/СПИДу.

Оценка требуемых инвестиций была организована и проведена консультантами и сотрудниками Европейской Сети Снижения Вреда в 7 странах (Азербайджан, Беларусь, Эстония, Казахстан, Кыргызстан, Россия и Узбекистан).





Приложение 1

ОБЗОР БАРЬЕРОВ,  
ПРЕПЯТСТВУЮЩИХ ДОСТУПУ К УСЛУГАМ  
В СВЯЗИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ДЛЯ ЛЖВ,  
ЛУИН, СР И МСМ

## ВСТУПЛЕНИЕ

В регионе ВЕЦА продолжается рост числа новых случаев ВИЧ-инфекции. Ключевой тенденцией эпидемии является изменение преобладающих путей передачи ВИЧ: на смену парентеральному пути, начиная с 2011 года в большинстве стран пришел половой путь. За период 2004–2013 гг. рост гетеросексуальной передачи в странах ВЕЦА составил 195%, рост числа новых случаев среди МСМ составил 206%. Внедрение стратегий снижения вреда привело к стабилизации распространения ВИЧ — инфекции среди ЛУН/ЛУИН (уменьшение парентеральной передачи ВИЧ за период 2004–2013 гг. на 36%) (1).

В большинстве стран региона ВЕЦА на основании международного опыта разработаны и внедрены стратегии консультирования и тестирования, но в ряде стран (Россия, Беларусь) охват тестированием представителей КГН недостаточен. С другой стороны, в ряде стран сохраняется норма назначения АРТ при уровне иммуносупрессии менее 350 кл/мм<sup>3</sup>, что значительно ограничивает права пациентов на доступ к лечению (2). Стоимость годового курса АРВ — терапии первого ряда в 2013 году колебалась от 3834\$ в Эстонии до 187\$ в Кыргызстане (4). В большинстве стран региона не проводились исследования, направленные на оценку охвата услугами лечения ВИЧ — инфекции ЛЖВ и представителей КГН, на оценку приверженности, причин отрывов от медицинского наблюдения и АРТ.

В части стран (Эстония, Российская Федерация) отмечается значительное число отрывов от лечения, процент пациентов, достигших вирусной супрессии, критически низок, что приводит к риску формирования резистентных штаммов ВИЧ, росту смертности.

Одним из ключевых направлений деятельности ВИЧ — сервисных НПО в регионе ВЕЦА является адвокация доступа к услугам лечения на всех этапах для всех без исключения категорий ЛЖВ. ВЦО ЛЖВ в рамках регионального проекта “Партнерство ради равного доступа к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией в Восточной Европе и Центральной Азии” при поддержке ГФСТМ в 2016 году провела оценку барьеров, препятствующих доступу к непрерывной помощи в связи с ВИЧ-инфекцией ЛЖВ, ЛУИН, СР и МСМ с целью оказания помощи национальным НПО в разработке эффективной адвокационной стратегии.

## МЕТОДОЛОГИЯ ОБЗОРА БАРЬЕРОВ

Методология базируется на анализе вторичных данных: данных официальной статистики 14 стран ВЕЦА, страновых отчетов, аналитических записок, результатов биоповеденческих исследований и других релевантных документов, и дополняется результатами проведения ФГ и глубинных интервью в 7 странах (Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Российская Федерация, Узбекистан, Эстония), национальных протоколов лечения ВИЧ — инфекции и др. с целью определения системных барьеров в регионе ВЕЦА, препятствующих доступу к непрерывной помощи в связи с ВИЧ-инфекцией, для всех ЛЖВ, ЛЖВ/ТБ и отдельных КГН (ЛУИН, СР, МСМ). Сбор данных по дополнительным 7 странам (Армении, Грузии, Латвии, Литве, Молдове, Таджикистану и Украине) был ограничен анализом основных официальных страновых отчетов, построением каскадов лечения и определением ключевых барьеров (при наличии доступной информации).

Был осуществлен сравнительный анализ основных тенденций эпидемии на основании данных

рутинной статистики, эпидемиологического надзора и специальных исследований и подготовлен детальный анализ барьеров на национальном уровне, описаны национальные каскады лечения, подготовлены направления для адвокационной деятельности на национальном уровне по их преодолению для Азербайджана, Беларуси, Казахстана, Кыргызстана, России, Узбекистана и Эстонии. Для неприоритетных для реализации проекта 7 стран были построены каскады лечения и определены ключевые барьеры.

**Цель обзора: определить системные барьеры (законодательные, политические, экономические, организационные, медицинские, социальные, культурные, и прочие) в регионе ВЕЦА, препятствующие доступу к непрерывной помощи в связи с ВИЧ-инфекцией, для всех ЛЖВ, ЛЖВ/ТБ и отдельных КГН (ЛУИН, СР, МСМ).**

## **ЗАДАЧИ ОБЗОРА**

Осуществить анализ барьеров, с которыми сталкиваются ЛЖВ, ЛЖВ/ТБ и отдельные КГН (ЛУИН, СР, МСМ) на этапах непрерывной помощи в связи с ВИЧ — инфекцией в 7 странах региона ВЕЦА: Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Российская Федерация, Узбекистан и Эстония.

Разработать направления адвокационной деятельности для преодоления барьеров на уровне региона ВЕЦА и национальных уровнях для каждой из 7 стран: Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Российская Федерация, Узбекистан и Эстония.

Определить ключевые барьеры и построить каскады лечения для неприоритетных 7 стран.

## **ЦЕЛЕВЫЕ ГРУППЫ ОБЗОРА:**

- Люди, живущие с ВИЧ
- Люди, коинфицированные ТБ
- Ключевые группы населения (КГН):
  - люди, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН)
  - секс — работники (СР)
  - мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ).

## **ГЕОГРАФИЯ ОБЗОРА:**

- 7 приоритетных стран: Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Российская Федерация, Узбекистан и Эстония.
- 7 стран: Армения, Грузия, Латвия, Литва, Молдова, Таджикистан, Украина.

## ОБЩИЙ АЛГОРИТМ СБОРА ДАННЫХ

Общий подход характеризовался комплексностью, базировался на использовании официальных источников информации, проведении вторичного анализа доступной информации.

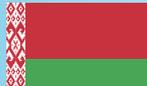
### 1. Анализ доступных документов

Проанализированы доступные источники, которые включают в себя документы, касающиеся национальной политики и программ; эпидемиологические данные; экспертные оценки, опубликованные в 2014–2015 гг. В случае отсутствия данных за указанный период были использованы более ранние, но не ранее 2012 года.

### 2. Обсуждение с экспертной группой

С целью получения дополнительной информации и рекомендаций первая версия обзора была рассмотрена экспертной группой, в которую вошли представители Европейской коалиции по борьбе с туберкулезом, Евразийской сети людей, употребляющих наркотики (ЕСЛУН), Сети организаций по защите прав работников сферы сексуальных услуг (SWAN), Евразийской коалиции по мужскому здоровью (ЕКОМ), Евразийской женской сети по СПИДу (ЕЖСС), ВОЗ, ЮНЭЙДС, Института Кирби по вопросам инфекции и иммунитета в обществе.

ТАБЛИЦА 1. СОСТАВ ФГ ПО СТРАНАМ

Участники							
ЛЖВ (АРТ-)	10	11	11	12	10	9	8
ЛУИН	5	7	7	6	5	6	6
СР	2	2	4	3	2	4	
Подростки	1	1		1	1		1
ЛЖВ			1				1
МСМ	1	2	3	2	3		
ЛЖВ/ТБ	1	1	2	5	1	2	
Мигранты						4	

**ТАБЛИЦА 1. СОСТАВ ФГ ПО СТРАНАМ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)**

Участники							
ЛЖВ (АРТ+)	11	11	12	12	11	9	10
ЛУИН	7	7	7	7	5	4	7
СР	2	2	4	2	2	3	
Подростки	1		2	2	1	1	
ЛЖВ/ТБ		5	3	3	1	1	
МСМ	1	2	2	1	3		2
ЛЖВ							1
Мигранты					2		
Сервис – провайдеры	10	10	11	12	10	7	9
ГО	4	4	9	6	3	3	4
НПО	6	6	2	6	7	4	5
Глубинные интервью	5	6	5	6	5	7	5
Женщины	1	1	1	1	1	1	1
Подростки	1	1	1	1	1	1	1
ЛУИН	1	2	1	2	1	2	2
МСМ	1	1	1	1	1	1	1
СР	1	1	1	1	1	1	
Мигранты						1	

### 3. Интервью в ФГ с представителями ключевых групп населения

На основании результатов проведенного кабинетного исследования и анализа полученных данных определен предварительный состав ФГ, который приведен ниже в Таблице 1.

Для проведения ФГ было разработано руководство, в котором были учтены особенности стран и особенности целевых групп. ВЦО ЛЖВ провело отбор модераторов для проведения ФГ в 7 странах региона ВЕЦА. С целью подготовки модераторов была проведена серия онлайн-инструктажей, во время которых были освещены основные правила проведения ФГ-дискуссий, цели и задачи исследования, особенности исследования определенных целевых групп, инструментарий дискуссии и правила постановки вопросов, метод подготовки отчета по результатам полевого этапа исследования. Модераторы были ознакомлены с этическими принципами и организационными условиями проведения исследования.

Во время проведения ФГ в 7 странах оказывалась методическая поддержка в режиме онлайн. В каждой из стран были проведены по 3 ФГ, в которые вошли представители сообществ, а так же глубинные интервью с представителями государственных структур, специалистами центров СПИДа.

После завершения анализа документов и проведения дискуссий в ФГ с представителями ключевых групп населения вся собранная информация была проанализирована, определены ключевые барьеры, сформулированы рекомендации для проведения адвокационных кампаний.

Результаты кабинетного исследования были представлены представителям пяти региональных организаций сообществ для обсуждения первой версии отчета (Европейская коалиция по борьбе с туберкулезом, Евразийская сеть людей, употребляющих наркотики (ЕСЛУН), Сеть организаций по защите прав работников сферы сексуальных услуг (SWAN), Евразийская коалиция по мужскому здоровью (ЕСОМ), Евразийская женская сеть по СПИДу (ЕЖСС).



## ГЛАВА 1.

ОБЗОР БАРЬЕРОВ ДОСТУПА К УСЛУГАМ  
ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ, БЕЛАРУСИ,  
КАЗАХСТАНЕ, КЫРГЫЗСТАНЕ, РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ, ЭСТОНИИ, УЗБЕКИСТАНЕ



## АЗЕРБАЙДЖАНСКАЯ РЕСПУБЛИКА

### РАЗДЕЛ 1.

#### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

В Азербайджанской Республике эпидемия ВИЧ — инфекции находится в концентрированной стадии, с преимущественным вовлечением ЛУИН.

С целью повышения эффективности мероприятий по предотвращению эпидемии в Азербайджане рабочей группой СКК при поддержке UNAIDS разработан новый «Национальный Стратегический План мероприятий по борьбе с распространением эпидемии ВИЧ/СПИДа на 2014–2018 годы». Действующий с 2004 года Страновой Координационный Комитет по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией (СКК) координирует и объединяет усилия государственных, международных и неправительственных организаций, в том числе — организаций ЛЖВ, направленные на противодействие распространению ВИЧ-инфекции в стране. СКК регулярно (не менее одного раз в квартал) проводит заседания, где заслушивались вопросы по статусу выполнения документов в области противодействия ВИЧ. Деятельность СКК позволила обеспечить эффективную реализацию проекта «Усиление ответных мер по предотвращению эпидемии СПИДа путем укрепления национального потенциала и расширения профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа среди групп повышенного риска населения при участии гражданского общества», финансируемого ГФСТМ (6). Вырос объем государственного финансирования деятельности, направленной на преодоление эпидемии. Политическая поддержка и увеличение финансирования, в том числе за счет гранта ГФСТМ, позволили достичь значительных успехов в предоставлении доступа к услугам по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией. Предпринятые усилия позволили предоставить ЛЖВ антиретровирусную терапию: в Азербайджанской Республике доступ к АРВ-терапии имеют все нуждающиеся, улучшился уровень лабораторного мониторинга проводимой терапии (6).

Для дальнейшего сохранения здоровья населения Республики, в том числе противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции, утверждена очередная Государственная программа «О борьбе с незаконным оборотом наркотиков, их прекурсоров, психотропных веществ и распространением наркомании в Азербайджанской Республике в 2013–2018 гг.» от 24 июня 2013 г. № 2966; эффективности мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИДом и достижению универсального доступа к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией способствует Приказ Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики «О борьбе с заболеванием, вызываемым ВИЧ» от 31.08.2012 года № 65 (6, 8).

По состоянию на 1 января 2014 г. в Азербайджанской Республике зарегистрировано 4298 случаев ВИЧ-инфекции. Показатель распространенности ВИЧ на 100000 населения составляет 44,3.

Основной тенденцией эпидемии в Азербайджане является смена основных путей передачи: несмотря на то, что парентеральный путь передачи ВИЧ длительное время был основным, начиная с 2006 г. отмечается рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией с половой передачей, особенно среди женщин. Источником инфицирования населения половым путем, вероятнее всего, являются представители КГН (ЛУИН, МСМ). Кроме того, значительное количество заражений ВИЧ — инфекцией происходит за пределами страны, в основном в Российской Федерации, что подчёркивает важность миграционных процессов в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции (6).

Распространенность ВИЧ-инфекции характеризуется территориальной неравномерностью (выше в г. Ширван, Гаджикабульском районе, Астаринском районе, Ленкоранском районе, г. Сумгаит и ряде других территорий) (6).

По данным наблюдений за последние два года в республике идет относительная стабилизация заболеваемости ВИЧ-инфекцией: так, уровень заболеваемости в 2012 г. составил 5,6 на 100 тыс. населения, в 2013 г. — 5,3 на 100 тыс. населения. По сравнению с 2011 годом (заболеваемость составляла 6,0), в 2013 году заболеваемость ВИЧ-инфекцией снизилась на 11,7% (6).

По кумулятивным данным (1987–2013 гг.) в 56,9% случаев инфицирование ВИЧ произошло в результате парентерального пути передачи (внутривенного употребления наркотиков), 31,9% случаев — в результате незащищенных гетеросексуальных контактов. Таким образом, основным путем передачи ВИЧ является парентеральный, в то же время наблюдается рост полового пути передачи, что соответствует динамике развития эпидемии в мире (6).

Мужчины преобладают в общей структуре ВИЧ-инфицированных и на конец 2013 г. составляют 78% от числа зарегистрированных случаев за весь период эпидемии, однако наблюдается увеличение числа ВИЧ-инфицированных женщин (в 2011–2013 гг. доля ВИЧ-инфицированных женщин возросла от 18,3% до 22%) (6).

В стране возросло число больных, находящихся на стадии СПИД и умерших от СПИДа. На 31.12. 2013 г. кумулятивно зарегистрировано 1319 ЛЖВ на стадии СПИД и 368 умерших (6).

В 2013 году из числа новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции 84,3% приходится на население в возрасте 25–49 лет. Наиболее пораженной группой населения являются потребители инъекционных наркотиков. Распространенность ВИЧ-инфекции в данной группе составляет 9,5%, среди СР — 0,7%, среди МСМ — 2,%; в группе заключенных — 5,8% (6).

В 2013 году оценочная численность ЛУИН оставила 71283 человек, СР — 25054 человека, заключенных — 17000. Оценочное количество МСМ было наименьшим среди всех КГН — 6572, однако этот показатель может быть занижен (5).

## РАЗДЕЛ 2.

### АНАЛИЗ КАСКАДА ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

В 2015 и 2016 гг. Азербайджанская Республика не подавала в ЮНЭЙДС отчет по выполнению Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, поэтому был проведен анализ каскада лечения ВИЧ-инфекции 2013 г., подготовленный миссией ВОЗ на основании данных Республиканского центра СПИДа (5) (Рис. 1). Кроме того, на основании данных AIDSinfo был построен каскад лечения 2015 г. (Рис. 2)

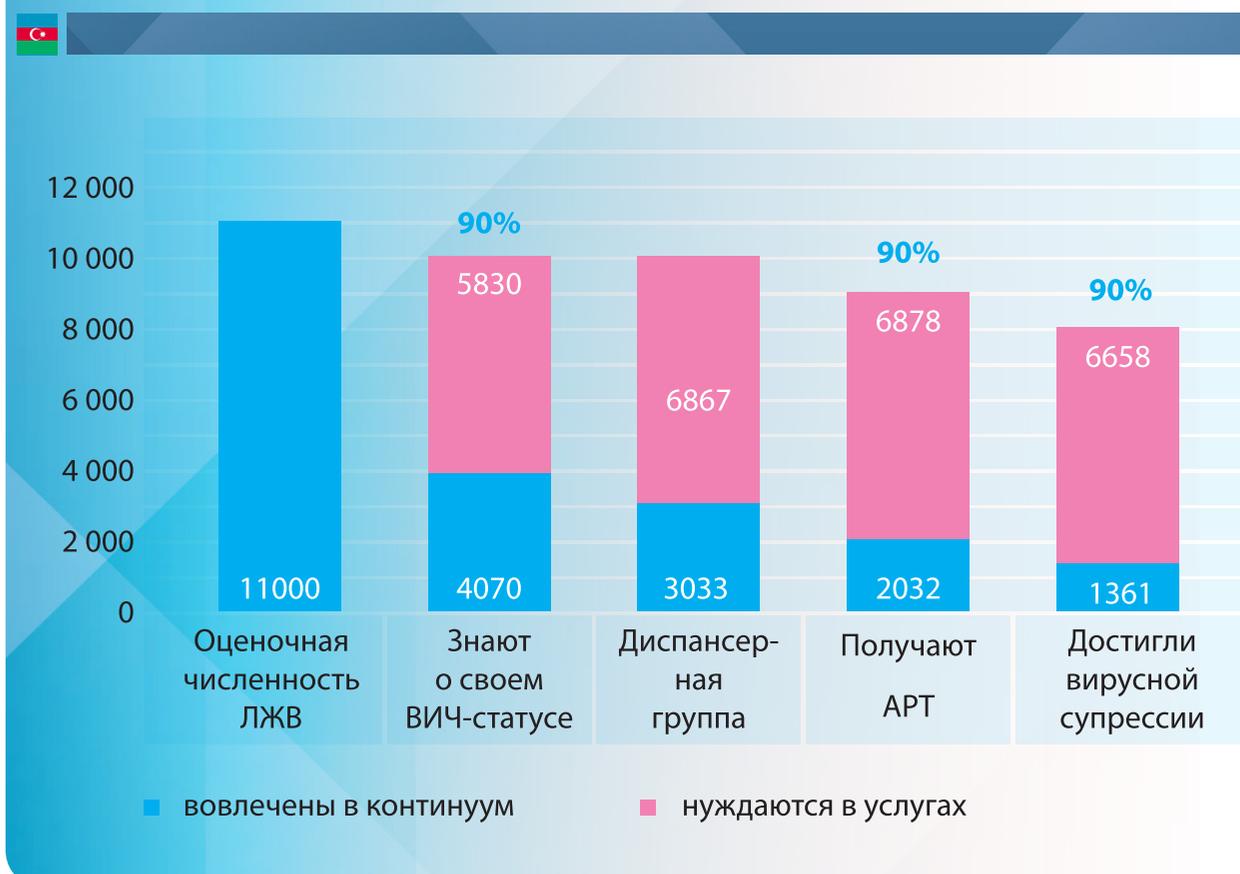
РИСУНОК 1. Каскад лечения ВИЧ-инфекции, Азербайджанская Республика, 2013 г.



В 2013 г. оценочное число ЛЖВ составляло 9159. Из них только 3713 (41% от оценочного числа) знали о своем позитивном ВИЧ-статусе, 2540 (28% от оценочного числа, или же 68% от числа знающих свой статус) ЛЖВ состояли на медицинском учете, 1771 (19% от оценочного числа, или же 70% от числа состоящих на диспансерном учете) получали АРТ, и лишь 650 (7% от оценочного числа, или же 37% от числа получающих АРТ) достигли вирусной супрессии.

Наименьший доступ к услугам имеется на этапах тестирования (59% выпадения по сравнению с оценочной численностью ЛЖВ) и достижения вирусной супрессии (53% выпадения по сравнению с общим количеством ЛЖВ, принимающих АРТ).

**РИСУНОК 2.** Каскад лечения ВИЧ-инфекции, Азербайджанская Республика, 2015 г.



По данным ЮНЭЙДС, в 2015 г. оценочное количество ЛЖВ в Азербайджанской Республике составляло 11000, из них 4070 (37% от оценочного числа) знали о своем позитивном ВИЧ-статусе. Диспансерная группа составляла 3033 ЛЖВ (28% от их оценочной численности, или же 75% от числа знающих свой статус). 2032 ЛЖВ получали АРТ (18% от оценочной численности ЛЖВ, или 60% ЛЖВ, стоящих на диспансерном учете). Из числа ЛЖВ, которые получают АРТ, 1361 (12% от оценочной численности ЛЖВ, или 67% от числа получающих АРТ) достигли вирусной супрессии. Данные 2015 г. демонстрируют улучшение ситуации в достижении вирусной супрессии — 67% против 37% в 2013 г. Наиболее проблемным этапом каскада лечения остается выявление ВИЧ-инфекции — 63% ЛЖВ не знали о своем ВИЧ-статусе. Сохраняют свою актуальность вопросы диспансеризации и доступа к лечению.

Исходя из представленных данных, приоритетные усилия всех заинтересованных сторон в Республике Азербайджан должны быть направлены на оптимизацию стратегии тестирования и расширение охвата АРТ, где наблюдаются наибольшие потери.

Деагрегированные данные по доступу представителей КГН к услугам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции ограничены.

## РАЗДЕЛ 3.

### АНАЛИЗ ДОСТУПА К УСЛУГАМ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЖВ И КГН, ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ К УСЛУГАМ

#### 3.1. Консультирование и тестирование

В Республике Азербайджан тестирование на ВИЧ проводится как с использованием лабораторных методов, так и с использованием быстрых тестов. Быстрые тесты наиболее часто используются в родильных домах и мобильных пунктах тестирования (6). Тестирование на ВИЧ проводится только медицинскими работниками (5). Руководство по тестированию на ВИЧ, пересмотренное в 2012 г., содержит протокол организации добровольного консультирования и тестирования (ДКТ), в том числе минимальные стандарты проведения до- и послетестового консультирования.

Национальные политики консультирования и тестирования на ВИЧ направлены на все группы населения, в том числе КГН, а также включают тестирование по инициативе медицинских работников (в соответствии с рекомендациями ВОЗ 2007 г.). Тестирование на ВИЧ в Республике Азербайджан для всех категорий населения проводится бесплатно. Тестирование на ВИЧ по инициативе медицинских работников предлагается во всех противотуберкулезных центрах, центрах первичной медико-санитарной помощи и других учреждениях, включая учреждения уголовно-исполнительной системы.

В целом по стране действуют 39 пунктов тестирования на ВИЧ для КГН и 24 пункта в системе исполнения наказаний. В 2013 г. 13034 пациентов прошли тестирование на ВИЧ в диагностических лабораториях, 7685 — в наркологических и противотуберкулезных диспансерах, а также дерматовенерологических диспансерах, а 5501 — в мобильных пунктах тестирования. Использование мобильных амбулаторий и увеличение их числа до 12 позволило существенно расширить охват тестированием представителей КГН (5).

ТАБЛИЦА 2. Тестирование на ВИЧ представителей КГН в 2013 г. (5)

КГН	Всего обследовано	ВИЧ+	% тестированных от оценочного числа КГН	% тестированных от достижимого числа КГН
ЛУИН	5 484	38	7,7	41
СР	880	0	3,5	14,2
МСМ	606	2	10	34,6
Заклученные	16 500	70	97	
Всего	23 470	110	1 ВИЧ+ на 213 обследованных	

Из 6970 представителей КГН (за исключением заключенных), прошедших тестирование на ВИЧ в 2013 г. (Табл. 2), большая часть (5501, что составляет 79% от общего количества протестированных) обследованы с помощью экспресс — тестов. Выявлено 40 позитивных лиц (38 ЛУИН и 2 МСМ), все они были включены в программы лечения и ухода. При тестировании заключенных (16500 человек) было выявлено 70 ЛЖВ. Охват тестированием ЛУИН и МСМ остается недостаточным, СР практически не охвачены тестированием.

Охват тестированием на ВИЧ больных ТБ находится на высоком уровне, например, в 2014 г. он достиг 93% (7).

По мнению участников ФГ, одним из барьеров к тестированию на ВИЧ является самостигматизация, страхи и мифы, бытующие среди населения представителей КГН:



- *«Мало информации у них, боятся, что даже если пойдут сдавать кровь, то там заразятся. Просто они думают, что раз там сдают на СПИД, то там все больные. И ещё – времени нету, наверное.»*
- *«Многие не хотят знать о своей болезни, особенно те, кто ведет такой образ жизни, например, принимает наркотики, он не хочет узнавать о том, потому что знает, что у него может это быть. Самая главная причина — это страх.»*
- *«Добровольно кто ходит в СПИД центр? Тем более наркозависимые. Так как они не доверяют государству и с НГО им легче работать.»*
- *«Они (мужья) не разрешают женам. Боятся, что если у жен выйдет, то они нападут на мужей. Огласки боятся.»*



### **БАРЬЕРЫ К ТЕСТИРОВАНИЮ:**

- **отсутствие доступа к тестированию на ВИЧ силами сообществ с использованием быстрых тестов;**
- **значительное количество мифов, бытующих среди представителей КНГ, высокий уровень самостигматизации;**
- **закрытость КГН, особенно МСМ и СР.**

### 3.2. Диспансеризация

В стране функционирует семь медицинских учреждений, которые оказывают помощь ЛЖВ. Амбулаторные услуги для ВИЧ — позитивных лиц предоставляются в Республиканском центре СПИДа в г. Баку. В центре СПИДа ведется база данных, содержащая информацию о пациентах на АРТ, результатах исследований вирусной нагрузки и уровня CD4-клеток (5). В течение 2012–2013 гг. улучшению доступа к АРТ способствовала децентрализация услуг по проведению АРВ-терапии в регионах: приказом Министерства Здравоохранения от 18.03.2011 г. № 40 организованы шесть центров АРВ-терапии. Однако большинство ЛЖВ продолжает наблюдаться в Баку и не желают переходить под наблюдение региональных центров (5).

Услуги по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции в полном объеме предоставляются в учреждениях Министерства Юстиции.

Одной из причин потерь пациентов на этапах тестирования может явиться сложный и длительный алгоритм тестирования на ВИЧ, который приводит к тому, что период ожидания окончательного результата исследования при позитивном результате тестирования составляет от 3 дней в г. Баку до одного месяца в отдаленных районах (5). Данные Республиканского Центра СПИД указывают на позднее обращение ЛЖВ за медицинской помощью. В 2013 г. из 476 новых пациентов у 297 (62%) была установлена III–IV стадия ВИЧ-инфекции (5).

В 2014 г. скрининг на туберкулез прошел 1661 ВИЧ — позитивный пациент из общего числа ЛЖВ, состоящих на диспансерном учете, профилактическое лечение изониазидом (ПЛИ) было назначено только 296 больным ВИЧ/ТБ (7).

Участники ФГ также обсудили проблемные вопросы химиопрофилактики туберкулеза изониазидом:



**Медработник:** «Все больные, которые нуждаются в профилактике, получают в СПИД центре изониазид. Все.»

**Пациент на АРТ:** «А что такое изониазид? Я не слышала вообще о нём.»

**Пациент:** «Я не слышала вообще о нём (об изониазиде).»

Участники ФГ отметили следующие барьеры при постановке на учет в Республиканском Центре СПИДа или в других медицинских учреждениях, расположенных в малых городах Азербайджана:



**Географическая отдаленность:** «Есть люди, живущие далеко. Они не могут приехать.»

**Страх разглашения диагноза и непонимание необходимости лечения:** «Чувствуют себя хорошо и не верят, что они больные. Разглашения боятся.»



## **БАРЬЕРЫ, СВЯЗАННЫЕ С ДОСТУПОМ К МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:**

- **неполная децентрализация услуг, пациенты из отдаленных районов вынуждены приезжать в Баку;**
- **многие ЛЖВ/ЛУИН безработные, для них расходы на поездку в Центр СПИДа могут быть слишком велики;**
- **отсутствие информации о возможности получить лечение бесплатно.**

Низкий охват ЛУИН услугами ОЗТ<sup>1</sup> и другими программами снижения вреда<sup>2</sup> является ключевым барьером вовлечения ЛУИН/ЛЖВ в систему оказания медицинской помощи в связи с ВИЧ — инфекцией (5).

### **3.3. АРТ**

Поставки тест-систем и АРВ препаратов в 2013 году осуществлялись регулярно и бесперебойно. Был разработан Приказ Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики “О борьбе с заболеванием, вызываемым ВИЧ” от 31.08.2012 года № 65, в котором изложены универсальные правила безопасности по профилактике ВИЧ-инфекции в медицинских учреждениях, порядок проведения исследований на ВИЧ, правила и положение о лабораторной диагностике ВИЧ, инструкция по проведению добровольного тестирования и консультирования на ВИЧ, инструкция по подтверждению диагноза ВИЧ-инфекции и регистрации случая инфицирования в Азербайджанской Республике, инструкция по оказанию паллиативной помощи и ухода за больными с ВИЧ в медицинских учреждениях и на дому, порядок проведения постконтактной профилактики. Логистика обеспечения лекарственными препаратами определена Законом Азербайджанской Республики «О Государственных закупках в Азербайджанской Республике» от 27 декабря 2001 года № 245-ПQ в редакции от 12 февраля 2010 года № 954-IIIQD (9).

Страна приняла на себя обязательства поэтапного расширения доступа к АРТ, с расширением показаний к АРТ на фоне расширения услуг социального сопровождения и обеспечения контроля вирусной нагрузки в соответствии с рекомендациями ВОЗ (5). Принципы назначения АРТ в 2014 г. в стране соответствовали рекомендациям ВОЗ 2013 г. (6, 61).

<sup>1</sup> 155 пациентов, или 0,2% от общего числа ЛУИН в Азербайджане

<sup>2</sup> В 2013 г. было распространено 762 000 игл и шприцов – 11 на одного ЛУИН на год, в то время как цель предполагает 144 на одного ЛУИН на год.

Преимуществом при назначении антиретровирусной терапии взрослым пациентам является уровень  $CD4 < 350$  клеток/мл. Кроме того, АРТ назначается без учета уровня иммунной супрессии детям; пациентам с коинфекцией ВИЧ/ТБ и ВИЧ/гепатит С; ЛЖВ из дискордантных пар (61).

Государство финансирует только пятую часть потребности в АРВ-препаратах, лечение ЛЖВ очень сильно зависит от международного финансирования.

Проведение АРТ для заключенных в полном объеме обеспечивает медицинская служба пенитенциарной системы в соответствии с национальными и международными стандартами.

Пациенты с коинфекцией ВИЧ/ТБ получают лечение по стандартам ВОЗ. В 2014 г. было выявлено 148 пациентов с двойной патологией, из них АРТ начал получать 101 пациент (68%) (7). В соответствии с национальным законодательством, пациенты с коинфекцией ТБ/ВИЧ получают лечение в противотуберкулезных стационарах. В стационарных отделениях противотуберкулезных учреждений отмечается отсутствие необходимых условий инфекционного контроля, что повышает риск развития устойчивых к лечению форм туберкулеза. В противотуберкулезных учреждениях АРТ и противотуберкулезное лечение проводятся под контролем медицинских работников. Пациентам с коинфекцией ВИЧ/ТБ наиболее часто назначается АРТ по схеме TDF/FTC/EFV (5).



### **КЛЮЧЕВЫМИ БАРЬЕРАМИ ДОСТУПА К АРТ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ:**

- несоответствие национальных руководств по лечению последним рекомендациям ВОЗ и целям «90-90-90»;
- использование препарата диданозин, имеющего серьезные побочные эффекты;
- дефицит знаний пациентов об услугах, предоставляемых региональными центрами СПИДа;
- недостаточно развитую систему социального сопровождения пациентов, особенно представителей КГН;
- недостаточную интеграцию услуг для ЛЖВ/ЛУИН и ЛЖВ/ТБ.

### 3.4. Достижение вирусной супрессии

В Республике Азербайджан ОЗТ как метод формирования приверженности к АРТ используется ограниченно — ОЗТ получают 155 ЛУИН (0,2% от общего числа ЛУИН, или 0,02% от оценочной численности ЛУИН в стране) (5). Проблема доступа к ОЗТ также была озвучена при проведении ФГ:



*«У нас в Азербайджане два пункта заместительной поддерживающей терапии всего, которые находятся в городе Баку, в других городах у нас их нету. . . . наркозависимые, которые живут в других районах или городах, просто не могут приходить. Нету такой возможности.»*

Участники ФГ отметили и ряд других барьеров к достижению вирусной супрессии: наличие побочных эффектов АРВ препаратов, которые негативно влияют на приверженность и эффективность лечения, а также низкий уровень знаний и понимания у пациентов:



*«Есть люди, которые принимают лекарства и у них кружится голова, или поднимается температура или начинает тошнить. Поэтому они отказываются. Например, 5 дней принимает, 5 дней нет.»*

*«Есть проблема. Из-за того, что плохо чувствуешь себя при получении АРВ.»*

*«У них повышается иммунитет, они думают, что уже здоровые, поэтому и бросают препараты.»*

Низкий охват ОЗТ для пациентов на АРТ, недостаточное развитие интегрированных сервисов негативно влияют на приверженность к лечению среди ЛЖВ, особенно ВИЧ — позитивных ЛУИН (5).

## РАЗДЕЛ 4.

### РЕКОМЕНДУЕМЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ АДВОКАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- Объединение усилий всех заинтересованных сторон с целью внесения изменений в законодательство для расширения тестирования на ВИЧ на базе сообществ с использованием экспресс — тестов.
- Объединение усилий всех заинтересованных сторон с целью обеспечения полного спектра услуг в связи с ВИЧ-инфекцией для представителей КГН.
- Проведение (в сотрудничестве с национальными и международными партнерами) анализа и внесение изменений в национальные стандарты проведения скрининга и диагностики ВИЧ — инфекции с целью упрощения алгоритма тестирования, рационального использования ресурсов и сокращения сроков получения окончательного результата исследования.
- Проведение анализа обращаемости в региональные центры СПИДа с целью снижения географических барьеров для ЛЖВ, проживающих в отдаленных регионах Азербайджанской Республики, популяризация деятельности региональных центров СПИД среди пациентов.
- Объединение усилий всех заинтересованных сторон с целью формирования эффективной системы социального сопровождения «сложных» пациентов на всех этапах получения услуг в связи с ВИЧ — инфекцией с целью минимизации отрывов пациентов на всех этапах оказания помощи.
- Пересмотр (с вовлечением всех заинтересованных сторон) национальных руководств по лечению ВИЧ — инфекции, включая менеджмент побочных эффектов АРТ, обеспечение их соответствия рекомендациям ВОЗ 2016 года, разработка плана максимального охвата лечением пациентов.
- Пересмотр списка и количества закупаемых АРВ-препаратов и диагностикумов для эффективного использования бюджетных средств, снижения цен и для достижения целей «90–90–90».
- Адвокация расширения доступа к ОЗТ как методу поддержания приверженности к АРТ, а также расширения доступа к интегрированным сервисам для ЛЖВ/ ЛУИН, ЛЖВ/ТБ.
- Создание и обеспечение эффективного функционирования системы менеджмента побочных эффектов АРТ с целью минимизации отрывов от лечения.
- Мобилизация сообществ с целью повышения эффективности борьбы со стигмой и самостигмой, мотивации пациентов к получению медицинских услуг в связи с ВИЧ — инфекцией.
- Объединение усилий всех заинтересованных сторон с целью развития непрерывной помощи и интегрированных сервисов для ЛЖВ/ЛУИН, ЛЖВ/ТБ для максимального и своевременного охвата пациентов антиретровирусным лечением.



# РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ

## РАЗДЕЛ 1

### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Развитие эпидемического процесса ВИЧ — инфекции на территории Республики Беларусь находится в концентрированной стадии.

В Республике Беларусь утверждена **государственная программа** «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы. Соответствующее решение закреплено постановлением Совета Министров от 14 марта 2016 года № 200. Законодательно регулирует деятельность в сфере профилактики и лечения ВИЧ Подпрограмма 5 «Профилактика ВИЧ-инфекции».

**Основными тенденциями** развития эпидемического процесса в Республике Беларусь являются:

- распространённость ВИЧ-инфекции удерживается преимущественно в пределах отдельных, наиболее уязвимых к ВИЧ групп населения: среди потребителей инъекционных наркотиков, женщин, вовлечённых в секс-бизнес, и мужчин, практикующих секс с мужчинами (10);
- преобладание полового пути передачи среди новых случаев ВИЧ (63,9% среди новых случаев в 2015 году);
- сокращение доли парентерального пути — 34,4% среди новых случаев в 2015 году).

Кумулятивно на 01.01.2016 г. в Беларуси выявлено 19827 случаев заболевания, количество людей, живущих с ВИЧ — 15378. Показатель распространённости составил 162,2 на 100 тысяч населения.

В 2015 году выявлено 2305 ВИЧ-положительных. Показатель заболеваемости составил 24,3 на 100 тысяч населения (за аналогичный период 2014 года — 19,1). Темп прироста — 27,2%. Большинство новых случаев ВИЧ-инфекции концентрируется в возрастной группе 30–39 лет (14).

Распространённость ВИЧ среди беременных женщин - 0,1%. Наиболее поражённой группой населения являются потребители инъекционных наркотиков. Распространённость ВИЧ-инфекции в данной группе составляет 25,1%. Инфицированность ВИЧ среди женщин секс-бизнеса — 6,8%, среди мужчин, имеющих секс с мужчинами — 5,7% (10, 14).

Данные биоповеденческих исследований 2015 года (ДЭН) показывают рост распространённости ВИЧ среди ЛУИН (с 14,0 до 25,1%), ЖСБ (с 5,8 до 6,8%) и MSM (с 4,5 до 5,7%) по сравнению с 2013 г. (10, 14).

За 2015 год выявлено 2305 ВИЧ-положительных пациентов (2014 г. — 1811). Показатель заболеваемости составил 24,3 на 100 тысяч населения, что на 27,2% выше, чем в 2014 году. В общей структуре инфицированных ВИЧ соотношение мужчин и женщин составляет 1,5 к 1 (11788 мужчин и 8039 женщин). Кумулятивное число случаев СПИДа на 01.01.2016 г. — 5134, в том числе за 2015 год данный диагноз установлен 490 пациентам (2014 г. — 474). Среди ВИЧ-положительных пациентов умерло 4449 человек (в том числе в стадии СПИДа — 2521). За 2015 год умерло 454 человека (2014 г. — 497), в том числе в стадии СПИДа — 257 (2014 г. — 273). Показатель смертности снизился по сравнению с 2014 годом и составил 4,8 на 100 тысяч населения (2014 г. — 5,2 на 100 тысяч) (10, 14).

**Оценочная численность ЛЖВ** в 2014 г. составляла 25000 человек по данным UNAIDS (68). Согласно оценочным данным, в Республике Беларусь численность ЛУИН составляет около 75000. По данным ДЭН 2013 г. уровень инфицированности ВИЧ среди ЛУИН на разных дозорных участках варьировал в широких пределах — от 2,3% до 43,7%.

Оценочное количество МСМ в Беларуси составляет 60000 (11), а распространенность ВИЧ в этой группе по данным ДЭН 2013 г. составила 2,9%.

Оценочное количество СР — 22000, а распространенность ВИЧ в данной группе — 3,9%

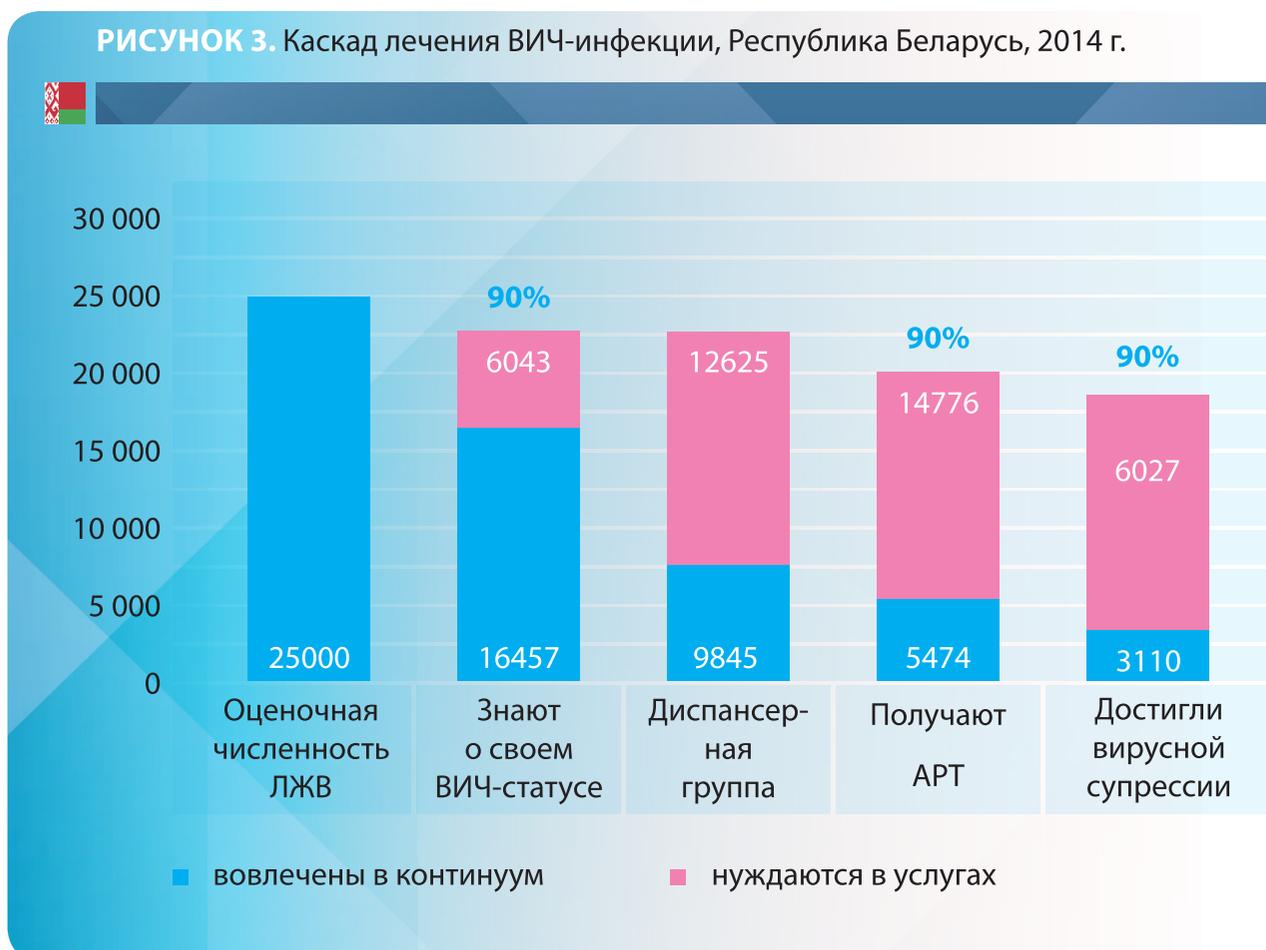
## РАЗДЕЛ 2.

### АНАЛИЗ КАСКАДА ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

С целью обеспечения достоверности данных континуума услуг в данном обзоре использованы данные миссии ВОЗ (12). Данные представлены на ноябрь 2014 года.

Как демонстрирует рис. 3, из 25 000 ЛЖВ, которые по оценочным данным проживают в Республике Беларусь, 16 457 (66%) знают о своем ВИЧ-статусе, 9 875 (40% от оценочного числа, или 60% от знающих о своем статусе) находятся на диспансерном учете, 5 474 (22% от оценочного числа, или 55% от стоящих на диспансерном учете) получают АРТ, и только 3 110 (12% от оценочного числа, или 57% от количества получающих АРТ) достигли вирусной супрессии.

РИСУНОК 3. Каскад лечения ВИЧ-инфекции, Республика Беларусь, 2014 г.



Из приведенных данных следует, что выпадение ЛЖВ наблюдается на всех этапах каскада, однако приоритетные усилия должны быть направлены на взятие на диспансерный учет и назначение АРТ, где наблюдаются наибольшие потери. Данные континуума, дезагрегированные по возрасту, полу, принадлежности пациентов к КГН, недоступны.

## РАЗДЕЛ 3.

### АНАЛИЗ ДОСТУПА К УСЛУГАМ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЖВ И КГН, ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ К УСЛУГАМ

#### 3.1. Консультирование и тестирование на ВИЧ

Тестирование на ВИЧ в Республике Беларусь в большинстве случаев проводится добровольно и чаще всего — по инициативе медицинских работников. Согласно национальному законодательству, имеется ряд категорий населения, для которых тестирование на ВИЧ является обязательным (беременные, больные туберкулезом, пациенты с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции, заключенные, ЛУИН, представители отдельных профессий) (13).

В Беларуси ежегодно проводится около 1 млн. тестов на ВИЧ, большинство обследованных на ВИЧ составляют беременные, доноры крови и военнослужащие (12).

Тестирование на ВИЧ клиентов НПО проводится медицинскими работниками в мобильных пунктах с использованием быстрых тестов либо путем направления представителей КГН на тестирование в государственные клиники. Слабым звеном программ тестирования на базе мобильных амбулаторий является обеспечение связи с программами лечения и ухода после получения положительного результата тестирования (12). Алгоритм тестирования на ВИЧ имеет несколько этапов, получение окончательного результата может занять несколько недель. Как результат, до 75% пациентов не проходят этап подтверждающих исследований (12). Использование экспресс-тестирования ограничено пилотными проектами (12).

Участники ФГ указали на необходимость многократного посещения медицинского учреждения для прохождения подтверждающего тестирования.

Охват ЛУИН тестированием на ВИЧ остается низким. Так, в 2014 г. из оценочного количества ЛУИН (75000) только 11% (8480) было протестировано на ВИЧ. Доля МСМ, которые прошли тестирование на ВИЧ в 2014 г. и знают результат, составила 46,2%. Аналогичный показатель среди СР был несколько выше — 63,4% (10).

Участники ФГ отмечали высокий уровень стигматизации в малых населенных пунктах из-за отсутствия корректной информации о ВИЧ/СПИДе. Большинство респондентов ФГ отмечали сложности прохождения тестирования на ВИЧ в малых населенных пунктах:



*«И там отношение к ВИЧ другое. То есть это как прокаженные.»*

*«... как только человек приходит, сразу начинает работать сарафанное радио, что вот кто-то приходил тестироваться. Часто ко мне люди из Калинковичей приезжают сюда, из других городов, только чтоб не узнал никто на месте там.»*

Участники ФГ указали на обязательный характер тестирования для отдельных категорий клиентов, а также на необходимость оказания психологической помощи после получения позитивного результата тестирования:



*«На сегодняшний день у всех именно в обязательном порядке берут кровь на ВИЧ. Даже как бы против твоего желания.»*

*«Основная масса болезненно это (известие о ВИЧ) воспринимает. И тут должен быть какой-то психолог, хороший психолог. Подготовить человека, сообщить, успокоить. Вселить надежду.»*

МСМ во время ФГ дискуссий отметили высокую стоимость экспресс — тестов на ВИЧ в аптеках.



### **КЛЮЧЕВЫМИ БАРЬЕРАМИ ДОСТУПА К УСЛУГАМ ТЕСТИРОВАНИЯ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ:**

- **низкую мотивацию представителей КГН к прохождению тестирования и последующему лечению;**
- **ограниченные возможности (законодательные и организационные) тестирования на базе НПО и сообществ;**
- **ограниченное использование тестирования быстрыми тестами;**
- **существенные задержки в получении подтверждавших результатов тестирования;**
- **высокий уровень самостигматизации среди представителей КГН.**

### 3.2 Диспансеризация

В Республике Беларусь оказание медицинских услуг в связи с ВИЧ — инфекцией осуществляется по месту регистрации, что ограничивает доступность ВИЧ-услуг, особенно для внутренних трудовых мигрантов. Обеспечение связи с лечением для клиентов с позитивным результатом тестирования на ВИЧ является зоной для усиления и развития в работе НПО (12).

В 2014 г. на базе наркологических диспансеров и клинических больниц функционировало 19 пунктов ОЗТ, а количество пациентов на заместительной терапии составляло 1066 человек (10). По словам респондентов ФГ, тестирование на ВИЧ в пунктах ОЗТ проводится на регулярной основе.

Участники ФГ отметили, что социальные работники сопровождают клиентов с позитивным результатом тестирования на базе НПО в Центр СПИД для их постановки на диспансерный учет, зачастую — даже если эта услуга не входит в их обязанности. Если с клиентами — МСМ подобная тактика является эффективной, то при работе с СР этот подход не всегда себя не оправдывает. По словам большинства респондентов — провайдеров услуг, СР при удобном случае просто убегают:



*«Мы тоже так пробовали делать. Но пока они (СР) просто убегают. Пока приехали в поликлинику и пошел человек к врачу сказать, что там партия пришла, а их уже нет.»*

Страхи и самостигматизация среди КГН препятствуют своевременному обращению за помощью:



*«И сколько специалисты объясняют на дотестовом консультировании, что нужно идти дальше и становиться на учет, они (СР) просто не идут, потому что тут уже вступает в силу ответственность, вплоть до уголовной. И они просто с этим живут, не принимают терапию, не знают до конца свой статус, но знают, что ВИЧ где-то там когда-то был, как они говорят.»*

Наличие вертикальных сервисов, применяемых в программах борьбы с туберкулезом и ВИЧ — инфекцией, можно считать серьезным препятствием на пути получения своевременного доступа к качественным методам диагностики, лечения и обеспечения непрерывности ухода для пациентов с коинфекцией ВИЧ/ТБ (15). В Республике Беларусь приказом Минздрава № 1217 от 11 ноября 2010 г. утверждена «Инструкция об организации медицинской помощи пациентам с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом». В ней оговаривается, что больные с ТБ/ВИЧ получают противотуберкулезное лечение в условиях противотуберкулезных диспансеров, где им предоставляется консультативная помощь врачей-инфекционистов, в том числе при назначении

АРТ. Этот приказ определяет назначение профилактического лечения изониазидом (ПЛИ) для ЛЖВ, имеющих латентную инфекцию ТБ, и для лиц, находящихся в тесном контакте с больными ТБ. Несмотря на наличие регламентирующих документов по применению ПЛИ, в 2014 г. этим видом профилактики ТБ было охвачено только 539 пациентов (16).



### **БАРЬЕРЫ К ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ:**

- **ограниченный спектр услуг для КНГ, особенно для СР и ЛУИН на базе Центра СПИДа;**
- **слабость социального сопровождения представителей КНГ, получивших позитивный результат теста в мобильной амбулатории, до постановки на учет в ЛПУ;**
- **недостаток сервисов для пациентов с двойной проблемой – ВИЧ/ТБ, ЛЖВ/ЛУИН.**

### **3.3. АРТ**

Закупка АРВ-препаратов в Республике Беларусь проводится как за счет гранта ГФСТМ, так и за счет государственного бюджета. В условиях переходного периода Министерство здравоохранения планирует полностью обеспечить закупку АРВ-препаратов за счет государственного бюджета, что может привести к закупке некачественных и дорогих препаратов. Цены на препараты могут оказаться выше по сравнению с ценами, которые устанавливаются при переговорах между ГФСТМ и поставщиками, когда закупки проводятся через систему добровольных объединенных закупок (ДОЗ). При переходе на закупку препаратов за средства государственного бюджета необходимо обеспечить соответствие закупаемых препаратов требованиям преквалификации ВОЗ (14).

В 2014–2015 гг. имели место случаи нехватки препаратов в отдельных регионах. Эта проблема решалась путем перераспределения препаратов из других регионов, однако имели место случаи задержки в выделении АРВ-препаратов в клиники. Отмечались отдельные случаи использования педиатрических форм АРВ-препаратов (сиропа и суспензии) для взрослых по причине нехватки препаратов на складе, а также случаи несоблюдения принципа комбинированного лечения схемами, состоящими из трех препаратов, в случаях отсутствия препаратов на складе. Национальная система контроля качества лекарственных препаратов находится в процессе регистрации. Также в стране функционирует система регистрации побочных эффектов от приема АРВ-препаратов (14).

В Беларуси используются 22 схемы АРТ первой линии. На 2014 г. запланирован поэтапный переход на схемы лечения в соответствии с критериями ВОЗ (17), но приоритетом остается назначение АРТ пациентам с симптомной ВИЧ-инфекцией и при  $CD4 \leq 350$  кл/мм<sup>3</sup>, больным с двойной патологией (ВИЧ/ТБ, ВИЧ/гепатит С) (12).

Участники ФГ указали на большое количество обязательных лабораторных и инструментальных исследований, которые должен пройти пациент перед назначением АРТ:



*«Как правило, максимальный период, за который мы получим уже все результаты необходимых анализов, это около 1,5-2 недель. То есть в течение 2-х недель у нас будет полная картина состояния здоровья пациента.»*

По мнению пациентов, обследование проводится дольше, чем могло бы быть, и требует посещения различных медицинских учреждений:



*«Чтоб получить в Минске талончик на УЗИ, легче вообще это все платно сделать, потому что будешь ждать года полтора, просто чтобы сделать УЗИ брюшной полости.»*

*«Вот у меня, например, была такая проблема: ты должен срочно и на этой неделе пойти и обследоваться. А у тебя же могут быть какие-то другие дела. То есть свое расписание, деятельность какая-то другая.»*

Барьерами доступа к АРТ также являются мифы и предубеждения, которые бытуют среди пациентов:



*«Чтоб получить в Минске талончик на УЗИ, легче вообще это все платно сделать, потому что будешь ждать года полтора, просто чтобы сделать УЗИ брюшной полости.»*

*«Вот у меня, например, была такая проблема: ты должен срочно и на этой неделе пойти и обследоваться. А у тебя же могут быть какие-то другие дела. То есть свое расписание, деятельность какая-то другая.»*

Для многих пациентов препятствиями являются страх разглашения диагноза и самостигматизация:



*«Своя точка зрения, в связи с тем, что употребляют. Боятся, что узнают их диагноз, боятся, что это по поликлиникам пойдёт. Боятся, что на работу потом не устроятся, боятся, как дома к этому отнесутся, как это общество воспримет.»*

*«Это страх, недостаток информации об этой болезни и непонимание вообще, что с этим делать. Страшно сказать родственникам. Я не знаю, как сказать. Мои родственники не знают до сих пор. Я боюсь потерять общение с ними. А допустим, у меня нет семьи, и я не знаю, как вообще с этим быть, как знакомиться и какие проблемы с этим могут быть. Как сообщить это человеку, у которого нет статуса, и какое отношение ко мне может быть. Это всё сложно.»*

*«И даже страшно, что на работу не сможешь устроиться. Вот общество тебя не примет и всё. А если работаешь, то страшно, что тебя уволят, потому что рано или поздно это же дойдёт до начальства.»*



### **КЛЮЧЕВЫЕ БАРЬЕРЫ ДОСТУПА К АРТ:**

- перебои в снабжении АРТ;
- несоответствие национальных протоколов рекомендациям ВОЗ;
- большое количество схем лечения, что повышает риск ошибок при распределении схем лечения между лечебными учреждениями, которые оказывают помощь ЛЖВ;
- отсутствие интегрированных сервисов для ЛУИН, что способствует большому количеству отрывов от лечения в этой группе;
- страхи, дефицит знаний об АРТ, самостигматизация среди ЛЖВ.

### 3.4. Достижение вирусной супрессии

По мнению врача Центра СПИДа, участника ФГ:



*«Пациенты плохо понимают то, как задержка в лечении влияет на их здоровье; поэтому отрыв от лечения является обычным явлением. Когда пациент начинает получать уход в связи с ВИЧ, результат теста на ВИЧ сообщает эпидемиолог, а включает пациента в программу лечения врач-инфекционист».*

В Беларуси созданы и работают мультидисциплинарные команды по сопровождению пациентов на АРТ, но их работа требует усиления и активизации. Непонимание пациентами необходимости лечения и его непрерывности является достаточно обычным. Количество консультантов по принципу «равный — равному» ограничено, социальное сопровождение развито недостаточно.

Данные по количеству ЛЖВ/ЛУИН, получающих АРТ и ОЗТ, отсутствуют.

В 2010 г. был принят новый клинический Протокол ОЗТ, который устранил для ЛУИН многие барьеры к этой услуге. Протоколы лечения психических заболеваний и протокол ОЗТ не содержат алгоритмов раннего выявления ВИЧ и туберкулеза (тестирование на ВИЧ быстрыми тестами и скрининг на туберкулез) и не регламентируют использование интегрированных подходов к оказанию помощи пациентам с двойной или тройной патологией. В случае госпитализации пациента в другое ЛПУ сотрудники сайта ОЗТ вынуждены ежедневно доставлять метадон пациенту, что увеличивает расходы на предоставление услуг ОЗТ.

Сотрудничество НПО и противотуберкулезных учреждений в рамках программ по диагностике и лечению туберкулеза у ЛЖВ ограничено (15). В противотуберкулезных учреждениях Республики Беларусь в 2014 г. все пациенты с ТБ были обследованы на ВИЧ. В 2014 г. среди больных ТБ выявлен 271 пациент с ВИЧ-инфекцией, из них АРТ было назначено 191 (71%) пациенту. Все пациенты с ТБ/ВИЧ получали профилактическое лечение котримоксазолом (16).

Отмечается высокий уровень стигмы и самостигматизации среди ЛЖВ и КГН: 42% ЛЖВ подвергались физическим преследованиям или угрозам из-за своего статуса, 25% указывают на проблемы с трудоустройством из-за наличия ВИЧ-инфекции; большинство ЛЖВ обвиняют себя и чувствуют стыд.



### **БАРЬЕРЫ К ДОСТИЖЕНИЮ ВИРУСНОЙ СУПРЕССИИ:**

- **недостаточный уровень знаний и мотивации среди пациентов для удержания в лечении и достижения вирусной супрессии;**
- **недостаточное социальное сопровождение и работа по формированию приверженности;**
- **отсутствие сайтов интегрированной помощи на базе центров СПИД и противотуберкулезных учреждений.**

## РАЗДЕЛ 4.

### РЕКОМЕНДУЕМЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ АДВОКАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- Формирование эффективной системы социального сопровождения с целью своевременного охвата медицинскими услугами лиц с позитивным результатом тестирования на ВИЧ, в особенности представителей КГН.
- Адвокация внесения изменений в нормативно-правовую базу с целью либерализации законодательства по тестированию (исключение обязательного тестирования отдельных категорий, расширение использования быстрых тестов для снижения барьеров к доступу к обследованию, внедрение стратегий тестирования силами сообществ).
- Мобилизация сообществ с целью системного подхода к работе по снижению стигмы и самостигмы.
- Объединение усилий международных и национальных партнеров с целью пересмотра национальных стандартов и алгоритмов скрининга и диагностики ВИЧ — инфекции для улучшения качества диагностики, сокращения сроков получения окончательного результата исследования, оптимизации использования имеющихся ресурсов.
- Разработка и внедрение (с участием всех заинтересованных сторон) системы социального сопровождения клиентов — ЛЖВ на всех этапах оказания помощи с целью максимального охвата и минимизации отрывов.
- Адвокация расширения программ ОЗТ для ЛЖВ/ЛУИН, предоставления интегрированных услуг с акцентом на пациентов, получающих АРТ.
- Укрепление сотрудничества НПО, ВИЧ — сервисных и противотуберкулезных ЛПУ с целью создания условий для максимального и своевременного охвата пациентов с коинфекцией ВИЧ/ТБ услугами профилактики, диагностики и лечения ВИЧ — инфекции и туберкулеза.
- Адвокация расширения доступа к скринингу на туберкулез и профилактическому лечению изониазидом на базе учреждений, предоставляющих услуги ЛЖВ.
- Пересмотр и приведение в соответствие с рекомендациями ВОЗ списка и количествакупаемых АРВ-препаратов и диагностикумов для эффективного использования бюджетных средств, снижения цен и для достижения целей «90–90–90».



## РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

### РАЗДЕЛ 1.

### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Эпидемия ВИЧ-инфекции на территории Казахстана находится в концентрированной стадии с преимущественным вовлечением КГН.

В 2009 году приняты два основных стратегических документа здравоохранения: Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» и Концепция создания Единой национальной системы здравоохранения РК. Оба документа предполагают проведение общенациональных мер по улучшению здоровья населения с упором на профилактику заболеваний и создание солидарной ответственности государства и граждан за здоровье (19). В Казахстане ответственность за общественное здравоохранение и продвижение здорового образа жизни возложена на различные ведомства, в том числе СЭС, центры по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, поставщиков услуг ПМСП, НПО и международные организации. Наиболее серьезной проблемой в области общественного здравоохранения является координация, рационализация и четкое распределение ролей и обязанностей между различными ведомствами и организациями, вовлеченными в проведение мероприятий по охране и укреплению здоровья населения (19).

Ключевой тенденцией эпидемии ВИЧ в Казахстане является преобладание полового пути передачи (смена путей передачи произошла в 2011 году). По данным официальной статистики, на 31 декабря 2015 г. кумулятивное число случаев ВИЧ-инфекции среди граждан Республики Казахстан составило 24427 человек. Численность ЛЖВ в 2014 г. составила 17726, распространенность ВИЧ-инфекции — 103 на 100 тыс. населения. По данным UNAIDS, на диспансерном учете на 31.12.2015 состояло 14933 ЛЖВ, что составляет 75% от их оценочной численности.

Среди ЛЖВ преобладают ЛУИН — их доля в 2014 году составила 56,3% от всех зарегистрированных случаев ВИЧ инфекции (18).

По данным ДЭН в 2015 г. распространенность ВИЧ-инфекции среди ЛУИН составила 8,2%, среди СР — 1,3%, а среди МСМ — 3,2%.

Оценочная численность ЛУИН (тех, кто употреблял инъекционные наркотики в течение последних 12 месяцев) на 31.12.2015 г. составляла 127800 человек (18). В Республике Казахстан на протяжении нескольких лет ОЗТ реализуется в формате пилотного проекта. На 31.12.2015

сайты ОЗТ работают в 10 городах Казахстана, охватывают услугами 292 пациента, что далеко не соответствует имеющимся потребностям (18).

В Казахстане работа с МСМ проводится в 9 областях (Актюбинской, Восточно - Казахстанской, Жамбылской, Южно — Казахстанской, Карагандинской, Кзыл-ординской, Павлодарской и гг. Алматы, Астана). В этих же областях проведена оценка численности МСМ, которая составляет 39800 человек. В 2015 году превентивными программами охвачено 6660 МСМ. В 2014 году МСМ было роздано 699579 шт. презервативов.

В 2015 г. программами профилактики ВИЧ-инфекции было охвачено 16995 СР (86% от их оценочной численности). В том же году аналогичный показатель охвата среди МСМ составил 6660 человек (17% от оценочной численности).

## РАЗДЕЛ 2.

### АНАЛИЗ КАСКАДА ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Казахстан достиг хороших результатов в организации континуума ВИЧ-услуг для ЛЖВ, и максимально приближено достижение первой цели — 90% выявления ЛЖВ — 17726 лиц знают о своем позитивном ВИЧ-статусе (77% от оценочного числа ЛЖВ) (рис. 4). На диспансерном учете находится 14933 ВИЧ — позитивных пациента (65% от оценочной численности ЛЖВ, или 84% от количества ЛЖВ, знающих о своем ВИЧ-статусе). Значительно более проблематично обстоит ситуация с назначением АРТ — только 6285 ВИЧ — позитивных пациентов получают АРТ (27% от оценочного количества ЛЖВ, или 42% от числа ЛЖВ, стоящих на диспансерном учете). Еще более сложной проблемой является достижение вирусной супрессии — только 2111 пациентов достигли неопределимой вирусной нагрузки, что составляет лишь 9% от оценочной численности ЛЖВ, или 34% от числа пациентов, получающих АРТ.

РИСУНОК 4. Каскад лечения ВИЧ-инфекции, Республика Казахстан, 2015 г.



Как показывают данные каскада лечения, основная доля потерь в континууме услуг отмечается на этапах назначения АРТ и достижения вирусной супрессии. Вопросы диспансеризации требуют меньшего внимания. К сожалению, более детальная информация — каскад лечения для КГН — недоступна. В отчетах об исследованиях, проведенных в Казахстане, отсутствуют данные численности ЛЖВ, дезагрегированные по полу и путям передачи ВИЧ, что затрудняет проведение анализа причин отрывов от лечения и диспансерного наблюдения.

## РАЗДЕЛ 3.

### АНАЛИЗ ДОСТУПА К УСЛУГАМ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЖВ И КГН, ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ К УСЛУГАМ

#### 3.1. Консультирование и тестирование на ВИЧ

Ежегодно в Республике Казахстан на ВИЧ-инфекцию тестируется более 2-х миллионов человек, т.е. 14% населения в год. Ключевой задачей при тестировании на ВИЧ является обеспечение обследованных лиц качественным до- и послетестовым консультированием. В 2015 г. на ВИЧ было обследовано 50756 ЛУИН (39% от оценочного количества, или 84% от числа ЛУИН, охваченных программами профилактики) (18, 62). Обследование экспресс — тестами на ВИЧ-инфекцию составило 73% от общего ЛУИН, обследованных в пунктах доверия. Всего в 2015 г. на ВИЧ обследовано 18764 СР, в том числе быстрыми тестами — 15403 человек (82%). Распространенность ВИЧ среди СР в 2015 г. составила 1,3%. В Казахстане широко используются быстрые тесты для обследования на ВИЧ представителей КГН. Так, всего на ВИЧ-инфекцию было обследовано 1824 МСМ, в том числе экспресс методом — 1706 (18). Всем пациентам с ТБ по инициативе медицинских работников проводится консультирование, из них 98% прошли обследование на ВИЧ (20).

**Барьеры доступа к тестированию** в Казахстане практически отсутствуют, процент ЛЖВ, которые знают свой статус, составляет 77% от их оценочной численности.

#### 3.2. Диспансеризация

На диспансерном учете в областных и городских центрах СПИД состоит 14933 ЛЖВ (85% от числа ЛЖВ, знающих свой статус). Работа учреждений здравоохранения, предоставляющих услуги в сфере ВИЧ, интегрирована с деятельностью противотуберкулезных служб (в вопросах назначения и предоставления АРТ), с системой дородового наблюдения и охраны здоровья матери и ребенка (в вопросах реализации программ ППМР), а также с деятельностью других служб, проводящих программы сексуального и репродуктивного здоровья (18).

В последние годы в Республике Казахстан на 10 сайтах реализуется проект по предоставлению услуг ОЗТ с участием 292 пациентов. Тем не менее, охват услугами ОЗТ гораздо ниже существующих потребностей (18). После утверждения приказа Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30.12.2014 № 367 многие барьеры к получению ОЗТ были устранены, что сделало данную услугу более доступной (19).

Участники ФГ отметили, что барьерами для постановки на учет являются: страх потерять работу и быть отвергнутым обществом, чувство стыда из-за того, что родственники могут узнать о ВИЧ-статусе:



*«Менталитет у нас совсем другой, мы воспитаны по-другому, из-за этого тоже бывают проблемы, что родственники узнают, что это стыдно, как говорится.»*

С другой стороны, респонденты из числа ЛЖВ, участвующие в ФГ, положительно отзывались о сотрудниках центров СПИД (в частности сотрудниках центра СПИД в городах Алматы и Семипалатинск):



*«И я хотела бы отметить, кто обращался в другие медицинские учреждения, так, как разговаривают в СПИД центре, с нами нигде не разговаривают – уважительно, понимающе, скорее всего, они даже не смотрят на то, что ты в употреблении активном и все равно разговаривают как с человеком. Я была удивлена, как разговаривают. Так ласково, как в СПИД центре, нигде так ласково не разговаривают.»*

В Казахстане ЛУИН составляют большую часть ЛЖВ, поэтому можно предположить, что отрывы от диспансерного наблюдения и лечения в этой группе, вследствие ее трудной доступности для медицинских сервисов, могут происходить чаще.

Как компонент процедуры включения в программы медицинской помощи в связи с ВИЧ в центре СПИД, многие ЛЖВ проходят флюорографический скрининг на ТБ на уровне учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). При наличии кашля и/или других жалоб, подозрительных в отношении ТБ, специалисты центра СПИД направляют ЛЖВ в территориальные учреждения ПМСП для диагностики ТБ. При постановке на диспансерный учет ЛЖВ с отрицательным результатом скрининга на ТБ направляют к фтизиатру для назначения профилактического лечения изониазидом. С января 2013 г. ЛЖВ включены в группу исследования на ТБ с использованием ускоренных методов диагностики (GeneXpert). На уровне ПМСП контакт ЛЖВ с больными ТБ исключен, так как больные ТБ, получающие лечение на уровне ПМСП, не являются бактериовыделителями. Кабинеты ДОТ имеют отдельный вход и выход (18).

Одной из ключевых проблем является отсутствие нормативных документов, определяющих порядок предоставления медицинских услуг и назначения АРТ для мигрантов, лиц, освободившихся из мест лишения свободы, и граждан других государств (профилактические услуги для данных категорий доступны) (21, 63).



## БАРЬЕРЫ ПРИ ПОСТАНОВКЕ НА ДИСПАНСЕРНЫЙ УЧЕТ:

- недостаточный охват программами ОЗТ для ЛУИН;
- мифы и страхи, бытующие среди КГН;
- бюрократические проблемы при взятии на диспансерный учёт трудовых мигрантов и освободившихся из тюрем, граждан других государств, постоянно проживающих в Казахстане

### 3.3. АРТ

В Республике Казахстан функционирует 23 учреждения здравоохранения, которые предоставляют АРТ. Начиная с 2009 г., закупка АРВ-препаратов для взрослых и детей полностью обеспечивается за счет государственных средств. Медицинская помощь ВИЧ-позитивным пациентам осуществляется в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

На конец 2015 г. АРТ получали 6285 пациентов, что составило 42% от числа ЛЖВ, состоящих на диспансерном учете, что обусловлено критериями назначения АРТ. Показаниями к назначению АРТ является уровень  $CD4 < 350$  кл/мм<sup>3</sup> (18). Основными причинами выпадения из континуума услуг в связи с ВИЧ — инфекцией на данном этапе являются: отказ пациентов начинать прием препаратов, низкая приверженность и побочные/токсические эффекты, низкая доступность ОЗТ, недостаточное развитие интегрированных услуг и употребление наркотиков (18).

Как и в случае диспансеризации, нерешенным вопросом при назначении АРТ остается предоставление услуг лицам без определенного места жительства, освободившимся из мест лишения свободы и внутренним мигрантам.

Участники ФГ отметили низкий уровень информированности пациентов о наличии и доступности лечения ВИЧ-инфекции в стране:



*«Вот вчера у женщины выявился ребёнок, а она не хотела приезжать. Потому что она считала, что лечения нет, что ребёнок её всё равно умрёт.»*

В 2014 г. АРТ была назначена 472 пациентам с ВИЧ/ТБ, при этом охват антиретровирусной терапией оставил только 43,3% от числа больных с двойной патологией, а охват профилактическим лечением котримоксазолом составил 78% (20).



### **БАРЬЕРЫ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ АРТ:**

- протоколы лечения предусматривают назначение АРТ при уровне  $CD4 < 350$  кл/мм<sup>3</sup>, что ограничивает доступ к лечению для ЛЖВ;
- недостаточный охват ВИЧ – позитивных ЛУИН услугами ОЗТ, что приводит к проблемам формирования приверженности, случаям прерывания лечения и отказам от лечения в этой группе пациентов;
- недостаточный менеджмент побочных эффектов;
- мифы и недостаток информации об АРТ у пациентов.

#### **3.4. Достижение вирусной супрессии**

В 2015 г. определение ВН было проведено для 3093 пациентов, из них, у значительного количества — 2111 (68%) пациентов ВН была меньше 1000 копий/мл (20). Однако непосредственно само исследование для определения ВН проводилось только у 60% пациентов.

По результатам проведенных ФГ было выяснено, что наиболее распространенными причинами отказа от АРТ являются побочные эффекты на фоне приема АРВ-препаратов и химические зависимости (употребление наркотических средств или алкоголя). Кроме того, респонденты отмечали нежелание ЛЖВ рассказывать своим родственникам о заболевании и о лечении, что приводит к отказам от АРТ. Многие респонденты отмечали барьеры, связанные с удаленностью и неудобным месторасположением центров СПИД, необходимостью регулярно их посещения для получения АРВ — препаратов, что для ЛЖВ представляется сложным из-за отсутствия средств на проезд.



### **БАРЬЕРЫ К ДОСТИЖЕНИЮ ВИРУСНОЙ СУПРЕССИИ:**

- проблемы формирования и сохранения приверженности;
- проблемы организации мониторинга и менеджмента побочных эффектов;
- недостаточный доступ к ОЗТ для ЛЖВ, получающих АРТ;
- недостаточный доступ к определению вирусной нагрузки.

### РЕКОМЕНДУЕМЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ АДВОКАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- Объединение усилий всех заинтересованных сторон с целью создания условий и формирования эффективной системы социального сопровождения представителей КГН к тестированию на ВИЧ и своевременного охвата медицинскими услугами лиц с позитивным результатом тестирования на ВИЧ.
- Объединение усилий государственных структур и неправительственных организаций с целью мотивации представителей КГН к получению медицинской помощи, для борьбы со стигмой и самостигмой.
- Адвокация расширения доступа к ОЗТ как методу формирования приверженности ЛЖВ/ЛУИН к медицинским услугам и к АРТ.
- Пересмотр и приведение в соответствие с рекомендациями ВОЗ списка и количества закупаемых АРВ-препаратов и диагностикумов для эффективного использования бюджетных средств, снижения цен и для достижения целей «90–90–90».
- Создание и обеспечение эффективного функционирования системы предоставления интегрированных услуг и системы социального сопровождения для пациентов с двойной/тройной проблемами (ВИЧ/ТБ, ВИЧ/ТБ/ЛУИН) с целью обеспечения своевременной диагностики, профилактики и лечения, а также снижения риска отрывов от лечения.



## КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА

### РАЗДЕЛ 1.

#### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Эпидемия ВИЧ в Кыргызской Республике находится в концентрированной стадии. В Кыргызской Республике принята «Государственная программа по стабилизации эпидемии ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 2012–2016 годы» и программа реформирования здравоохранения «Ден Соолук» на 2012–2016 гг. Государственная программа по стабилизации эпидемии ВИЧ является составной частью Стратегии развития страны, основанной на Целях развития тысячелетия. Программа направлена на предотвращение дальнейшего распространения ВИЧ, обеспечение доступа к диагностике, лечению, уходу и поддержке ЛЖВ, усилению системы здравоохранения. В областях работа по профилактике ВИЧ осуществляется на основании областных программ и ведомственных планов по реализации мероприятий Государственной программы. Выполнение мероприятий в рамках стратегий Государственной программы отслеживается на основе национальных индикаторов и отчетов по реализуемым мероприятиям. Сбор данных осуществляет Министерство здравоохранения и ежегодно предоставляет обобщенный отчет в Правительство КР (22).

По оценкам с использованием программы «Спектрум» в 2014 г. в стране оценочное количество ЛЖВ составило 8012 (22).

**Основными тенденциями развития** эпидемии ВИЧ в Кыргызстане являются:

- преобладание полового пути передачи ВИЧ (среди новых случаев ВИЧ — инфекции передача половым путем выросла с 33% в 2010 г. до 62,3% в 2014 г., в то время как доля передачи парентеральным путем составила 28,6% и сократилась с 59% в 2010 году) (22, 23);
- рост доли женщин среди новых случаев ВИЧ (в 2010 г. женщины составляли 30% из числа вновь зарегистрированных ЛЖВ, а в 2014 г. они составили уже 43,7% (22, 23);
- снижение распространенности ВИЧ среди молодых ЛУИН в возрасте до 25 лет на 6,4% (2010 г. — 8%, 2013 г. — 1,6%) (22, 23).

Кыргызская Республика остается страной с низким уровнем распространения ВИЧ. По данным РЦ «СПИД» на 1 января 2015 года всего зарегистрировано 5760 лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, из них 5505 - граждане КР, и из них 691 больных на терминальной стадии. В 2014 году доля ЛЖВ, употребляющих наркотики инъекционным путем, составляла 28,6%. Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике на 100000 населения составил в 2011 г. — 10,8,

в 2012 г. — 12,5, в 2013 г. — 8,5, в 2014 г. — 10,5 (22).

Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех регионах республики. По данным РЦ «СПИД», по состоянию на 1 января 2015 г. наибольшее число ЛЖВ зарегистрировано в Чуйской области (29,9% от всех зарегистрированных), в Ошской области (19,6%), г. Ош (16,8%) и г. Бишкек (15%). Наименьшее число ЛЖВ зарегистрировано в Таласской (1,3%) и Нарынской (1,5%) областях (22).

За последние пять лет (с 2010 по 2014 гг.) число официально зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в стране увеличилось в два раза (с 2718 случаев по состоянию на 01.01.2010 г. до 5760 по состоянию на 01.01.2015 г.), а число ВИЧ-позитивных женщин — в 2,2 раза. Из них 2,4% женщин является потребителями наркотиков, у 10% женщин половые партнеры ЛУИН, у 87,6% женщин половые партнеры не имели отношения к употреблению наркотиков (22).

Основная доля выявления ВИЧ-инфекции приходится на категорию трудоспособного и репродуктивного возраста 20–39 лет — 67,4%. Доля ВИЧ-позитивных детей в возрасте до 15 лет составила 9,6% (22).

КГН в Кыргызстане включают ЛУИН, заключенных, СР, МСМ; однако основным драйвером эпидемии остаются ЛУИН. Несмотря на то, что доля ЛУИН среди новых случаев снизилась, кумулятивно ЛУИН составляют 58% среди ЛЖВ, которые знают свой диагноз (25). Распространенность ВИЧ среди ЛУИН по данным ДЭН 2013 года составила 12,4% и имела значительные колебания в различных регионах (23, 24). Позитивным фактором является снижение на 6,4% распространенности ВИЧ среди молодых ЛУИН в возрасте до 25 лет (2010 г. — 8%, 2013 г. — 1,6%).

МСМ в Кыргызской Республике являются закрытой группой, поэтому данные ДЭН, касающиеся МСМ, репрезентативны только для г. Бишкек. Распространенность ВИЧ среди МСМ составила 13,3% (27, 28).

Распространенность ВИЧ среди заключенных сократилась почти вдвое с 13,7% в 2010 г. до 7,6% в 2013 г. и остается достаточно высокой.

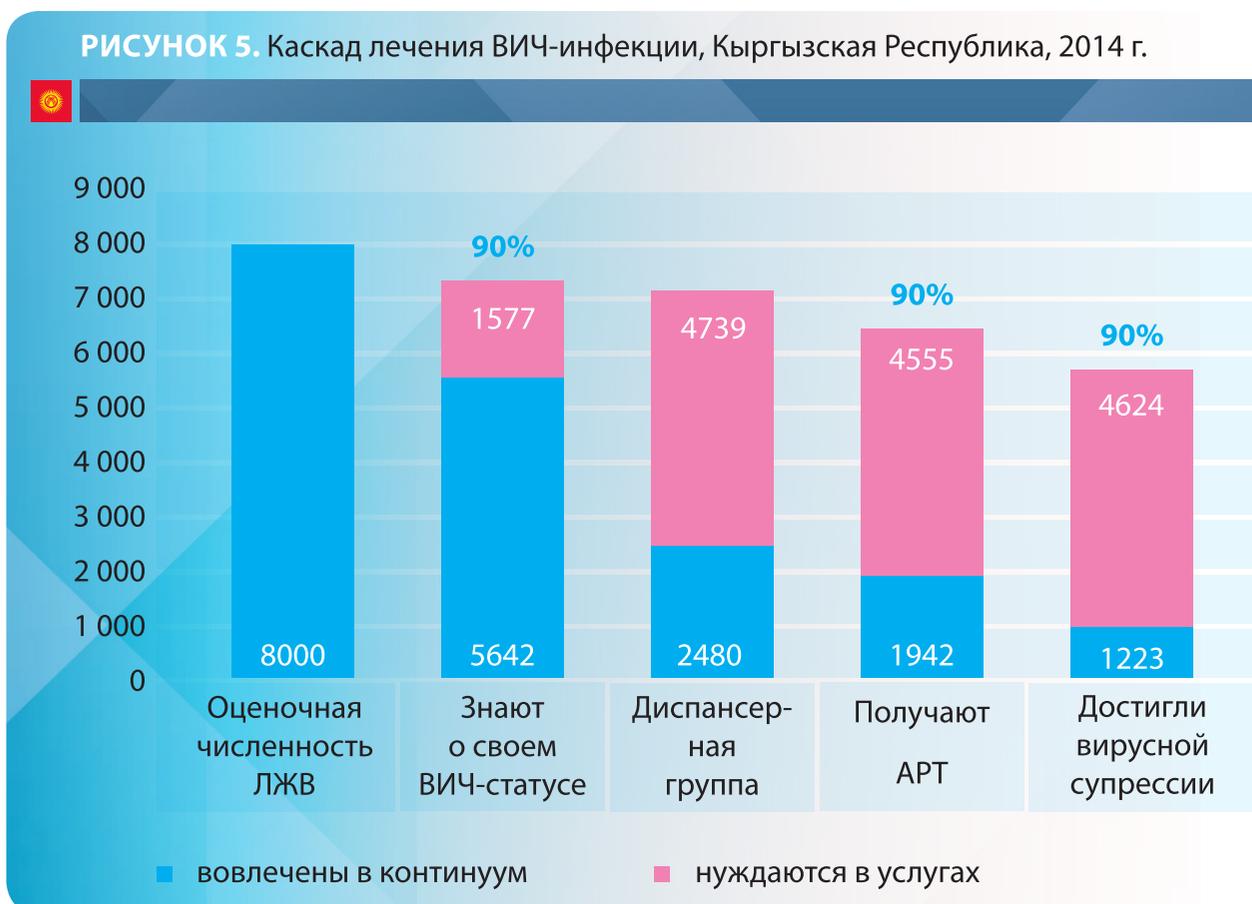
В Республике Кыргызстан зарегистрированы случаи инфицирования детей парентеральным путем, что обусловлено вспышкой ВИЧ — инфекции в Ошской области в 2007 году: на 01.01.2015 г. зарегистрировано 523 ребенка, из них парентеральный путь передачи — 345, вертикальный — 155, половой — 2, неуточненный — 21.

Умерло за все годы 1096 ЛЖВ, из них на стадии СПИД — 346 человек. Смертность от ВИЧ значительно возросла за последние годы и утроилась по сравнению с 2008 годом. Эта тревожная тенденция отражает позднюю диагностику, поздний охват медицинскими услугами, позднее назначение АРТ и проблемы удержания на АРТ, рост числа случаев ВИЧ/ТБ и неудовлетворительный менеджмент случаев ВИЧ/ТБ. Туберкулез явился причиной 58% смертей ЛЖВ (23).

## РАЗДЕЛ 2.

### АНАЛИЗ КАСКАДА ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

По состоянию на 01.01.2015 оценочная численность ЛЖВ в Кыргызской Республике составляла 8021, из них 5642 (70%) знали о своем ВИЧ-статусе, 2480 (31% от оценочного числа, или 44% от числа знающих о своем статусе) состояли на диспансерном учете в связи с ВИЧ-инфекцией, 1942 (24% от оценочного числа, или 78% от количества пациентов на диспансерном учете) получали АРТ и 1223 (15% от оценочного числа, или 63% от числа получающих АРТ) достигли вирусной супрессии (Рис. 5).



Как демонстрирует каскад лечения, практически на всех этапах получения услуг, связанных с ВИЧ — инфекцией, отмечаются существенные потери пациентов, однако на этапе диспансеризации эти потери наиболее значительные.

## РАЗДЕЛ 3.

### АНАЛИЗ ДОСТУПА К УСЛУГАМ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЖВ И КГН И ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ К УСЛУГАМ

#### 3.1. Консультирование и тестирование на ВИЧ

Порядок обследования на ВИЧ — инфекцию регулируется положениями «Закона о ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике», который принят 27 июня 2005 г. В Кыргызской Республике тестирование на ВИЧ чаще всего проводится добровольно. Обязательное тестирование предусмотрено при обследовании доноров крови, биологических жидкостей, органов и тканей; иностранных граждан и лиц без гражданства, в случаях, предусмотренных международными договорами; а также представителей некоторых профессий. Принудительное тестирование на ВИЧ может быть проведено по решению суда при сохранении конфиденциальности. Тестирование на ВИЧ для всех категорий населения проводится бесплатно.

ДКТ с использованием экспресс — тестов (включая тестирование по слюне) проводится на базе 20 НПО (23). Кроме того, тестирование на ВИЧ доступно в 63 лечебных учреждениях по всей стране: 9 Центрах СПИДа, 54 учреждениях общественного здравоохранения (включая 21 противотуберкулезный диспансер, 10 центров первичной медицинской помощи и 11 медицинских учреждений в пенитенциарной системе). В Кыргызстане 46 диагностических лабораторий выполняют скрининговую диагностику ВИЧ методом ИФА, а две референс — лаборатории (на базе Республиканского центра СПИДа и центра СПИДа г. Ош) проводят подтверждающие исследования методом иммунного блотинга. В связи с тем, что образцы крови позитивных пациентов для проведения подтверждающих исследований доставляются в референс — лабораторию, пациент должен ждать подтверждающих результатов теста более одного месяца (23).

Все пациенты противотуберкулезных учреждений имеют доступ к тестированию на ВИЧ. В 2014 г. ВИЧ-инфекция была впервые выявлена у 7052 пациентов с туберкулезом (25).

В 2014 г. на ВИЧ было протестировано 436347 граждан Кыргызской Республики, что составило 7,5% от численности населения страны, из них 92% узнали свои результаты. Основное количество обследований приходится на беременных — 43,4%, из них у 0,04% женщин тестирование определило позитивный результат. Несмотря на то, что уровень инфицирования ВИЧ в КГН достаточно высокий, охват тестированием представителей данных групп является недостаточным (ЛУИН — 20%, СР — 17%, и МСМ — 1,2%) (22).

С целью улучшения доступа к тестированию на ВИЧ в 2012 г. было разработано и утверждено руководство по экспресс — тестированию на ВИЧ КГН, в том числе с исследованием по слюне (приказ Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики от 18.09.2012 г № 517 «Внедрение тестирования на ВИЧ методом экспресс — тестирования среди уязвимых групп населения»). В 2014 г. был утвержден приказ о расширении экспресс — тестирования еще на девять НПО (приказ Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики от 15.04.2014 г. № 394 «О расширении экспресс — тестирования на ВИЧ среди уязвимых групп населения»). Экспресс-тестирование на ВИЧ проводят обученные сотрудники 19 НПО.

В 2014 г. быстрыми тестами было обследовано 7273 представителей КГН, выявлено 305 ЛЖВ (4,2%), однако только 91 человек (30% от выявленных) был взят на диспансерный учет (23) (Табл. 3).

**ТАБЛИЦА 3.** Характеристики предоставления услуг ДКТ и связи с диспансерным наблюдением для представителей КГН на базе неправительственных организаций, Кыргызская Республика, 2014 г.

КГН	Обследовано	ВИЧ+	Взято на Д-учет
ЛУИН	3 885	233	58
МСМ	836	34	21
СР	2 552	38	12
Всего	7 273	305	91

По мнению участников ФГ, одним из барьеров к тестированию является страх:



*«Из-за страха, просто – напросто». (Из-за страха чего?) «Что выявят и потом. Первым делом, когда мы это узнаем, очень тяжело. Когда нет рядом поддержки, что кто-нибудь сказал: ты не переживай, туда-сюда. Это очень тяжело. Поэтому, я, допустим, тоже, когда первый раз узнала, для меня это был шок. У меня просто муж рядом был, и он меня поддержал. А если б не он, я не знаю, наверное, уже не было б. Мы просто боимся этого.»*

*«Страх, боятся узнать диагноз. Мало информации где и как это можно сделать.»*



### **Барьерами доступа к тестированию являются:**

- **низкая мотивация к тестированию среди представителей КГН (25);**
- **длительная процедура проведения подтверждающих исследований;**
- **самостигматизация и страх представителей КГН;**
- **недостаточный охват ключевых групп услугами НПО.**

## 3.2. Диспансеризация

В Кыргызской Республике представители КГН получают медицинские услуги независимо от места регистрации. Взятие на диспансерный учет в Кыргызстане является одной из ключевых проблем континуума услуг. На учете состоит только 31% от оценочной численности ЛЖВ, или 44% из числа ЛЖВ, знающих свой статус (2480 пациентов). В 2014 г. было взяты на диспансерный учет только 30% ЛЖВ от общего количества ВИЧ — позитивных лиц, которые были выявлены при содействии НПО (23).

Сохраняется проблема поздней диагностики ВИЧ, особенно в группе ЛУИН. Доля ЛЖВ с уровнем  $CD4 \leq 350$  кл/мм<sup>3</sup> и наличием клинических симптомов ВИЧ-инфекции на момент установления диагноза составила 40%. В 2013 г. 66% новых случаев ЛЖВ-ЛУИН имели уровень  $CD4$  менее 200 кл/мм<sup>3</sup> (23).

По мнению участников ФГ, ключевыми барьерами при обращении за медицинской помощью являются страх, самостигматизация, недостаточное внимания к собственному здоровью:



*«Страх. Еще боятся, что его там увидят, что если он в этот кабинет зашел, то что-то с ним не то. Там, например, есть такие девушки в хиджабах, она стоит как будто в другой кабинет, она посмотрела, что в коридоре никого нет, и раз зашла в этот кабинет.»*

*«Самочувствие нормально, люди себя хорошо чувствуют и не обращаются.»*

*«Есть категория людей, особенно женщины, чего они боятся? Во-первых, это как я сообщу мужу? Муж меня здесь увидит и что он скажет? А источник кто был? – Муж! Потом если женщина беременная, тут вообще головоломка начинается. Тут нужно и ребенка сохранить и психоэмоциональное и семью сохранить, и не сказать тоже как?»*

*«А мужики, которые приходят, вот: «А как я скажу своей жене?» Я им всегда открыто говорю, если ты джентльмен, если ты мужик, ты скажешь!»*



### Барьеры при постановке на учет:

- **низкий уровень социальной адаптации большинства ЛУИН: отсутствие прописки; документов, удостоверяющих личность, постоянного места жительства, работы, перемещение в пределах и за пределами страны);**
- **отсутствие должной мотивации к сохранению собственного здоровья;**
- **высокий уровень самостигматизации и наличие мифов;**
- **недостаточное качество социального сопровождения и механизмов переадресации из НПО в медицинские учреждения, которые оказывают ВИЧ-услуги.**

### 3.3. АРТ

В Кыргызстане основным документом, регулирующим государственные закупки, является Закон «О государственных закупках» № 69 от 24 мая 2004 г.; более детальные положения содержатся в других законах и подзаконных актах. В Кыргызстане действует централизованная система закупок лекарственных средств. На основании заявок, полученных от организаций здравоохранения, Министерство здравоохранения формирует сводную заявку централизованной закупки лекарственных средств на год с поквартальной разбивкой в разрезе областей, и вносит заявку в Фонд обязательного медицинского страхования не позднее двух месяцев до начала года. Фонд выполняет централизованную закупку лекарственных препаратов в соответствии с требованиями Закона «О государственных закупках». В 2014 году все АРВ препараты в Кыргызстане закупались в рамках проекта ГФСТМ (26).

В 2014 г. определение уровня CD4 было доступно только для половины всех пациентов, получающих услуги в медицинских учреждениях (24). В Клинические протоколы по ВИЧ-инфекции, утвержденные Приказом Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики от 22.01.2015 г, № 29 внесены изменения, расширяющие доступ к АРТ для ВИЧ позитивных пациентов:

- Рекомендуется назначать АРТ при уровне CD4 ≤ 500 кл/мм<sup>3</sup> (приоритет для пациентов с CD4 ≤ 350 кл/мм<sup>3</sup>). Кроме того, рекомендуется назначение АРТ независимо от уровня CD4 пациентам с III и IV стадиями ВИЧ-инфекции, коинфекцией (ТБ, гепатит В или С), беременным или кормящим матерям, ВИЧ-позитивному партнеру из дискордантной пары.
- Стандартом первой линии АРТ является режим из двух НИОТ, третьим компонентом может быть ННИОТ или усиленный ИП.

В республике 76 учреждений здравоохранения предоставляют АРТ. Антиретровирусные препараты закупают за счет средств ГФ и распределяются между центрами СПИД (7 областных, 1 городской), далее в районные Центры Семейной Медицины или Группам Семейных Врачей (23).

Как показали результаты ФГ, часть ЛЖВ не знает о том, что АРТ доступна и предоставляется бесплатно:



*«У меня тоже есть знакомый, который не знает об АРТ, у него ВИЧ, семейные пары, они не знают, что есть лекарства и что их нужно пить.»*

Также пациенты отмечают перебои в поставках препаратов:



*«Вот один раз мы с мужем ходили за его лекарством, я не знаю, что у них там было, врач открывал тюбик и говорит, просто нет лекарств, ты же не один, и вот он кулечки делал и 10 штук каждому откладывал. И сказал прийти еще через 10 дней. Вот мы говорили, что нет возможности часто приходить, денег нет, но вот нужно было делить на всех.»*

В 2015 г. был утвержден клинический протокол «Лечение сочетанной формы туберкулеза и ВИЧ среди взрослых и подростков». Лечение туберкулеза у пациентов с коинфекцией ВИЧ/ТБ чаще всего обычно проводят в стационаре во время интенсивной фазы противотуберкулезной терапии. Амбулаторные услуги доставляются в семи противотуберкулезных диспансерах. В учреждениях, которые предоставляют медицинские услуги ЛЖВ, имеются сложности с оказанием помощи больным с ТБ/ВИЧ, включая высокий уровень стигмы в отношении пациентов с ВИЧ и ТБ, ограниченное число сотрудников и высокую текучесть кадров. АРВ — препараты не доступны в противотуберкулезных учреждениях, а лечение туберкулеза не доступно в лечебных учреждениях, оказывающих помощь ЛЖВ. Не организована система переправления пациентов из противотуберкулезной службы в службу СПИДа, и наоборот (23).

В 2014 г. 84,6% ЛЖВ прошли скрининг на туберкулез. По состоянию на 1 января 2015 г. на учете состояло 679 больных с коинфекцией ВИЧ/ТБ, из них 421 (62%) получали АРТ. В 2014 г. профилактическое лечение изониазидом получали 17,6% ЛЖВ. Профилактическое лечение котримоксазолом получают практически все пациенты с сочетанной инфекцией (25). Из 219 ЛЖВ, умерших в 2014 году, от туберкулеза умерло 73 человека, что составляет 33% (22).

Участники ФГ также указали на сложности получения медицинской помощи больными с ВИЧ/ТБ:



*«Для ЛЖВ/ТБ есть отдельное лечение. Сначала начинают лечение ВИЧ, а потом посылают на лечение от ТБ, так как лечения этих обоих заболеваний сразу не бывает. У них несхожие лекарства, совсем разная программа. Для ЛЖВ/ТБ, когда выдаются лекарства, выдаются сразу на 2-3 месяца сразу.»*

*« ..нужно сначала лечить ТБ, а потом назначать АРТ за редкими исключениями.»*



### **Барьеры доступа к АРТ:**

- **дефицит знаний пациентов о возможности получения бесплатного лечения;**
- **перебои в поставках АРВ препаратов**

### 3.4. Достижение вирусной супрессии

В 2014 г. не было зарегистрировано перебоев поступления антиретровирусных препаратов. Количество ЛЖВ (взрослых и детей) на АРТ спустя 12 месяцев после начала получения терапии составило 85% (22).

Из 1718 ЛЖВ, получающих АРТ, исследование уровня вирусной нагрузки проводилось у 1111 ЛЖВ, у 692 (62,3%) ВН составляла 0–500 копий/мл, а у 720 (64,8%) не превышала 1000 копий (22).

Учитывая, что более 50% ЛЖВ составляют ЛУИН, актуальным является вопрос охвата услугами ОЗТ. ОЗТ в Кыргызстане предоставляется на 30 сайтах в разных районах страны, включая пенитенциарные учреждения. На 01.11.2014 г. число клиентов ОЗТ достигло 1424 человек (при оценочном числе ЛУИН в 25500 человек). Требуют дополнительного анализа причины отрывов от программ ОЗТ. В программы заместительной терапии метадоном были включены более 3000 клиентов, но через 12 месяцев продолжали получать ОЗТ только 29–40% участников (23).

Участники ФГ указали на важность интеграции сайтов ОЗТ и ВИЧ-услуг:



*«В городском центре СПИД была такая практика, открытое окно, там метадоновый сайт, там только ВИЧ были и там сразу по месту и консультация инфекциониста, фтизиатра, CD4 и вирусная нагрузка, но он работал только 1 год. Почему закрыли, я не могу сказать.»*

Один из участников ФГ таким образом описал причины отказа от АРТ:



*«Зависимость, алкоголь, наркотики, и потом неверие в эффективность АРВ, когда просто не донесли информацию и человек ее просто не принимает. Нюансов море, кто занаркоманился, кто-то заалкашился.»*



#### **Барьеры к достижению вирусной супрессии:**

- **низкая приверженность к лечению у ЛУИН;**
- **проблемы менеджмента побочных эффектов АРТ.**

### РЕКОМЕНДУЕМЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ АДВОКАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- Объединение усилий всех заинтересованных сторон с целью разработки и внедрения эффективного механизма социального сопровождения клиентов после тестирования, в том числе на базе сообществ, для своевременного взятия на диспансерный учет, обеспечения лечением.
- Мобилизация представителей сообществ и НПО с целью мотивации представителей КГН к тестированию и лечению.
- Пересмотр (в сотрудничестве с международными и национальными партнерами) алгоритма лабораторного этапа обследования на ВИЧ с целью сокращения времени получения окончательного результата обследования.
- Более активная работа сообществ на борьбе со стигмой и самостигмой с целью профилактики отрывов представителей КГН от услуг, связанных с ВИЧ — инфекцией.
- Пересмотр и приведение в соответствие с рекомендациями ВОЗ списка и количествакупаемых АРВ-препаратов и диагностикумов для эффективного использования бюджетных средств, снижения цен и для достижения целей «90–90–90»; формирование эффективной системы плановых закупок АРВ-препаратов за средства национального бюджета.
- Адвокация расширения доступа к программам ОЗТ для ЛЖВ/ЛУИН как методу формирования и поддержки приверженности к лечению.
- Развитие интегрированных сервисов для пациентов из КГН на базе учреждений, предоставляющих услуги в связи с ВИЧ-инфекцией, что будет способствовать формированию приверженности и удержанию пациентов на АРТ.



## РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

### РАЗДЕЛ 1.

#### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Российская Федерация — страна с самыми большими масштабами развития эпидемии ВИЧ в ВЕЦА, в которой, по словам директора Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом (ФНМЦ СПИД) академика Вадима Покровского, эпидемия в ряде регионов перешла из концентрированной стадии в генерализованную. Федеральным законом Российской Федерации от 30 марта 1995 г. «О мерах по предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией)» определены основы государственной политики в области противодействия ВИЧ-инфекции (29). В настоящее время основным инструментом реализации данной политики является государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294, а также региональные программы. Финансовое обеспечение реализации мероприятий, направленных на профилактику, выявление, лечение и мониторинг лечения больных ВИЧ-инфекцией осуществляется из разных источников, но основные расходы производятся из федерального бюджета (29).

В субъекты Российской Федерации были перечислены средства федерального бюджета для закупки диагностических средств и антиретровирусных препаратов для профилактики ВИЧ-инфекции, выявления, мониторинга лечения и лечения лиц, инфицированных ВИЧ, вирусными гепатитами В и С, а также на реализацию мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С, включающих в себя кампании по информированию и обучению различных групп населения средствам и методам профилактики ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С.

Одной из ключевых проблем является отсутствие единой системы мониторинга ВИЧ — инфекции в Российской Федерации: данные ФНМЦ СПИД отличаются от данных Министерства здравоохранения. По данным, представленным страной в «Отчете о мерах по борьбе с ВИЧ/СПИД за 2014 год», общее число ЛЖВ, зарегистрированное в Российской Федерации на 1 января 2015 г., составило 742631 человек, из них мужчин 61% (452892 случая) и 39% женщин (289739 случаев) (29). По данным ФНМЦ СПИД на 01.01.2015 г. зарегистрировано 937068 ЛЖВ (30). Для целей этого обзора в основном использовалась

информация, предоставленная Россией в «Отчете о мерах по борьбе с ВИЧ/СПИД за 2014 год».

**Основными тенденциями эпидемии** в Российской Федерации в 2014 году являются:

- переход эпидемии в генерализованную стадию в отдельных регионах стран, о чем свидетельствует выход эпидемии из уязвимых групп населения в общую популяцию;
- рост доли парентерального пути передачи ВИЧ-инфекции среди наркопотребителей;
- преобладание парентерального пути передачи ВИЧ (в 2014 году — 57,3% среди новых случаев);
- рост заболеваемости и смертности от туберкулеза среди ЛЖВ, включая тех, кто получает АРТ (в 2014 году зарегистрировано 14394 новых случаев заболевания ТБ/ВИЧ, что составило 38% среди новых случаев ТБ. Умерло 6685 пациентов с ТБ/ВИЧ) (29).

По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, на 01.01.2015 г. оценочная численность ЛЖВ составляла 1 300 000, ЛУИН — 2500 000, МСМ — 1 500 000 и СР — 1 000 000.

В 2014 г. было зарегистрировано 92613 новых случаев ВИЧ-инфекции. Среди впервые выявленных ЛЖВ в 40% случаев диагноз установлен у женщин (37144 случая) и в 60% случаев диагноз установлен у мужчин (55469 случаев). Доля иностранных граждан составляет 2% среди всех ЛЖВ и 4,3% среди новых случаев ВИЧ (29).

У 57,3% ЛЖВ с установленными факторами риска заражения, впервые выявленных в 2014 г., основным фактором риска было употребление наркотиков нестерильным инструментарием. Гетеросексуальные контакты как основной фактор риска заражения были указаны у 40,3% ЛЖВ, впервые выявленных в 2014 г. Доля ЛЖВ-МСМ среди новых случаев ВИЧ-инфекции в 2014 г. составила 1,2%. Из числа зарегистрированных ЛЖВ 3,4% (24940) умерли в 2014 г. (29).

В 2014 г. на диспансерном наблюдении находилось 522611 больных ВИЧ-инфекцией. Среди пациентов, состоящих на учете, стадия СПИДа была зарегистрирована у 37217 (7%) пациентов. В отчетном году стадия СПИДа была выявлена у 9151 человека (9,8% от числа впервые выявленных). Умерло больных СПИДом 6753 человека (18% из общего числа больных на стадии СПИДа) (29).

Из 522611 ЛЖВ, состоявших на диспансерном учете, в 2014 г. прошли обследование 461295 пациентов (88,3%). Обследование с целью определения степени иммуносупрессии проведено у 439912 пациентов (84% от состоящих на диспансерном учете), вирусная нагрузка определена у 415472 больных (79% от диспансерной группы) (29).

## РАЗДЕЛ 2.

### АНАЛИЗ КАСКАДА ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

По состоянию на 01.01.2015 в Российской Федерации 742631 человек (только 57% от оценочного числа ЛЖВ) знал свой статус (Рис. 6). На диспансерном учете состояли 522611 человек (40% от оценочного числа ЛЖВ, или 70% от числа знающих статус). АРВ — терапию получали 177687 пациентов (14% от оценочного числа ЛЖВ, или 34% диспансерной группы) (2). Данные о количестве ЛЖВ, достигших вирусной супрессии, в открытом доступе отсутствуют.

**РИСУНОК 6.** Каскад лечения ВИЧ - инфекции, Российская Федерация, 2014 г.



Выпадение из континуума услуг наблюдается на всех этапах каскада, но ключевыми направлениями адвокационных мероприятий (исходя из приведенных выше данных) могут стать вопросы выявления ЛЖВ, охвата диспансеризацией и доступ к АРТ (34). К сожалению, более детальная информация — каскад лечения в КГН — недоступна.

## РАЗДЕЛ 3.

### АНАЛИЗ ДОСТУПА К УСЛУГАМ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЖВ И КГН, ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ К УСЛУГАМ

#### 3.1. Консультирование и тестирование на ВИЧ

Согласно национальным стандартам обследование на ВИЧ проводится методом иммуноферментного анализа с подтверждением методом иммунного блотинга. Длительность получения результата подтверждающего тестирования занимает от 3–7 дней до одного месяца (32). В соответствии с Национальными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции у взрослых, использование быстрых тестов предусмотрено для скрининга образцов донорской крови, обследования беременных, поступивших в роддом без планового результатов обследования на ВИЧ, но не предусмотрено для обследования КГН (32).

Охват больных туберкулезом тестированием на ВИЧ в 2014 г. не превышал 50%.

Сокращение международного финансирования на сервисы для КГН, предоставляемые неправительственным сектором, ограничивает доступ к профилактическим услугам. Стратегия тестирования на ВИЧ недостаточно сфокусирована на КГН и ограничивает доступ представителей КГН к тестированию на ВИЧ. Чаще всего тестирование на ВИЧ проводится в местах лишения свободы, по инициативе медицинского работника во время визита в медицинское учреждение, при оформлении различных официальных документов, устройстве на работу (33).

В Российской Федерации существует проблема поздней диагностики ВИЧ-инфекции, которая особенно остро стоит в наиболее пораженных регионах страны и регионах с низким охватом тестированием на ВИЧ (29, 34). Так, у 28,6% взятых под наблюдение пациентов с ВИЧ зарегистрирована стадия вторичных проявлений, в т.ч. в 13,2% случаев наблюдались выраженные клинические проявления ВИЧ-инфекции (29).

Участники ФГ отметили барьеры доступа к тестированию, связанные с малоэффективной логистикой проведения тестирования и необходимостью оплаты тестирования для лиц без клинических проявлений:



*«Первый раз я сдавала в районной поликлинике. Там неточный тест пришел. Еще пока ни да, ни нет. И для того, чтобы пересдать, я поехала в Центр, там есть специальное отделение, можно и анонимно, и по паспорту сдать ... мне прямо по телефону озвучили диагноз положительный. Никак меня не подготовили, не сказали, чтоб приехала.»*

*«Согласно законодательству РФ, каждый гражданин имеет право на бесплатное тестирование. В системе ОМС прописано, по какой причине может терапевт его направить – это 113 код, то есть наличие клинических проявлений. Всё. Если их нету, то извините – идите и платите.»*



### БАРЬЕРЫ ДОСТУПА К ТЕСТИРОВАНИЮ:

- **задержки в получении подтверждающего результата тестирования;**
- **ограниченный доступ КГН к услугам тестирования с использованием быстрых тестов;**
- **ограниченный доступ к тестированию на базе сообществ.**

### 3.2. Диспансеризация

Всего в 2014 г. было впервые взято под наблюдение 73538 ЛЖВ, в том числе 42520 мужчин (57%) и 31018 женщин (43%). Среди ЛЖВ, впервые взятых на диспансерное наблюдение, у 6,5% пациентов была зарегистрирована острая стадия ВИЧ-инфекции, у 64% — бессимптомная стадия заболевания (29).

По мнению участников ФГ, ЛЖВ — внутренним трудовым мигрантам, не имеющим регистрации по месту фактического проживания, сложно получить услуги в связи с ВИЧ-инфекцией:



*«В Москве не очень-то все двери открыты, потому что у меня нет регистрации, будет она у меня только подмосковная. И пока что не знаю, куда идти. Пришла я недавно в Федеральный СПИД-центр, и там врач пошел мне навстречу, сказал, что он принимает только местных и без определенного места жительства, но раз мне так дорого сдать лабораторные анализы, то возьмет хоть вирусную нагрузку бесплатно.»*

*«Я в другом городе не могу встать на учёт. Я приезжал, чтоб поставили. В Москву приехал – тоже отказали. Говорят, что без регистрации не могут поставить на учёт. Сейчас я стою на учёте в своём городе, а ездить за препаратами дорого.»*

Дефицит корректной информации о заболевании, о доступности лечения ВИЧ-инфекции в среде ЛЖВ приводит к позднему обращению за услугами:



*«Я вот про себя могу сказать, почему я не хотела вставать на учёт. Я видела, что вокруг меня много ВИЧ – положительных и всё нормально у них, недохнут, как мухи. Живут с этим диагнозом. И смысл мне бежать вставать на учёт? Мне было всё равно – встану я, не встану. Зачем? Встают на учёт, чтоб получать какие-то услуги в этом специализированном центре.»*

Отдельные участники ФГ отметили неверие в правильность результата тестирования, страхи, а зачастую дискриминационные действия при постановке на учет:



*«У меня был страх, что вот начнут узнавать точки, кто с кем, где кололся, кому колол. Такие вопросы.» (ЛУИН)*

*«Я столкнулась с этим при постановке на учет, меня прямо допрашивали. Где с кем, сколько человек.» (СР)*

Среди ЛЖВ, состоящих на диспансерном учете, лечение от туберкулеза в общей сложности получили 34225 больных — 90,8% от числа выявленных больных активным туберкулезом. Химиопрофилактика туберкулеза изониазидом проводилась у 27900 больных (5,3% от состоящих на диспансерном учете).



### **БАРЬЕРЫ К ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ:**

- **вопросы транспортировки до ЛПУ, неудовлетворенность качеством услуг;**
- **негативное отношение персонала медицинского учреждения;**
- **личностные барьеры представителей КГН: низкое значение, придаваемое своему здоровью; внутренняя стигма и желание скрыть свой ВИЧ-статус, страх узнать реальную ситуацию в отношении здоровья;**
- **ограничения в доступе к услугам для внутренних трудовых мигрантов;**
- **централизация услуг: предоставление услуг, связанных с ВИЧ, исключительно в центрах СПИДа.**

### 3.3. АРТ

Согласно официальным данным, АРВ-терапию в 2014 г. получали 177687 человек. По расчетам Федерального Центра СПИД количество людей, которые должны ее получать, составляет не менее 350000 (3). По оценкам Всемирного банка, общее число ЛЖВ в России к 2020 г. составит от 5,4 миллионов до 14 миллионов человек. Соответственно, существенно увеличится и потребность в АРВ препаратах.

По словам участников ФГ, большой объем и стоимость исследований, которые назначаются при первичном приеме у врача-инфекциониста в СПИД-центре, приводят к задержке в назначении АРТ:



*«Раньше всё было бесплатно, и мы даже получали одно время талончики на томографию. Сейчас, конечно, никаких талончиков. Некоторые анализы, например, гормоны, не относящиеся к ВИЧ-инфекции, но, тем не менее, в СПИД Центре они уже платные. Даже для ВИЧ – положительных».*

Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции у взрослых 2013 г. в Российской Федерации соответствуют рекомендациям ВОЗ 2013 г. Рекомендуются начинать АРТ всем пациентам с  $CD4 < 500$  кл/мм<sup>3</sup>, а без учета уровня иммуносупрессии АРТ назначается всем пациентам с коинфекцией ВИЧ/ТБ, гепатитом С, беременным и кормящим матерям (31).

В Российской Федерации функционирует несколько научных центров, которые, в том числе, разрабатывают протоколы лечения, как результат, в разных регионах подходы к лечению отличаются (35). В открытом доступе было обнаружено три документа, регламентирующих оказание медицинской помощи взрослым ЛЖВ (35):

- Стандарты первичной медико-санитарной помощи при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией), утверждены приказом Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 года №1511;
- «Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции у взрослых в РФ» 2013 г. Рекомендации одобрены Профильной комиссией по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции Министерства здравоохранения Российской Федерации и Национальной вирусологической ассоциацией;
- Протоколы диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией, утвержденные на Пленуме правления Национального научного общества инфекционистов.

Охват АРТ в 2014 г. составил 34% среди взрослых пациентов, состоящих на диспансерном учете, причем доля ЛУИН оставила только 26% (31).

Среди участников ФГ были ЛЖВ, которые отказались принимать АРТ из-за отсутствия корректной информации о ней, отрицания самого заболевания и собственных страхов:



*«Я не вдаюсь особо в подробности. Что-то про клетки, нагрузку, что скоро умрешь. А я бегаю на работу, что мне. Зачем мне что-то менять?»*

*«Я отказываюсь, потому что мне сказали, что начнешь пить еще это... Я плохо осведомлена, один одно скажет, другой – другое. Я постоянно боюсь. Сказали, что если начну пить, то еще хуже будет. У меня и так сейчас туберкулез».*

Среди услуг, предоставляемых в связи с ВИЧ, отдельное место занимают услуги для пациентов с коинфекцией ВИЧ/ТБ. Согласно официальным данным, из общего числа ЛЖВ выявлено 55051 случай туберкулеза (7,4%), из них в 68% был выявлен активный туберкулез (37698 случаев). Всего в 2014 г. выявлено 14394 новых случая сочетанной патологии ВИЧ/ТБ, из числа активного туберкулеза — 38%. В 2014 г. зарегистрировано 6685 смертей от ВИЧ/ТБ (30). Данные об охвате пациентов с ВИЧ/ТБ профилактическим лечением котримоксазолом и АРТ не доступны.



### **БАРЬЕРЫ ДОСТУПА К ТЕСТИРОВАНИЮ:**

- **задержки в получении подтверждающего результата тестирования;**
- **ограниченный доступ КГН к услугам тестирования с использованием быстрых тестов;**
- **ограниченный доступ к тестированию на базе сообществ.**

### 3.4. Достижение вирусной супрессии

Из числа состоящих на диспансерном учете больных ВИЧ-инфекцией в 2014 году (522611) обследование на вирусную нагрузку проведено у 415472 больных (79%) (29). Как уже отмечалось, данные о количестве ЛЖВ, достигших вирусной супрессии, в открытом доступе отсутствуют.

Значительные проблемы имеются в лечении и удержании пациентов с коинфекцией ВИЧ/ТБ. Эти проблемы обусловлены тем, что система здравоохранения ориентирована вертикально, с жесткой специализацией персонала в контексте лечения конкретных заболеваний или групп пациентов. Эта жесткая система препятствует лечению ЛЖВ/ТБ, в частности, врачи общей практики не считают себя ответственными за ведение таких случаев, что не соответствует целям децентрализации услуг (34).

По словам участников ФГ, причинами отрывов от лечения являлись побочные эффекты АРВ-препаратов, отсутствие сервисов для ЛУИН и перебои в поставках АРВ-препаратов:



*«Вообще у меня есть знакомый, которому половину препаратов дают, половину нет. Куда-то бегают, вообще неудобно.»*

*«Вот у меня есть знакомый. Ему выдали 2 препарата, а третий препарат он должен был купить сам.»*

## РАЗДЕЛ 4.

### РЕКОМЕНДУЕМЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ АДВОКАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- Расширение доступа к услугам тестирования для населения, включая представителей КГН, внедрения тестирования на ВИЧ на базе сообществ и силами сообществ.
- Внесение изменений в протокол проведения лабораторной диагностики ВИЧ с целью упрощения алгоритма тестирования и сокращения времени получения окончательного результата.
- Мобилизация сообществ с целью усиления компонента социального сопровождения для обеспечения доступа ко всему спектру услуг, связанных с ВИЧ — инфекцией, мотивация представителей КГН к обследованию и лечению.
- Внесение изменений в законодательство с целью снижения барьеров для ЛЖВ — внутренних трудовых мигрантов при постановке на учет по месту фактического проживания.
- Децентрализация и интеграция сервисов для ЛЖВ и представителей КГН в первичную медицинскую сеть с целью обеспечения универсального доступа к услугам, связанным с ВИЧ — инфекцией.
- Социальная мобилизация сообществ по борьбе с внутренней стигмой и работа по формированию приверженности ЛЖВ к медицинским услугам.
- Объединение усилий всех заинтересованных сторон с целью разработки и внедрения унифицированного протокола лечения ВИЧ — инфекции в соответствии с рекомендациями ВОЗ, направленных на стандартизацию лечения и максимальный охват ЛЖВ услугами лечения.
- Адвокация внедрения единой системы МиО с целью проведения сбора и анализа эпидемиологических данных, включая данные по охвату АРТ представителей КНГ и данные по вирусной супрессии.
- Централизация и оптимизация закупок препаратов в соответствии с рекомендациями ВОЗ и современными стандартами, создание современной системы фармацевтического менеджмента АРТ с целью снижения цен и предотвращения перебоев в поставках.
- Нарращивание потенциала и развитие сотрудничества сообществ, НПО, ЛПУ с целью формирования системы менеджмента побочных эффектов АРТ.
- Объединение усилий всех заинтересованных сторон с целью расширения доступа к амбулаторной модели лечения туберкулеза у ЛЖВ.

# РЕСПУБЛИКА УЗБЕКИСТАН



## РАЗДЕЛ 1.

### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

В Республике Узбекистан эпидемия ВИЧ-инфекции находится на концентрированной стадии. В настоящее время в Республике действует Стратегическая Программа по противодействию распространению ВИЧ. Финансирование программ по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции осуществляется как из государственного бюджета (более 55% финансовых вложений в сферу противодействия эпидемии ВИЧ в Республике Узбекистан), так и из донорских средств (37).

Ключевые тенденции развития эпидемии в Республике Узбекистан:

- в стране значительно преобладает половой путь передачи ВИЧ-инфекции (в 2014 году парентеральный путь — 24,4%, половой путь — 64,7%) (37);
- ключевые группы населения в Узбекистане представлены ЛУИН, МСМ, СР, а также трудовыми мигрантами (38);
- эпидемия распространяется среди лиц трудоспособного возраста (25–49 лет) (37, 38).

В 2014 году оценочная численность ЛЖВ составила 36600 человек (38).

В Республике Узбекистан по состоянию на 01.01.2015 г. зарегистрировано 30315 лиц с ВИЧ-инфекцией. Число лиц с ВИЧ-инфекцией широко варьирует в разных административных территориях страны. Наибольшее число ВИЧ-инфицированных проживает в г. Ташкенте, Ташкентской, Андижанской, Ферганской, Самаркандской областях.

Число новых случаев ВИЧ в 2014 году составило 4236 (13,5 на 100 тыс. населения). В 2014 году среди новых случаев ВИЧ — инфекции женщины составили 44,6%, мужчины — 55,4%. В 2014 году из числа новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции 66,1% приходится на население в возрасте 25–49 лет. Доля парентерального пути передачи в 2014 году составила 24,4%, на долю полового пути приходится 64,7%. Передача ВИЧ от матери к ребенку составила 0,2% (37).

В 2014 году по инициативе ЮНЭЙДС проведено триангуляционное исследование данных по Республике. Ключевыми группами в распространении ВИЧ в стране все еще остаются ЛУИН и СР. Роль группы МСМ в качестве проводников инфекции неясна, так как не определено оценочное число МСМ по стране. Согласно результатам дозорного эпидемиологического надзора, проведенного в 2013 году, распространенность ВИЧ среди отдельных КГН превышает 5%. В частности, распространенность ВИЧ среди ЛУИН составила 7,2% (37). В 2014 году в Республике функционирует более 230 кабинетов доверия.

Имеются региональные отличия в пакетах оказания услуг в связи с тем, что география работы субреципиентов ГФСТМ ограничена. Как результат, доступ к услугам психосоциальной поддержки для ЛЖВ имеется в 10 регионах, услуги для МСМ доступны лишь в 3-х регионах (38).

## РАЗДЕЛ 2.

### АНАЛИЗ КАСКАДА ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ



Республика Узбекистан достигла значительных успехов в тестировании — 30340 ЛЖВ (83% от оценочной численности) знают свой статус. 29123 пациента (81% от оценочного количества, или 96% из тех, которые знают свой статус) состоят на диспансерном учете (38). Охват АРТ в 2014 году составил 10948 ЛЖВ (30% от оценочной численности ЛЖВ, или 38% от состоящих на диспансерном учете). Достигли вирусной супрессии 9525 ЛЖВ (26% от оценочной численности, или 87% от числа получающих АРТ).

Основные усилия сотрудничества государственных и негосударственных организаций должны быть направлены на обеспечение мотивации и обеспечения доступа к АРТ и удержанию на АРТ представителей КГН.

К сожалению, более детальная информация — каскад лечения в КГН — недоступна.

## РАЗДЕЛ 3.

### АНАЛИЗ ДОСТУПА К УСЛУГАМ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЖВ И КГН, ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ К УСЛУГАМ

#### 3.1. Консультирование и тестирование на ВИЧ

В 2014 году всего по Республике было проведено 2859 575 тестов на ВИЧ. Число вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции составило 4236 (интенсивный показатель на 100 тыс. населения — 13,5). В 2014 году среди вновь выявленных ЛЖВ женщин было 44,6%, мужчин — 55,4%. 66,1% приходится на население в возрасте 25–49 лет. Доля парентерального пути передачи составляет 24,4%, на долю полового пути приходится 64,7%. Среди них 6,9% составляют ЛУИН. Вертикальный путь составил 0,2% (37).

Для тестирования используются тесты ИФА III и IV поколения, быстрые тесты чувствительностью не менее 99% и специфичностью 95–98%, и иммунный блоттинг как подтверждающий тест.

Как правило, окончательные результаты теста поступают в региональный СПИД-центр в течение одной недели. Пациент может получить окончательный результат исследования в течение 2–4 недель после первого положительного результата теста (38).

Согласно положениям Закона Республики Узбекистан «О противодействии инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» № ЗРУ-353 от 23.09.2013, в стране проводится обязательное тестирование определенных групп населения, которые могут быть подвержены заражению при соприкосновении с группами повышенного риска заражения. К ним относятся: беременные женщины; дети, рожденные ВИЧ — позитивными матерями; лица, выезжавшие на длительный срок за пределы страны; доноры; лица, вступающие в брак в возрасте до 50 лет; половые партнеры ВИЧ-инфицированных; лица с клиническими признаками ИППП и иммунодефицита (37). Исследования среди групп населения, подлежащих обязательному тестированию, показали, что выявление ВИЧ среди них остается стабильно низким.

Как показали результаты исследования, одним из барьеров для вовлечения МСМ в тестирование на ВИЧ являются как высокий уровень стигмы по отношению к данной группе населения, так и сохраняющаяся норма законодательства об уголовном преследовании за однополые отношения. Многие представители МСМ не упоминают принадлежность к данной группе при обращении за услугами ДКТ.

Со слов участников ФГ, одним из препятствий к обследованию на ВИЧ у населения является страх:



*«Люди?? Получается неверие, неприятие. У людей столько проблем, а тут еще и ВИЧ. Они как-то отстраняются, они не могут представить себе, что они могут кого-то заразить. В этот факт поверить не могут.»*

Ряд участников ФГ отметили наличие социокультурных особенностей, которые оказывают влияние на охват тестированием:



*«Они считают, что это болезнь проституток и наркоманов. Что это харам и нечистые люди. Опять же это, получается, менталитет наш. Многим нужно рожать детей, женить и замуж выдавать. И, не дай Бог, соседи узнают, уже ребенка не отдашь замуж, не женишь.»*

### 3.2. Диспансеризация

На 01.01.2015 активная диспансерная группа (не менее 1 визита в год) насчитывала 26989 пациентов из 30340 знающих свой статус. Предположительно, не посещали специализированные медучреждения люди, которым нужно время на принятие диагноза, или имеющие иные причины не получать медицинскую помощь. Группа экспертов ВОЗ не обнаружила пациентов, которые внесены в диспансерный лист и выпали из наблюдения (38).

В 2014 году 98% состоящих на диспансерном учете ЛЖВ прошли обследование на туберкулез, из них у 780 ВИЧ — позитивных пациентов был выявлен туберкулез. Лечение изониазидом получили 2438 ЛЖВ от ЛЖВ, состоящих на диспансерном учете по ТБ.

Со слов участников ФГ, в Узбекистане нет серьезных барьеров при постановке на учет для граждан страны и для иностранцев:



*«Если они не являются гражданами Узбекистана, у них создается немножко затруднительное положение в получении АРТ. Например, были случаи когда приезжали пациенты из Казахстана, но по определенным причинам здесь живут родственники, родители и, естественно они не получают АРТ. Но когда вмешивалась, например, НПО, другие неправительственные организации, то можно было получить все-таки.»*

### 3.3. АРТ

Консолидированное руководство ВОЗ 2015 года было адаптировано в Узбекистане при поддержке странового офиса UNAIDS. Новый национальный протокол содержит рекомендацию начинать АРТ при уровне CD4 < 350 кл/мм<sup>3</sup>. С целью достижения целей «90–90–90» в стране утвержден переходный план для внедрения назначения АРТ всем пациентам вне зависимости от уровня иммуносупрессии в 2018 году (38).

На 01.01.2015 10948 лиц получали АРТ, из них женщин было 5525 (50,4%), мужчин 5423 (49,6%), 3855 (35,2%) детей в возрасте до 15 лет. По Республике предоставление АРТ осуществляется 15 учреждениями (37).

## Участники ФГ рассказали о собственном опыте приема АРТ:



*«Я в больнице. Врач со мной провела беседу, объяснила, как нужно препарат принимать. Начала и бросила его сразу.»*

*«Мне тоже в Городском предложили АРТ. Первое время употреблял их. Потом их поменяли. 2-3 дня я пил, стал себя плохо чувствовать. Ещё пару дней и я перестал.»*

В 2014 г. более 98% ТБ пациентов прошли обследование на ВИЧ, выявлено 780 позитивных результатов. Из 780 пациентов с ВИЧ/ТБ 79% (615 пациентов) получали профилактическое лечение котримоксазолом, 45% (354 пациента) начали прием АРТ (38).

В Республике Узбекистан в 2009 году были закрыты программы ОЗТ, и это оказывает негативное влияние на охват ЛУИН/ЛЖВ антиретровирусным лечением, формирование приверженности.

Отказы от лечения участники ФГ прокомментировали следующим образом:



*«Это безответственность, я не знаю, что это, вот у меня есть пример: знакомый, говорит, я все равно умру, зачем лечиться?»*

*«Есть те, которые со своим статусом чувствуют себя очень плохо, причем каждый раз его чуть ли из могилы не вытягивают, и все равно не идет ни лечиться, ни анализ (не сдает).»*



### **БАРЬЕРЫ ДОСТУПА К АРТ:**

- **отсутствие знаний у пациентов о возможности получения лечения;**
- **мифы и самостигматизация среди пациентов;**
- **недостаточный менеджмент побочных эффектов.**

### 3.4. Достижение вирусной супрессии

В 2014 г. доля пациентов, удержанных на АРТ через 12 месяцев после начала лечения, составила 89,4%, через 24 месяца — 82,2% (38). Одна из причин отрывов от лечения, по мнению участника ФГ,— это побочные эффекты АРТ.



*«Многие бросают из-за того, что побочные эффекты, нету терпения, изо дня в день одно и то же, надоедает. Многие от незнания, вот посчитали, что результаты хорошие. Я по себе скажу, у меня как было, я когда начал, мне доктор назначил, у меня CD немножко поднялся я сразу бросил, я ничего врачам не говорил, не ходил и не брал.»*

Национальные протоколы рекомендуют определять уровень вирусной нагрузки до начала АРТ, через 3 месяца после начала АРТ, и затем каждые 12 месяцев, что является финансово затратным и не соответствует рекомендациям ВОЗ (38).

С 2013 года в Республике начали деятельность мультидисциплинарные команды (МДК), работа которых инициирована совместно НПО «Ишонч ва Хаёт», Противораковым обществом и центрами по борьбе со СПИДом. Мультидисциплинарные команды оказывают социально-психологическую поддержку при входе в программу диспансерного наблюдения и при инициировании АРТ, а также услуги по социально-бытовым вопросам. МДК являются связующим звеном между ВИЧ — сервисными организациями и учреждениями общей сети здравоохранения. Таким образом, обеспечивается преемственность оказания организациями различного уровня и профиля медицинских и социально — психологических услуг.

## РАЗДЕЛ 4.

### РЕКОМЕНДУЕМЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- Мобилизация сообществ с целью борьбы с самостигматизацией среди представителей КГН и мотивации к получению всего спектра услуг в связи с ВИЧ — инфекцией.
- Объединение усилий всех заинтересованных сторон с целью либерализации законодательства в отношении отдельных КГН (СР и МСМ).
- Объединение представителей государственных структур, НПО и сообществ с целью создания системы социального сопровождения и мотивации к лечению всех ЛЖВ, включая работу с родителями ВИЧ — позитивных детей.
- Развитие услуг для представителей КГН на базе центров СПИДа с целью максимального охвата лечением «сложных» пациентов.
- Объединение усилий всех заинтересованных сторон — сообществ, НПО и государственных структур — в борьбе за формирование мотивации ЛЖВ к АРТ.
- Усиление потенциала странового координационного механизма путем активного участия в его работе представителей сообществ с целью внедрения наиболее действенных и приемлемых для КГН сервисов.



## ЭСТОНСКАЯ РЕСПУБЛИКА

### РАЗДЕЛ 1.

### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В ЭСТОНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Эпидемия ВИЧ — инфекции в Эстонской Республике характеризуется как концентрированная (40).

В 2005 году в Эстонии была разработана и утверждена Национальная стратегия по ВИЧ и СПИДу на 2006–2016 гг. Также был создан Межсекторальный Правительственный Комитет по ВИЧ-инфекции/СПИДу в качестве консультативного органа правительства с целью координации мер по реализации новой стратегии. В Эстонии разработан Национальный план здравоохранения на 2009–2020 гг., который объединяет большое количество стратегических документов, касающихся различных областей, в том числе включает Национальную стратегию по ВИЧ-инфекции/СПИДу (41).

На 31.12.2014 в Эстонии зарегистрировано 11745 случаев ВИЧ-инфекции. Заболеваемость ВИЧ снизилась в два раза за последние 10 лет (от 46 в 2005 г. до 23 на 100000 в 2014 г.).

#### Основные тенденции эпидемии

- преобладание полового пути передачи среди новых случаев ВИЧ;
- снижение заболеваемости ВИЧ в течении последних десяти лет (от 46.0 случаев в 2005 г. до 20.5 случаев на 100000 в 2015 г.);
- значительное снижение числа новых случаев ВИЧ — инфекции среди детей и молодежи (в 2014 году — 2 случая, в 2015–5 случаев, в 2001–560 случаев в группе 15–24 года).

Начиная с 2009 года, в Эстонии преобладает половой путь передачи ВИЧ.

Оценочная численность ЛУИН (начиная с 2005 года и по сегодняшний день) составляет 9000 согласно оценочным критериям UNAIDS (45). Потребители наркотиков в основном сконцентрированы в Таллинне и в северо-восточных районах Эстонии (гг. Кохтла — Ярве и Нарва) (40). В данных районах заболеваемость ВИЧ среди ЛУИН достигла 46 и 81 на 100 тыс. населения, при средней заболеваемости по Эстонии — 2 на 100000 населения (41). Программы снижения вреда для ЛУИН работают стране с 1997 года, в настоящее время реализуются 9 НПО в столице и на Северо-Востоке. Всего есть 14 стационарных и 22 мобильных пункта обмена шприцев, которые в 2014 году посетили около 6300 клиентов (40).

Оценочная численность MSM составляет в течение последних нескольких лет 9000. Распространенность ВИЧ среди MSM возросла до 2–4% в течение последних лет (40).

Численность СР в Эстонии оценивается в 3000, и работают они преимущественно в Таллинне. Распространенность ВИЧ среди СР на основании данных исследования составила 6% в 2011 году.

## РАЗДЕЛ 2.

### АНАЛИЗ КАСКАДА ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ



Каскад лечения представлен на основании данных ВОЗ 2014 года (41).

Как демонстрирует каскад доступа к услугам, связанным с ВИЧ — инфекцией (Рис. 8), цель по тестированию в Эстонии практически достигнута: 11745 людей (87% от оценочной численности ЛЖВ) знают свой статус.

На диспансерном учете в лечебных учреждениях состоит 6041 пациент (45% от оценочной численности, или 51% от числа знающих свой статус). АРТ получали 2928 пациентов (22% от оценочной численности ЛЖВ, или 48% от диспансерной группы). Достигли вирусной супрессии 736 пациентов (5% от оценочной численности ЛЖВ, или 25% от числа получающих АРТ).

Как можно видеть из приведенной выше информации, значительные потери ЛЖВ в континууме услуг отмечаются на этапе охвата АРТ и на этапе контроля эффективности получаемого лечения.

К сожалению, более детальная информация — каскад лечения в КГН — недоступна.

## РАЗДЕЛ 3.

### АНАЛИЗ ДОСТУПА К УСЛУГАМ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЖВ И КГН, ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ К УСЛУГАМ

#### 3.1. Консультирование и тестирование на ВИЧ

Обследование на ВИЧ в Эстонии проводят 33 лаборатории диагностики ВИЧ, расположенные в крупных ЛПУ разных городов страны, и одна референс — лаборатория в г. Таллинн. Тестирование на ВИЧ является добровольным. Любой врач в Эстонии может рекомендовать тестирование на ВИЧ на основе клинических показаний, оценки риска, либо по желанию пациента. В 2012 г. на основании рекомендаций ВОЗ Министерство здравоохранения разработало руководство по тестированию по инициативе провайдера услуг. Результаты тестирования на ВИЧ обычно доступны в течение трех рабочих дней.

В Эстонии основными группами, которым рекомендуется тестирование на ВИЧ, являются беременные, заключенные, пациенты с клиническими проявлениями СПИД — индикаторных заболеваний, представители КГН. Тестирование проводят только медицинские работники. Любой гражданин старше 16 лет может пройти обследование бесплатно, при желании анонимно.

Быстрые тесты для анонимного обследования используются на некоторых сайтах ДКТ/ИППП, кабинетах для консультирования молодежи и некоторых НПО в сотрудничестве с ЛПУ (41).

В 2014 году численность лиц, прошедших тестирование, и число проведенных тестов возросло как для общего населения, так и для представителей КГН. В 2014 более 152000 лиц были обследованы на ВИЧ (11.6% от общего населения, в целом 116 человек на 1000 населения; 55 человек на 1000 населения, исключая беременных и доноров), общее количество выполненных тестов составило 212000 (40).

Охват тестированием групп риска зачастую выше. Среди ЛУИН до 94% проходили тестирование хотя бы раз в жизни, и 93% ЛЖВ-ЛУИН знают свой диагноз. Среди МСМ в 2013 году 70% были обследованы как минимум раз в жизни, и 37% обследованы в течение последних 12 месяцев. В исследовании, проведенном среди СР в Таллинне в 2010 году, 93% были обследованы хотя бы раз в жизни, и 69% — в течение последних 12 месяцев (40).

Все пациенты с туберкулезом обследуются на ВИЧ по рекомендации фтизиатра. Тестирование проводится на ранней стадии диагностики туберкулеза. По мнению участников ФГ, доступ к тестированию в Эстонии есть, информацию о возможности тестирования представители КГН получают из СМИ, интернета, буклетов, которые распространяют НПО. Участники ФГ отметили страх, самостигматизацию, особенно среди жителей малых населенных пунктов:



*«Если бы я жила в сельской местности, я бы...если бы даже что-то было доступно, я бы не пошла. Настолько маленький город и идёшь, и такое впечатление, что все на тебя смотрят и все всё знают, а если в местности это всё...ну там вообще...там просто все будут знать обо всем.»*

### 3.2. Диспансеризация

В Эстонии наиболее поражённой ВИЧ группой населения являются ЛУИН и их партнёры. Поведенческие особенности этой группы обуславливают сложности при взятии на учет пациентов-ЛУИН и обеспечении их лечением. По оценкам ряда исследователей, барьерами для получения помощи для ЛЖВ-ЛУИН, в большом проценте не имеющих работы и медицинской страховки, является невозможность оплатить визит к врачу, отсутствие желания и интереса заботиться о своем здоровье и, возможно, надежда получить социальную пенсию, когда уровень CD4 значительно снизится (43).

В Кохтла-Ярве после получения позитивного результата обследования пациент должен записаться на прием к инфекционисту, время ожидания приема составляет от 1 до 5 дней. Для такого рода пациентов отсутствует сопровождение и контроль взятия на учет. Стоимость визита к врачу в 5 евро является одним из факторов, снижающим мотивацию для визита к инфекционисту для ЛЖВ-ЛУИН, не имеющих медицинского страхования (43). По разным оценкам, от 20 до 30% ЛУИН не имеют обязательного страхования, поэтому, как результат, доступ к медицинским услугам для них значительно затруднен.

Среди ЛЖВ в 2014 году % пациентов с коинфекцией ВИЧ/ТБ составлял 9,2% (21 человек). В целом, начиная с 2000 года, в стране зарегистрировано 423 случая коинфекции ТБ/ВИЧ (40).

С 1999 года в Эстонии работают программы ОЗТ. Количество клиентов ОЗТ в 2014 году составило 919, что критически недостаточно. В Эстонии ОЗТ доступна в местах лишения свободы. В Северо-Восточной Эстонии расположены две клиники, предоставляющие услуги по ВИЧ и ИППП для ЛУИН и их партнёров (40).



#### **БАРЬЕРЫ ПРИ ПОСТАНОВКЕ НА ДИСПАНСЕРНЫЙ УЧЁТ:**

- **недостаточное социальное сопровождение для КГН на этапе постановки на учет;**
- **необходимость оплачивать визит к врачу пациентам, не имеющим медицинского страхования;**
- **период ожидания визита к врачу 1-5 дней для КГН;**
- **необходимость оплачивать расходы на дополнительное обследование для лиц, не имеющих медицинского страхования.**

### 3.3. АРТ

По данным ряда исследований, низкий уровень вовлечения КГН в программы тестирования и диспансерного наблюдения приводит к позднему выявлению пациентов, большой нагрузке на общественное здравоохранение и росту смертности от заболеваний, связанных с ВИЧ — инфекцией (41).

АРТ в Эстонии финансируется из государственного бюджета. Препараты выдаются в клиниках по лечению ВИЧ в крупных городах бесплатно.

В Эстонии регистрируется поздний охват лечением: в 2014 г. из 445 пациентов, начавших АРТ, 43% имели уровень CD4 менее 200 кл/мм<sup>3</sup>, доля ЛУИН неизвестна (в 2013 среди начавших АРТ ЛУИН составляли 44%) (40).

Причинами задержки начала АРВ — лечения и низкого охвата АРТ могут быть как низкая мотивация к лечению среди ЛЖВ-ЛУИН и боязнь побочных эффектов, так и сложности в ориентировании в системе здравоохранения: отсутствие медицинского страхования, необходимость платить взносы и другие проблемы могут служить барьерами для доступа (41).

В 2014 году доля ЛЖВ среди больных туберкулезом составила 9,2%. Из 24 пациентов с коинфекцией ТБ/ВИЧ получали АРТ 19 пациентов (79%).

Пациенты имеют доступ к ОЗТ на базе противотуберкулезных клиник, клиник по лечению ВИЧ, в местах лишения свободы (в 2014 году 56 пациентов получали ОЗТ метадоном в тюрьмах).

Услуги ухода и лечения ВИЧ — инфекции, в том числе АРВ терапия, доступны в пенитенциарной системе Эстонии. В 2014 году медицинскую помощь в полном объеме получали 528 ЛЖВ местах лишения свободы (40).



#### **ОСНОВНЫЕ БАРЬЕРЫ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ АРТ:**

- для пациентов, не имеющих медицинского страхования, необходима оплата каждого визита к врачу в размере 5 евро;
- необходимость ездить в другой город за получением АРВ препаратов;
- необходимость лечения оппортунистических инфекций в случае позднего выявления ЛЖВ, что иногда откладывает и усложняет начало АРТ.

### 3.4. Достижение вирусной супрессии

В Эстонии наблюдается значительная доля отрывов от лечения ВИЧ — позитивных пациентов. Так, в 2014 году АРТ начали принимать 464, в течение года прекратили лечение 377 (40).

Учитывая, что большинство ЛЖВ составляют ЛУИН, ключевой причиной отрывов от лечения является плохая приверженность к лечению, отсутствие системы социального сопровождения и отслеживание визитов к инфекционисту (47). Пациенты нуждаются в постоянной социальной помощи для навигации в существующей муниципальной системе социальной поддержки (41).

ЛЖВ в Эстонии в целом понимают, что отказ от таблеток может привести к резистентности; при этом распространено мнение, что риск резистентности есть, если препараты не принимаются длительное время — месяц или два, а пропуск одной таблетки или прерывание терапии на неделю никак не отражается на приверженности к АРТ (43).

Наличие мифов о лечении не способствует удержанию пациентов на АРТ:



*«Я знаю, что им дают ужасные ретровирусные препараты, которые выводят их из строя буквально. То есть человек очень себя плохо чувствует, в плачевном состоянии находится. Приблизительно недели две, а то и от месяца и дольше, у кого как привыкание идет. Что эти препараты, в принципе, помогают им, по анализам на клетки. Если честно, вот так серьезно в это не вникала. Я знаю, что есть на один кубический сантиметр, миллилитр, определенное количество клеток. Когда оно достигает критической отметки, то им дают антиретровирусные препараты. Все, вот это я знаю.»*

*«Довольно мало знаю. Знаю, что энтеровирусные препараты, они разные, потому что у каждого свой курс, и не каждому все подходит. Знаю, что применять их нужно постоянно, что это на всю жизнь. Вот, наверное, все.»*

### РЕКОМЕНДУЕМЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ АДВОКАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- Адвокация разработки национальной стратегии социального сопровождения пациентов с целью минимизации отрывов представителей сообществ на всех этапах оказания услуг в связи с ВИЧ — инфекцией;
- Адвокация внесения изменений в национальное законодательство гарантированного государством минимального пакета услуг для пациентов, не имеющих медицинского страхования;
- Социальная мобилизация сообществ, партнерских НПО с целью максимально вовлечения ЛЖВ в медицинский уход, формирования приверженности ЛЖВ к АРТ, удержания пациентов на АРТ, борьбы с мифами об АРТ среди ЛЖВ;
- Адвокация пересмотра национальных протоколов лечения ВИЧ и приведения их в соответствие со стандартами ВОЗ с целью максимального охвата ЛЖВ лечением.



## ГЛАВА 2.

КРАТКИЙ АНАЛИЗ ДОСТУПА К УСЛУГАМ  
ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ — ИНФЕКЦИИ В АРМЕНИИ,  
ГРУЗИИ, ЛАТВИИ, ЛИТВЕ, МОЛДОВЕ,  
ТАДЖИКИСТАНЕ, УКРАИНЕ



## РЕСПУБЛИКА АРМЕНИЯ

### РАЗДЕЛ 1.

#### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ АРМЕНИЯ

Армения относится к странам с низкой распространенностью ВИЧ — инфекции. В 2014 году численность ЛЖВ оценивалась в 4000.

На 31.12.2014 кумулятивно с 1988 года в стране зарегистрировано 1953 случая ВИЧ — инфекции, включая 38 детей. За всю историю эпидемии зарегистрировано 1006 случаев СПИДа, число смертей от СПИДа составило 417 (44).

В 2014 году половой путь передачи ВИЧ составил 65,4% (в том числе случаи инфицирования ВИЧ среди MSM — 2,4%), парентеральный путь составил 28% (45).

Армения имеет высокий уровень трудовой миграции (от 22 до 40 процентов трудоспособного населения работает за рубежом), что отражается на регистрации новых случаев ВИЧ среди трудовых мигрантов. В 2014 году 57% новых случаев ВИЧ — инфекции составили мигранты (44, 45).

### РАЗДЕЛ 2.

#### АНАЛИЗ КАСКАДА ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Доступ к услугам в связи с ВИЧ в Армении представлен на рисунке 9.

Согласно официальным данным, на 31.12.2014, в Армении только 38% от оценочной численности ЛЖВ (1530 человек) знают свой статус. В программы лечения и ухода включены 1328 человек, что составило 33% от оценочной численности, или 87% от числа знающих о своем ВИЧ-статусе. АРТ получают 741 человек (56% от диспансерной группы, или 19% от оценочного числа), вирусной супрессии достигли 635 человек (16% от оценочной численности, или 86% от числа получающих АРТ).

Как можно видеть из этих данных, основные потери происходят на этапе выявления ЛЖВ, что может быть связано с высоким уровнем трудовой миграции, с ненадлежащим охватом тестированием представителей КГН, а также с очень высоким уровнем стигмы и дискриминации

в обществе, в связи с чем люди не очень хотят знать свой ВИЧ-статус. Данные каскада, дезагрегированные по полу, возрасту, принадлежности к КГН, отсутствуют и требуют дальнейшего изучения (44).



### РАЗДЕЛ 3.

## АНАЛИЗ ДОСТУПА К УСЛУГАМ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЖВ И КГН, ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ К УСЛУГАМ

### 3.1. Консультирование и тестирование на ВИЧ

В Армении используются 3 подхода к тестированию (45):

- тестирование по инициативе провайдера услуг для пациентов с клиническими показаниями, для представителей КГН и для других групп (заключенные, трудовые мигранты, их партнеры и беременные женщины);
- тестирование по инициативе клиента;
- обязательное тестирование: для доноров крови и органов, для детей, рожденных ВИЧ — позитивными матерями.

Исследование образцов крови проводится по классической схеме — после получения 2-х позитивных результатов в ИФА проводится подтверждающее исследование методом иммуноблота (44). Первый результат пациент может получить в течение дня в Республиканском центре СПИДа; если обследуется в районном центре, период получения результата может удлиниться до 7–30 дней, что связано с транспортировкой образцов сывороток крови. Пациенты из отдаленных районов вынуждены приезжать в Ереван для проведения подтверждающего результата исследования (44). Быстрые тесты также преимущественно используются лабораторией Республиканского центра СПИДа (45).

Консультирование на базе сообществ и тестирование быстрыми тестами несколько возросло среди ЛУИН, МСМ и СР, но остается относительно низким (44).

### 3.2. Диспансеризация

В Армении все ЛЖВ состоят на учете только в Республиканском центре СПИДа, все дополнительные методы обследования доступны только на базе этого учреждения.

Доступные данные по уровню CD на момент диагностики ВИЧ указывают на серьезные проблемы с поздним выявлением и поздним началом лечения (47). В 2014 г. 55% впервые выявленных пациентов имели уровень CD4 <350 кл/мкл и 37% из них — CD4 <200 кл/мкл.

### 3.3. АРТ

АРТ проводится только специалистами республиканского центра СПИДа, поэтому пациенты вынуждены приезжать в Ереван каждые 3 месяца и чаще. Протоколы по лечению ВИЧ были пересмотрены в 2014 году в соответствии с Консолидированным руководством ВОЗ 2013 года, но начало внедрения отложено на июнь 2015 года, когда будет доступен необходимый запас АРВ препаратов (44).

На 1 января 2015 года 741 ЛЖВ (взрослых и детей) получали АРТ на базе Национального центра СПИДа (44, 45).

ОЗТ предоставляется на 4 сайтах. Интегрированные услуги пациентам с двойной или тройной проблемой не предоставляются. В наркологических клиниках доступно тестирование на ВИЧ (скрининг), другие услуги в связи с ВИЧ — инфекцией не предоставляются.

Обследование на ВИЧ пациентов ТБ диспансеров проводится либо на базе кабинетов противотуберкулезной службы на базе первичной сети, либо их перенаправляют в Республиканский центр СПИДа. В 2014 году 1342 больных туберкулезом прошли тестирование на ВИЧ, позитивные результаты выявлены у 84 пациентов (6%) (44). Среди пациентов с коинфекцией ТБ/ВИЧ только 54 пациента (64%) были охвачены АРТ и профилактическим лечением котримоксазолом. В центре СПИДа прошли скрининг на туберкулез 265 ВИЧ+ пациентов (20% от активной диспансерной группы), профилактическое лечение изониазидом не назначалось. На базе Республиканского тубдиспансера предоставляются услуги ОЗТ (46).

### Ключевые барьеры доступа к услугам:

1. В стране существует проблема незнания о своем ВИЧ-статусе (более 70%), что связано как с высоким уровнем трудовой миграции (22–40% всего населения), так и с ограниченным доступом к услугам ДКТ для всех слоев населения, включая КГН.
2. Для пациентов, состоящих на учете, серьезным барьером доступа к услугам является централизация услуг исключительно на базе национального центра СПИДа — от подтверждающих исследований до получения АРТ (44).
3. Услуги тестирования на ВИЧ, в том числе с использованием быстрых тестов, предоставляются преимущественно на базе Республиканского центра СПИДа, что ограничивает доступ к услугам для представителей КГН и жителей отдаленных районов.
4. Поздняя диагностика ВИЧ — инфекции снижает шансы пациентов на успех лечения, значительно удорожает лечение оппортунистических инфекций, и приводит к смертности среди пациентов, которые получают медицинские услуги (44).
5. Отсутствие системы активного скрининга на туберкулез для ЛЖВ на базе центра СПИДа является серьезным барьером доступа к услугам профилактики и своевременного лечения туберкулеза у ЛЖВ.



## ГРУЗИЯ

### РАЗДЕЛ 1.

#### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В ГРУЗИИ

В 2014 году распространенность ВИЧ — инфекции составила 83,2 на 100000 населения, заболеваемость — 12,7 на 100000 населения. Оценочная численность ЛЖВ в Грузии составила 6800 (48).

Кумулятивно в Грузии зарегистрировано 4695 случаев ВИЧ — инфекции, в 2014 году 69% из них составили мужчины, 31% — женщины (48).

Преимущественно новые случаи ВИЧ — инфекции регистрируются среди представителей КГН: MSM, СР, ЛУИН. Распространенность ВИЧ — инфекции в 2012 году среди MSM составила 13% (48). Численность ЛУИН в Грузии оценена в 45000, распространенность ВИЧ — инфекции среди ЛУИН колеблется от 0.4% до 9.1% согласно данных ДЭН (48).

Количество данных о распространенности ВИЧ среди СР ограничено. Эта группа включает мужчин — секс-работников. Распространенность ВИЧ среди женщин — секс-работников колеблется от 0.8% до 1.3% (48).

В Грузии преобладает половой путь передачи ВИЧ: в 2013 году он составил 49%, парентеральный — 35% из числа новых случаев (48).

### РАЗДЕЛ 2.

#### АНАЛИЗ КАСКАДА ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Данные охвата ЛЖВ услугами, связанными с ВИЧ — инфекцией, отражены в каскаде услуг (рисунок 10).

Знают о своем ВИЧ-статусе 3714 ЛЖВ (55% от оценочного числа). На диспансерном учете стоят 2732 человека (40% от оценочного числа, или 74% от количества ЛЖВ, знающих о своем статусе. Услуги по лечению ВИЧ получают 2541 человек (37% от оценочного числа, или 93% от стоящих на учете пациентов). 1838 ЛЖВ достигли вирусной супрессии (27% от оценочного числа, или 72% от числа получающих АРТ).

**РИСУНОК 10.** Каскад лечения ВИЧ - инфекции, Грузия, 2014 г.



### РАЗДЕЛ 3.

## АНАЛИЗ ДОСТУПА К УСЛУГАМ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЖВ И КНГ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ К УСЛУГАМ

### 3.1. Консультирование и тестирование на ВИЧ

В 2014 общее количество взрослых, прошедших тестирование на ВИЧ и знающих свой результат, составило 85964, более половины из них (44869) составляли беременные.

Подходы к тестированию среди представителей групп риска неудовлетворительны — согласно результатам ряда исследований, доля представителей КНГ, прошедших тестирование и знающих свой результат, остается низкой, о чем свидетельствует анализ каскада услуг в связи с ВИЧ.

### 3.2. Диспансеризация

В Грузии сохраняется высокий уровень стигмы в отношении ЛЖВ, представителей КНГ, особенно МСМ (48). Государственное криминальное законодательство, законы и политики в отношении наркотиков и профилактических интервенций для ЛУИН являются ограничивающим фактором.

Закон о профилактике и контроле наркопотребления не поддерживает внедрение эффективных интервенций как в гражданском обществе, так и в исправительной системе (49).

ОЗТ стала более доступна как в гражданском секторе (20 сайтов), так и в пенитенциарной системе (2 сайта). На 31.12.2014 около 2600 пациентов получали ОЗТ (48).

Поздняя диагностика ВИЧ инфекции, позднее начало АРТ оказывают негативное воздействие на эффективность лечения и являются причиной 90% смертности на фоне начала АРТ (49).

### 3.3. АРТ

Национальные руководства по лечению ВИЧ в Грузии пересмотрены в соответствии с рекомендациями ВОЗ 2013 года, с 2014 года основным критерием назначения АРТ является уровень CD4 <500 кл/мм<sup>3</sup>. Данных по отрывам от лечения нет, процент достигших вирусной супрессии — 73% из начавших лечение (48).

Согласно оценкам UNAIDS, Грузия достигла максимального охвата АРТ диспансерной группы пациентов (95% от получающих медицинские услуги) (48, 49). Пациенты должны неоднократно являться в центр СПИДа перед назначением АРТ и для проведения мониторинга АРТ (49).

#### Ключевые барьеры доступа к услугам:

- значительный процент не диагностированных случаев ВИЧ свидетельствует о существовании ограниченного доступа к услугам тестирования для представителей КГН;
- высокий уровень стигмы по отношению к КГН, особенно МСМ, является серьезным барьером доступа к услугам, связанным с ВИЧ-инфекцией, для представителей сообществ;
- ограниченный доступ к ОЗТ как фактору обеспечения приверженности в АРТ для ЛУИН;
- большое число визитов в центр СПИДа до и после назначения АРТ являются серьезным барьером для пациентов из отдаленных от центра СПИДа населенных пунктов.



## ЛАТВИЙСКАЯ РЕСПУБЛИКА

### РАЗДЕЛ 1.

#### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В ЛАТВИЙСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

На 31.12.2014 в Латвии кумулятивно зарегистрировано 6214 случаев ВИЧ — инфекции, в том числе 1521 случай СПИДа. В 2014 году зарегистрированы 347 новых случаев ВИЧ — инфекции (заболеваемость — 17,3 на 100000 населения) (50).

В Латвии преобладает половой путь передачи ВИЧ: в 2014 году половой путь передачи зарегистрирован в 38% новых случаев, и только в 21.3% случаев заражение произошло парентеральным путем. Кроме того, в стране зарегистрирован относительно высокий уровень случаев ВИЧ-инфекции с неустановленным путем передачи — 31.4% (50).

### РАЗДЕЛ 2.

#### АНАЛИЗ КАСКАДА ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Построить каскад из-за отсутствия информации не представляется возможным.

### РАЗДЕЛ 3.

#### АНАЛИЗ ДОСТУПА К УСЛУГАМ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЖВ И КГН, ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ К УСЛУГАМ

В Латвии созданы и работают Пункты профилактики ВИЧ — 18 сайтов в 16 городах. Три мобильные клиники оказывают профилактические услуги представителям КГН (бывшим заключенным, бездомным, ЛУИН, МСМ, СР, иммигрантам, представителям этнических меньшинств). В 2014 году было проведено 1984 экспресс-теста на ВИЧ, в результате чего было получено 5% позитивных результатов. Сеть пунктов профилактики ВИЧ координируется муниципалитетами и сотрудничает с лечебными учреждениями и НПО. Антиретровирусная терапия обеспечивается за государственный счет, предоставляется всем без исключения группам пациентов.

**Ключевые барьеры доступа к услугам** невозможно определить в связи с ограниченным количеством информации по каскаду услуг, а также по организации сотрудничества неправительственных организаций и государственных учреждений в сфере обеспечения достижения целей «90–90–90».



## ЛИТОВСКАЯ РЕСПУБЛИКА

### РАЗДЕЛ 1.

#### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В ЛИТОВСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

В 2014 году в Литве зарегистрирован 141 новый случай ВИЧ — инфекции (заболеваемость — 4.8 на 100000 населения) и 37 случаев СПИДа. На 31.12.2014 кумулятивно в стране зарегистрировано 2378 случаев ВИЧ, из которых 415 случаев СПИДа (51). В 2014 году в Литве преобладал половой путь передачи среди новых случаев ВИЧ.

Кумулятивно случаи передачи ВИЧ по путям передачи распределились следующим образом:

- парентеральный путь (употребление наркотиков) — 63,5%;
- гетеросексуальный контакт — 19.2%;
- гомосексуальный контакт (МСМ) — 7.1%;
- ПМР — 0.2%;
- не установленный — 10.0% (51)

Распространенность ВИЧ среди ЛУИН — 3.2%, среди МСМ — 2.7%. Данные по распространенности ВИЧ среди СР на 31.12.2014 отсутствуют, но в 2013 эта цифра составляла 1.8% (51).

На 31.12.2014 кумулятивное число умерших от СПИДа в Литве составило 190 (51).

Построить каскад из-за отсутствия информации не представляется возможным.

Начиная с 1998 года АРТ стала доступной для ЛЖВ, которые отвечают критериям назначения АРТ. Антиретровирусная терапия доступна всем группам населения. В Литве все ЛЖВ обеспечиваются обязательным медицинским страхованием за счет общественных фондов. Антиретровирусная терапия предоставляется без доплат со стороны пациентов. Расходы на АРТ полностью компенсируются Национальным Фондом Страхования Здравоохранения (51). В 2014 году из 2378 ЛЖВ, которые получали медицинские услуги, 547 получали АРТ в соответствии с национальными протоколами лечения (51).

**Ключевые барьеры доступа к услугам** невозможно определить в связи с ограниченным количеством информации по каскаду услуг, а также по организации сотрудничества неправительственных организаций и государственных учреждений в сфере обеспечения достижения целей «90–90–90».



## МОЛДОВА

### РАЗДЕЛ 1.

#### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

Эпидемия ВИЧ — инфекции находится на концентрированной стадии. На 01.01.2015 кумулятивно зарегистрировано 9398 случаев ВИЧ на всей территории Молдовы (52). На 01.01.2015 на диспансерном учете в медицинских учреждениях состояло 6891 ЛЖВ, из них 54% мужчин и 46% женщин.

В 2014 году зарегистрировано 234 новых случая ВИЧ — инфекции. Кумулятивно в Молдове зарегистрировано 2789 случаев СПИДа. В 2014 году умерло 302 ЛЖВ. Начиная с 2011 года, половой путь является лидирующим при передаче ВИЧ — инфекции в Республике Молдова и составил 86,6% среди новых случаев в 2014 году (52). Оценочная численность КГН в Молдове: МСМ — 13500 чел.; ЛУИН — 30200 чел.; СР — 12000 чел. Распространенность ВИЧ — инфекции среди КНГ в Молдове составила: среди МСМ — 5,7%; среди ЛУИН — 8,5%; среди СР — 11,6%.

### РАЗДЕЛ 2.

#### АНАЛИЗ КАСКАДА ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

В Республике Молдова знают свой ВИЧ — позитивный статус 9398 человек (52% от оценочного числа ЛЖВ), на диспансерном учете состоит 6891 человек (38% от оценочной численности, или 73% от числа знающих свой статус), АРВ — терапию получают 3116 ЛЖВ (17% от оценочного числа ЛЖВ, или 45% от количества людей на диспансерном учете). Вирусной супрессии достигли согласно официальным данным 2378 человек (13% от оценочного числа ЛЖВ, или 76% от числа пациентов на АРТ) (64).

Согласно данным каскада, наибольшие потери ЛЖВ происходят на этапе постановки диагноза, а также на этапе начала АРТ, при этом отмечено, что в Молдове нет списков ожидания АРТ, а также что не сообщается о случаях отсутствия препаратов или перебоев с их поставкой (52). Данный факт может говорить о необходимости улучшения работы неправительственных организаций по предоставлению услуг социального сопровождения.

**РИСУНОК 12.** Каскад лечения ВИЧ - инфекции, Республика Молдова, 2014 г.



### РАЗДЕЛ 3.

#### АНАЛИЗ ДОСТУПА К УСЛУГАМ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЖВ И КГН, ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ К УСЛУГАМ

Протоколы ДКТ в Молдове полностью соответствуют международным стандартам. С целью обеспечения доступа к тестированию широко используются экспресс — тесты. Кроме того, в течение последних лет в законодательство внесены антидискриминационные нормы, касающиеся прав КГН, расширения доступа к ОЗТ, что способствует снижению барьеров доступа к услугам для представителей КГН (52).

В Молдове пересмотрены протоколы назначения АРТ в соответствии с международными стандартами, что обеспечивает доступ к лечению всех нуждающихся. АРТ назначают врачи центра СПИДа (52).

Охват услугами ОЗТ остается на очень низком уровне — на 31.12.2014 заместительную терапию получали менее 1% от нуждающихся. Кроме того, отмечается низкое качество услуг в сфере

ОЗТ — отсутствие мультидисциплинарного подхода, препарат выдается в дозах ниже утвержденных клиническими рекомендациями и т.д. (52).

Ключевыми проблемами организации лечения являются низкая приверженность к АРТ, поздняя диагностика ВИЧ и позднее начало АРТ. В Приднестровье нет возможности предоставления паллиативной помощи для взрослых и детей со СПИДом (52).

В 2014 году не было проблем с поставками АРТ (52). Препараты закупаются за счет грантов ГФСТМ и за государственный счет.

#### **Ключевые барьеры доступа к услугам в связи с ВИЧ:**

- ограниченный доступ к тестированию для представителей общего населения в целом и КГН — в частности, особенно в Приднестровье, ограниченное использование экспресс — тестов;
- ограниченное сотрудничество неправительственных организаций и медицинских учреждений в сфере обмена информацией, обеспечения мультидисциплинарного подхода к ведению пациентов;
- проблемы формирования приверженности к АРТ, особенно для ЛУИН, связанные с недостаточным охватом ОЗТ и низким качеством услуг.



## РЕСПУБЛИКА ТАДЖИКИСТАН

### РАЗДЕЛ 1.

### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Согласно официальным статистическим данным (данные ГУ РЦ СПИД), по состоянию на 31.12.2014 года число людей, живущих с ВИЧ, составило 5242 человека, из них женщин — 1737 чел. (33,1%) и мужчин — 3505 чел. (66,9%). Распространенность ВИЧ в стране на 31.12.2014 года составила 64,9 на 100000 населения (53).

Ключевой тенденцией развития эпидемии ВИЧ в Таджикистане является преобладание полового пути передачи ВИЧ: в 2014 году доля полового пути в структуре всех путей передачи составила 60,4%, доля парентерального — 24,2% (53).

На декабрь 2013 оценочное количество ЛЖВ в Таджикистане составило 14000 (по оценкам UNAIDS/WHO). Количество зарегистрированных случаев составило 5550 (60% от оценочного количества не выявлены) (54).

Оценочная численность КГН: ЛУИН — 23100 чел; СР — 14100 чел; МСМ — 13400 чел. Распространенность ВИЧ составила среди ЛУИН — 13,5%; среди МСМ — 2,7%, среди СР — 3,5% (53).

**РИСУНОК 13.** Каскад лечения ВИЧ-инфекции, Республика Таджикистан, 2014 г.



## РАЗДЕЛ 2.

### АНАЛИЗ КАСКАДА ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

В Республике Таджикистан знают свой ВИЧ — статус 5252 человека (37% от оценочного числа ЛЖВ), охвачены медицинскими услугами 2717 человек (19% от оценочного числа, или 51% от числа знающих о своем ВИЧ-статусе), получают АРТ 2167 человек (15% от оценочного числа, или 79% от диспансерной группы). Данные по вирусной супрессии недоступны (53, 54).

## РАЗДЕЛ 3.

### АНАЛИЗ ДОСТУПА К УСЛУГАМ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЖВ И КГН, ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ К УСЛУГАМ

Доступ к тестированию на ВИЧ ограничен для КГН. Тестирование не проводится в местах скопления КГН, на базе НПО, которые предоставляют услуги ЛУИН и СР, например, на пунктах обмена шприцев, сайтах ОЗТ (53).

Одной из ключевых проблем является поздняя диагностика и позднее обращение за медицинской помощью, что приводит к риску оппортунистических инфекций и позднему началу АРТ. Среди взятых на учет в 2013 (n=384) уровень CD4 был определен у 333, у 67% уровень CD4 был ниже 350 и 40% имели CD4 уровень <200. Все пациенты с клиническими проявлениями и иммунной супрессией начали получать АРТ (54). Потери пациентов происходят на всех этапах континуума услуг, причиной чего может быть длительный период получения окончательного результата обследования, отсутствие контроля обращения за медицинской помощью, неэффективное использование ресурсов (54).

АРВ — терапия доступна в стране с 2006 года и в на конец 2013 года 1399 получают АРТ (51% от состоящих на диспансерном учете). Оценочное число нуждающихся в АРТ в 2013 году — 3400, таким образом, охват АРТ составил 35%. Охват оценочного количества ЛЖВ достиг 8% (53). Недостаточный охват пациентов АРТ, проблемы удержания на лечении, особенно ЛУИН, наносят вред как непосредственно пациентам, а также влияют на эпидемиологическую ситуацию в стране в целом.

Система здравоохранения не имеет возможности оказывать необходимую поддержку и уход ЛУИН с целью обеспечения приверженности. Охват ОЗТ и программами снижения вреда крайне низкий (54). В начале 2014 года в стране в 6 сайтах, расположенных в гт. Душанбе (2 пункта), Куляб, Курган-Тюбе, Хорог и Худжанд, ОЗТ были охвачены 677 ЛУИН, однако к концу 2014 года ОЗТ продолжали получать 577 ЛУИН, из них 117 ВИЧ-положительных (ЛЖВ). 52 из 117 ЛЖВ получали антиретровирусное лечение одновременно с ОЗТ.

#### Ключевые барьеры доступа к услугам:

- длительный алгоритм проведения тестирования на ВИЧ с использованием лабораторных методов диагностики;
- недостаток услуг социального сопровождения негативно влияет на формирование приверженности и удержанию на лечении ЛЖВ, в особенности представителей КГН;
- низкий охват программами снижения вреда и ОЗТ ЛУИН создает дополнительный барьер к АРТ и удержанию на АРТ для этой группы пациентов.



## УКРАИНА

### РАЗДЕЛ 1.

#### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В УКРАИНЕ

Эпидемия ВИЧ — инфекции в Украине находится в концентрированной стадии. В период 1987–2015 гг. в Украине получено 479358 ВИЧ — положительных результатов по данным лабораторных исследований, официально зарегистрировано 280358 случаев ВИЧ — инфекции среди граждан Украины.

На 31.12.2015 г. на учете состояло 126604 ВИЧ — положительных граждан Украины (распространенность 297,2 на 100 населения), в том числе 34016 больных СПИДом (55).

Оценочная численность **ЛЖВ** по данным UNAIDS в 2014 году оценивалась в 220000 человек. В Украине преобладает половой путь передачи, который в 2014 году составил более 70% (56).

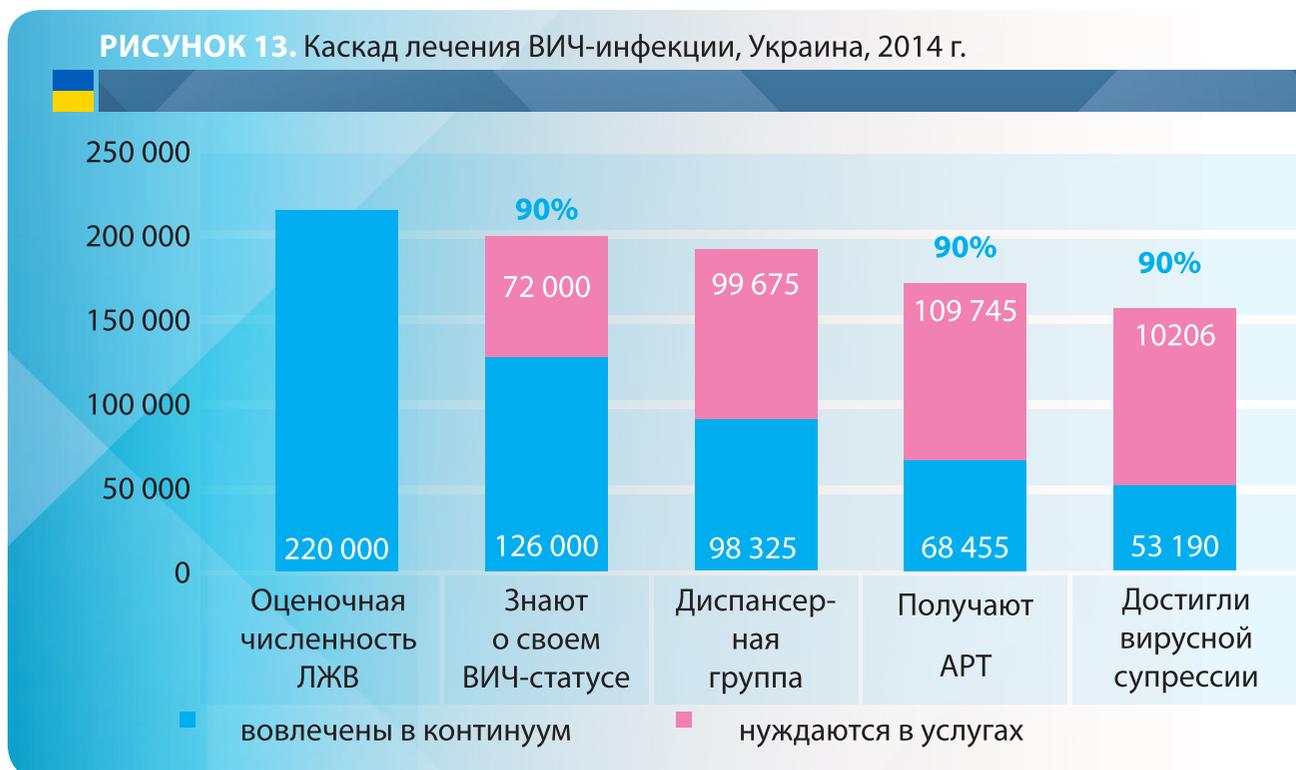
**ЛУИН** — группа представлена преимущественно мужчинами, наибольшая возрастная группа старше 25 лет — 86,6%. Из оценочной численности 61070 ЛЖВ /ЛУИН 36642 знают свой статус. Данные по охвату АРТ не доступны (57).

**МСМ** в Украине: средний возраст 28 лет, для подростков (14–19 лет) — 11%. 79% опрошенных МСМ никогда не были женаты. Из 10369 МСМ (оценочная численность) знают свой статус 6222, состоят на диспансерном учете 5288 (58).

**СР**: Средний возраст — 28,5 лет. Динамика распределения СР по возрасту демонстрирует снижение доли РС в возрастной группе 14–19 лет. Большая часть не состоит в браке, не имеют постоянного полового партнера (65,7%). Оценочная численность СР в Украине 5827, знают статус 3496, состоят на диспансерном учете 3146. Данные об охвате АРТ не доступны (59).

## РАЗДЕЛ 2.

### АНАЛИЗ КАСКАДА ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ



Каскад континуума услуг демонстрирует пробелы в предоставлении услуг лечения для ЛЖВ (55). По данным 2015 г., только 126000 ЛЖВ (57% от оценочного числа) знают свой статус, 98325 человек (45% от оценочного числа, или 78% от числа людей, знающих свой ВИЧ-статус) вовлечены в услуги, связанные с ВИЧ, 68455 человек (31% от оценочной численности ЛЖВ, или 70% от диспансерной группы) получают АРТ. Достигли вирусной супрессии 53190 человек (24% от оценочной численности, или 77% от числа получающих АРТ) (55).

## РАЗДЕЛ 3.

### АНАЛИЗ ДОСТУПА К УСЛУГАМ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЖВ И КГН, ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ К УСЛУГАМ

Тестирование на ВИЧ в Украине проводится на принципах добровольности и конфиденциальности. Для привлечения к обследованию пациентов противотуберкулезных клиник, беременных и некоторых других категорий пациентов используется тестирование по инициативе провайдера услуг. В Украине широко используются экспресс — тесты, в том числе для тестирования КГН. Имеется опыт пилотных проектов по ассистированному самотестированию, который используется для обследования представителей КГН, особенно ЛУИН и МСМ (70).

В Украине период получения окончательного результата исследования может занимать от нескольких дней до месяца, что связано с необходимостью транспортировки образцов сывороток крови в референс — лаборатории областных центров (56).

В стране проводится децентрализация ВИЧ — услуг, что позволит снизить барьеры доступа к АРВ — терапии для ЛЖВ. Одной из ключевых проблем остается формирование приверженности к АРВ — терапии для ЛУИН, внутренних трудовых мигрантов, переселенцев.

Процент людей с ВИЧ-инфекцией/СПИДом, получающих лечение через 12 месяцев после начала АРТ, за период с 01.01.2014 г. по 31.12.2014 г., составил 85,43% (продолжали получать лечение 12254 человека из 14344 человек, которые начали лечение в когорте 2013).

По состоянию на 31.12.2015 услуги ЗПТ предоставлялись 8512 людям, из них 7306 получали таблетированные формы метадона, 298 — жидкую форму метадона, 908 — бупренорфин.

#### **Ключевые барьеры доступа к услугам, связанным с ВИЧ:**

- низкая мотивация КГН и населения к прохождению тестирования на ВИЧ (55);
- децентрализация услуг проведена не во всех регионах, что создает географические и организационные барьеры для ЛЖВ;
- недостаточный охват ОЗТ, недостаточное развитие интегрированных сервисов для ЛУИН/ЛЖВ, ЛУИН/ЛЖВ/ТБ являются серьезным барьером доступа к услугам для пациентов с двойной/тройной проблемой.

## ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ключевой тенденцией эпидемии в регионе ВЕЦА является изменение превалирующих путей передачи ВИЧ: на смену парентеральному пути, начиная с 2011 года, в большинстве стран пришел половой путь передачи ВИЧ. Происходит становление полового пути передачи ВИЧ как ведущего в инфицировании мужчин. За последние годы рост гетеросексуальной передачи составил 165%, рост числа новых случаев среди МСМ составил 205%. Внедрение стратегий снижения вреда привело к стабилизации распространения ВИЧ — инфекции среди ЛУИН. Но все же нужно отметить, что по сравнению с другими регионами мира доля новых случаев ВИЧ-инфекции, вызванных употреблением инъекционных наркотиков, остается очень высокой. ВИЧ-инфицированные потребители инъекционных наркотиков составляют 38% всех новых случаев ВИЧ-инфекции в странах ВЕЦА — это самый высокий процент по сравнению с другими субрегионами. Благодаря широкому внедрению программ снижения вреда в регионе эпидемия среди ЛУИН стабилизировалась, но в ряде стран (например, в Эстонии и Российской Федерации) ЛУИН все же остаются основными драйверами эпидемии.

Как определенный успех стоит отметить, что в течение последних лет страны региона ВЕЦА достигли значительного прогресса в либерализации национального законодательства: частично отменены и смягчены нормы законодательства в отношении потребителей наркотиков и декриминализованы МСМ (Армения, Азербайджан), расширен охват и снижены пороги назначения ОЗТ, пересмотрены подходы к тестированию (уменьшен список лиц, подлежащих обязательному тестированию), исключены дискриминирующие нормы в отношении ЛЖВ и отдельных КГН (отменена депортация ЛЖВ и обязательное тестирование на ВИЧ для иностранцев в Туркменистане), имеется возможность для трудовых мигрантов получать лечение ВИЧ в Азербайджане, Узбекистане, Эстонии, Латвии и Таджикистане.

В большинстве стран региона ВЕЦА на основании международного опыта разработаны и внедрены стратегии консультирования и тестирования, однако на основании данных каскада услуг можно с уверенностью говорить о том, что охват тестированием представителей КГН недостаточен. С другой стороны, в ряде стран сохраняется норма назначения АРТ при уровне иммуносупрессии менее  $350 \text{ кл/мм}^3$ , что значительно ограничивает права пациентов на доступ к лечению.

Продолжающийся рост ВИЧ-инфекции в странах ВЕЦА свидетельствует о недостаточной эффективности предпринимаемых странами мер в борьбе с эпидемией, а также о том, что национальные программы по борьбе с ВИЧ-инфекцией недостаточно действенны. Причинами такого положения являются ныне существующие законодательные барьеры или политическое сопротивление введению ОЗТ, нерациональное использование ограниченных финансовых ресурсов, а также некоторые вопросы системы здравоохранения (вертикальные программы, ориентированные на общее население, ведущие к изоляции членов КГН).

Одной из ключевых проблем национальных программ по ВИЧ/СПИДу является недостаточный охват ЛЖВ и КГН услугами, в частности: тестирование на ВИЧ ключевых групп населения; вовлечение ЛЖВ в систему оказания медицинской помощи для постановки окончательного диагноза и взятия под диспансерное наблюдение; доступность антиретровирусной терапии для ключевых групп населения и поддержка приверженности лечению ВИЧ-инфекции; лабораторный

мониторинг эффективности лечения. В большинстве стран региона ВЕЦА нахождение на диспансерном наблюдении и лечении АРВ препаратами вовсе не является преобладающей практикой после установления диагноза ВИЧ-инфекции. Расхождение между количеством диагностированных ЛЖВ и количеством получающих лечение недопустимо велико. Многие ЛЖВ выпадают из системы здравоохранения на разных этапах предоставления помощи и лечения ВИЧ-инфекции, что приводит к позднему выявлению ЛЖВ и позднему началу АРТ, низкой приверженности лечению ВИЧ-инфекции, особенно среди ключевых групп населения, и, как следствие, высокому уровню смертности от СПИДа.

Таким образом, определяются основные вызовы для региона ВЕЦА — эпидемия ВИЧ-инфекции растет быстрее, чем доступ к антиретровирусной терапии, туберкулез является основной ко-инфекцией и причиной смерти среди людей, живущих с ВИЧ, смертность продолжает расти.

## ОБЩИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЛЯ АДВОКАЦИИ В СТРАНАХ ВЕЦА

Основываясь на вышесказанном, предлагаются такие направления для адвокации на региональном уровне:

1. Объединить усилия всех заинтересованных сторон с целью пересмотра подходов к проведению тестирования на ВИЧ для упрощения алгоритма тестирования, широкого использования быстрых тестов как на этапе скрининга, так и на этапе подтверждающих исследований, чтобы сократить сроки получения окончательного результата и минимизировать потери пациентов на этапе тестирования.
2. Пересмотреть подходы к организации и реализации стратегий снижения вреда с акцентом на сопровождения пациента на всех этапах диагностики и лечения, расширение доступа к ОЗТ для ЛЖВ/ЛУИН, получающих АРТ, как метода формирования приверженности к лечению и удержания пациентов на лечении.
3. Путем тесного сотрудничества международных и национальных организаций пересмотреть подходы к организации социального сопровождения пациентов на всех этапах получения услуг с целью создания устойчивой системы переадресации пациентов, которая позволит исключить потери «сложных» пациентов.
4. Занять активную позицию в отношении скорейшего пересмотра национальных руководств по лечению ВИЧ — инфекции в соответствии с рекомендациями ВОЗ по лечению ВИЧ — инфекции в редакции 2016 года и разработки национальных планов поэтапного перехода на новые критерии назначения и мониторинга АРТ.
5. Адвокатировать формирование адекватной ценовой политики на АРВ — препараты и диагностикумы в регионе с целью обеспечения универсального доступа к лечению.
6. Объединить усилия всех организаций, работающих в странах и в регионе, для достижения целей «90–90–90».

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ (ПРИЛОЖЕНИЕ К «ОБЗОРУ БАРЬЕРОВ»)

1. European Centre for Disease Prevention and Control. From Dublin to Rome: ten years of responding to HIV in Europe and Central Asia: 2014 progress report — Stockholm, ECDC, 2014.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Thematic report: HIV continuum of care. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 progress report — Stockholm: ECDC, 2015.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Evidence brief: HIV data. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia — 2014 progress report — Stockholm: ECDC, 2015.
4. ECDC Evidence brief. HIV and treatment. September 2015. European Centre for Disease Prevention and Control — Stockholm: ECDC, 2015
5. Review of the HIV Programme in Azerbaijan: November 2014 / D. Burrows, A. Boltaev and M. Musa (APM Global Health, Sydney, Australia); and M. Gottfredsson (Landspítali University Hospital, Reykjavik, Iceland); and J. Suleymanova (WHO CO Azerbaijan).— WHO, 2016.
6. Отчетность о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер ответ на СПИД: Мониторинг выполнения Политической декларации ООН по ВИЧ/СПИДу 2011 года: Азербайджанская Республика: Отчетный период: январь 2012 г.— декабрь 2013 г. / Минздрав Азербайджанской республики.— Баку, 2014.
7. WHO country TB profile. Azerbaijan. 2014
8. Закон Азербайджанской Республики от 11 мая 2010 года № 1001-IIIQ “О борьбе с заболеванием, вызванным вирусом иммунодефицита человека”
9. Azerbaijan Repot NCPI 2013\ UNAIDS
10. Национальный отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД (по выполнению Политической Декларации по ВИЧ/СПИДу): Республика Беларусь: Отчетный период: январь 2013 г.— декабрь 2014 г. / Минздрав Республики Беларусь.— Минск, 2015.
11. Optimizing investments in Belarus for the National HIV Response.— World Bank, 2016.
12. HIV Programme Review in Belarus: Evaluation report: November 2014 / D. Raben and J. Klinte (WHO Collaborating Centre for HIV and Viral Hepatitis), A. Sönnnerborg (Karolinska Institute, Stockholm), and E. Subata (WHO Collaborating Centre for Harm Reduction).— WHO, 2016.
13. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 97 от 12 июля 2012 года “Об установлении клинических показаний, по которым лица подлежат обязательному медицинскому обследованию, и перечня иных категорий лиц, подлежащих обязательному медицинскому освидетельствованию”

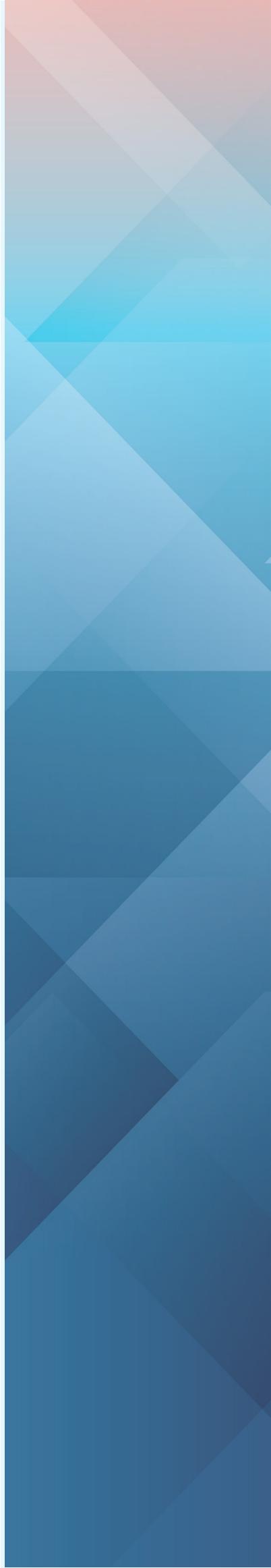
14. WHO mission on ART optimization in Belarus March 30–31, April 1, 2016 April, 2016 / M. Ristola (Helsinki University Hospital, Finland), V. Rusovich (WHO Country Office, Belarus), J. Lundgren, S. F. Jakobsen (WHO Collaborating Centre for HIV and Viral Hepatitis, Denmark)
15. Внешняя оценка ВОЗ Национальной программы борьбы с туберкулезом в Беларуси, 10–21 октября 2011 года / П. де Коломбани, Региональное европейское бюро ВОЗ
16. WHO country TB profile, Belarus.— WHO, 2014.
17. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing: HIV infection: recommendations for a public health approach: June 2013.— WHO, 2013.
18. Национальный доклад о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД: Отчетный период: 2015 / Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД».— Алматы, 2016.
19. Katsaga A., Kulzhanov M., Karanikolos M., Rechel B. Kazakhstan: Health system review. Health Systems in Transition, 2012; 14 (4): 1–154.
20. WHO TB country profile. Kazakhstan.— WHO, 2014.
21. Kazakhstan Report — NCPI, 2013.
22. Страновой отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на ВИЧ-инфекцию: Кыргызская Республика: Отчетный период: январь — декабрь 2014 г. / Министерство здравоохранения Кыргызской Республики.— Бишкек, 2015.
23. HIV Programme Review in Kyrgyzstan: Evaluation report: December 2014 / Maiken Mansfeld and Matti Ristola (WHO Collaborating Centre for HIV and Viral Hepatitis) and Giedrius Likatavicius.— WHO, 2015.
24. Результаты дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике.— Бишкек, 2013.
25. WHO TB country profile, Kirgizstan.— WHO, 2014.
26. Абдуллаев Т., Константинов Б., Хамельманн К. Нормативно-правовая база по антиретровирусным препаратам и терапии в отдельных странах Восточной Европы и Центральной Азии. Субрегиональный аналитический отчет (Азербайджан, Армения, Грузия, Кыргызстан, Молдова, Украина) // Устойчивое финансирование национальных мер по противодействию ВИЧ.— ПРООН, 2015.
27. Alternative report on the implementation of the provision of ICCPR related to LGBT people in Kyrgyzstan/ N Yuryeva, A Mamytov, D Kasmamytov, E Orsekov, R Kim, and J Votslava.
28. «Оценка численности мужчин, практикующих секс с мужчинами, в Кыргызской республике». Аналитический отчет, май 2013 г./ ПРООН, Бишкек 2013
29. Отчет о мерах по борьбе с ВИЧ/СПИД за 2014 год / Министерство Здравоохранения Российской Федерации.— Москва, 2015.

30. Покровский В. В., Ладная Н. Н., Тушина О. И., Буравцова Е. В. ВИЧ — инфекция. Информационный бюллетень № 40. / Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Федеральное бюджетное учреждение науки Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом.— Москва, 2015.
31. Справка «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2014 года» / Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом.—<http://hivrussia.org/files/spravkaHIV2014.pdf>
32. Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции у взрослых / Мазус А. И., Каминский Г. Д., Зимина В. Н. и др.— М., 2014.
33. Bikmukhametov D. A., Anokhin V. A., Vinogradova A. N., Triner W. R., McNutt L. A. Bias in medicine: a survey of medical student attitudes towards HIV-positive and marginalized patients in Russia, 2010.— PubMed PMC3494162
34. The Influence of Stigma and Discrimination on Female Sex Workers' Access to HIV Services in St. Petersburg, Russia / E. J. King, S. Maman, J. M. Bowling, K. E. Moracco, V. Dudina // AIDS Behav. 2013; 17 (8).— doi:10.1007/s10461-013-0447-7
35. Barriers and Facilitators of HIV Care Engagement: Results of a Qualitative Study in St. Petersburg, Russia / A. V. Kuznetsova, A. Y. Meylakhs, Y. A. Amirkhanian et al. // AIDS and Behavior.— 2016.— P. 1–11.
36. Абдуллаев Т., Константинов Б., Хамельманн К. Нормативно-правовая база по антиретровирусным препаратам и терапии в отдельных странах Содружества независимых государств: Субрегиональный аналитический отчет (Беларусь, Казахстан, Россия, Таджикистан, Узбекистан) // Устойчивое финансирование национальных мер по противодействию ВИЧ.— ПРООН, 2014.
37. Национальный доклад о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы со ВИЧ/СПИДом Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН: Республика Узбекистан: Отчетный период: январь — декабрь 2014 / Министерство здравоохранения Республики Узбекистан.— Ташкент, 2015.
38. Jakobsen S. F., Raben D., Ristola M. Expansion and optimization of ART in Uzbekistan February 2016.— WHO, 2016.
39. Федорова О., Чигин А. Наркотическая ситуация и антинаркотическая политика // Pompidou Group of the Council of Europe. Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit trafficking in Drugs, 2014.
40. HIV in Estonia. Situation, prevention, treatment, and care. Narrative report for GARPR2015. // National Institute for Health Development.— Tallinn, 2015.
41. HIV/AIDS treatment and care in Estonia: Evaluation report 2014 / D. Raben, S. F. Jakobsen, F. Nakagawa etc.— WHO, 2014.

42. Platt L., Bobrova N., Rhodes T., Uusküla A., Parry J. P., Rüütel K. et al. High HIV prevalence of HIV among injecting drug users in Estonia: implication for understanding the risk environment // AIDS2006; 20: 2120–2123.
43. Laisaar K.-T. People living with HIV in Estonia: Engagement in medical care and methods of increasing adherence to antiretroviral therapy and safe sexual behavior.— Dissertation Medicinæ Universitas Tartuensis.— Tartu, 2016.
44. HIV Programme Review in Armenia: March 2015 // Jeffrey V. Lazarus (WHO Collaborating Centre on HIV and Viral Hepatitis), Valerie Delpech (Public Health England), Anders Sönnnerborg (Karolinska Institute), Hernan Fuenzalida (The World Progress Center, Inc), Emilis Subata (WHO Collaborating Centre on Harm Reduction).— WHO, 2016.
45. Responce Progress Report: Republic of Armenia Reporting period: January-December 2014// Erevan, 2015
46. WHO Country TB profile. Armenia 2014
47. Mallitt K. A., Grigoryan S.R, Papoyan A. S., Wand H. C., Wilson D. P. Access to antiretroviral therapy and survival in eastern Europe and central Asia: a case study in Armenia. 2013
48. Global AIDS Response Progress Report. Georgia. Country Progress Report/ Reporting Period January — December, 2014 //Tbilisi, 2015
49. HIV Programme Review in Georgia\March 2015\ J. V. Lazarus, A. Sönnnerborg, H. Fuenzalida, E.s Subata\ WHO, 2015
50. Country Progress Report: Latvia: Reporting period: January 2014 — December 2014.— Riga, 2015
51. 51. Country Progress Report. Lituvania, Vilnius. 2015
52. Republic of Moldova. South-East European Region. National Coordination Council Declaration of Commitment of the United Nations. General Assembly Special Session on HIV/AIDS. REPUBLIC OF MOLDOVA. PROGRESS REPORT ON HIV/AIDS. January — December 2014. // Chisinau 2015
53. Отчет страны о достигнутом прогрессе в противодействии эпидемии ВИЧ, 2015. Таджикистан. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Государственное учреждение «Республиканский центр по профилактике и борьбе с СПИД» //Душанбе, 2015
54. Maiken Mansfeld, Matti Ristola, Jesper Klinte, Jan Bultman, Andrej Kastelic, Signe Rotberga. HIV programme review in Tajikistan. WHO Technical Assistance for concept note development under Cooperative Agreement with the Global Fund. // WHO, 2015
55. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДУ (GARPR Ukraine): Звітний період: січень 2012 р.— грудень 2014 р. / МОЗ України, 2015
56. Державна установа «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України». Державна установа «Інститут епідеміології та

інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського Національної академії медичних наук України». ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 45. Київ, 2015

57. Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління: аналіт. звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2013 року / Балакірева О. М., Бондар Т. В. та ін.— К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014.
58. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління: аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2013 року / Большов Є. С., Касянчук М. Г., Трофименко Л. В.— К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014.
59. Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед жінок, які надають сексуальні послуги за винагороду, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління: аналіт. звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2013 року / Балакірева О. М., Бондар Т. В., Серета Ю. В. та ін.— К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014.
60. «Здоров'я партнера»: втручання щодо залучення до тестування на ВІЛ статевих партнерів людей, які живуть з ВІЛ, та людей, які вживають наркотики. Посібник із впровадження / А. Бойко, Н. Дмитришина, Деніел Дарроу де Мора, Н. Тюленева.— К.: «Поліграф плюс», 2016.
61. Legal and regulatory frameworks for antiretroviral medicines and treatment in selected countries of Eastern Europe and Central Asia. A sub-regional analytical report including Armenia, Azerbaijan, Georgia, Kyrgyzstan, Moldova, and Ukraine. Sustainable Financing of National HIV Responses \ Timur Abdullaev, Boyan Konstantinov, Christoph Hamelmann\ UNDP 2015
62. Terlikbayeva A. et al. Access to HIV counseling and testing among people who inject drugs in Central Asia: Strategies for improving access and linkages to treatment and care / Assel Terlikbayeva, Baurzhan Zhussupov, Sholpan Primbetova, Louisa Gilbert, Nurmat Atabekov, Gusal Giyasova, Murodali Ruziev, Alijon Soliev, Daniyar Saliev, and Nabila El-Bassel // Drug Alcohol Depend.— 2013.— Vol. 132.— P. 1–7.
63. Optimizing Investments in Kazakhstan's HIV Response.— World Bank, 2015.
64. Monitorizarea controlului infecției HIV în Republica Moldova, anul 2014



Приложение 2

**МНЕНИЕ ЧЛЕНОВ СООБЩЕСТВ ЛЖВ  
О БАРЬЕРАХ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИХ ДОСТУПУ  
К УСЛУГАМ В СВЯЗИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

Собранные в ходе проведения Обзора барьеров данные демонстрируют тревожную картину массового выпадения ЛЖВ из континуума услуг по оказанию помощи при ВИЧ-инфекции на всех его этапах и во всех странах региона, несмотря на существующие отличия в ситуации по странам ВЕЦА. Например, в Азербайджане более 50% ЛЖВ не знают о своем ВИЧ-статусе, а в Кыргызстане 50% ЛЖВ, знающих о своем ВИЧ-статусе, не пользуются медицинскими услугами в связи с ВИЧ-инфекцией; в Казахстане и Эстонии показатели количества ЛЖВ, принимающих АРВ-препараты менее 30%, а в РФ данные об эффективности АРТ у ЛЖВ в открытых источниках отсутствуют.

Несмотря на явные отличия в причинах выпадения ЛЖВ из континуума услуг при ВИЧ в разных странах региона и ситуации с доступом к этим услугам в целом, на основе собранной информации, опираясь на мнение людей, находящихся «внутри» проблемы, можно отметить общие для всех стран региона ВЕЦА тенденции, имеющие негативное влияние на доступ ЛЖВ к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией.

В этом Приложении к «Обзору барьеров» мы анализируем мнение участников фокус-групп, проведенных в странах региона ВЕЦА, т.е. непосредственно членов сообществ КГН и представителей сервисных организаций, оказывающих медицинские услуги и услуги сопровождения.

Участники фокус-групп часто говорят о страхе обнаружить свой ВИЧ-статус, а значит, и свою принадлежность к отдельным КГН, поскольку боятся попасть в поле зрения государственных органов и подвергнуться преследованию. Это приводит к практике избегания официального определения своего ВИЧ-статуса и, как следствие, к отказу от лечения. Эта ситуация объясняется наличием в законодательной базе некоторых стран ВЕЦА законов, подзаконных актов и широко применяемых официальных процедур, носящих дискриминирующий, а то и репрессивный характер для различных групп КГН. Недоверие к государственным службам часто распространяется и на медицинские учреждения.

В странах с демократическим устройством законодательной базы на первый план выступает страх стигматизации человека как представителя сообщества с социально неодобряемым стилем поведения, особенно это проявляется в малых населенных пунктах. В странах Центральной Азии очень актуальна как боязнь стигматизации, так и самостигматизация, создающие препятствия в определении ВИЧ-статуса человека и возможности получить эффективное лечение. Наши респонденты объясняют это явление некоторыми религиозными и социокультурными особенностями национальных менталитетов, представленных в регионе.

- *«Если бы я жила в сельской местности, я бы... если бы даже что — то было доступно, я бы не пошла. Настолько маленький город и идёшь, и такое впечатление, что все на тебя смотрят и все всё знают, а если в местности это всё...ну там вообще...там просто все будут знать обо всем» (участница фокус-группы из Эстонии)*
- *«Они считают, что это болезнь проституток и наркоманов. Что это «харам» и «нечистые» люди. Опять же, это получается менталитет наш. Многим нужно рожать, детей женить и замуж выдавать. И, не дай Бог, соседи узнают, уже ребенка не отдашь замуж, не женишь» (участник фокус-группы из Узбекистана)*

- *«Люди?? получается неверие, неприятие. У людей столько проблем, а тут еще и ВИЧ. Они как-то отстраняются, они не могут представить себе, что они могут кого-то заразить. В этот факт поверить не могут» (участник фокус-группы из Узбекистана)*
- *«Страх. Еще боятся, что его там увидят, что если он в этот кабинет зашел то, что-то с ним не то. Там, например, есть такие девушки в хиджабах, она стоит как будто в другой кабинет, она посмотрела, что в коридоре никого нет, и раз зашла в этот кабинет» (участник фокус-группы из Кыргызстана)*
- *«Они (мужья) не разрешают женам. Боятся, что если у жен выйдет, то они нападут на мужей. Огласки боятся» (участница фокус-группы из Азербайджана)*
- *«И там (в маленьком городке) отношение к ВИЧ другое. То есть это, как прокаженные ... как только человек приходит, сразу начинает работать сарафанное радио, что вот кто-то приходил тестироваться. Часто ко мне люди из Калинковичей приезжают сюда, из других городов, только чтоб не узнал никто на месте там» (участник фокус-группы из Беларуси)*
- *«И даже страшно, что на работу не сможешь устроиться. Вот общество тебя не примет и всё. А если работаешь, то страшно, что тебя уволят, потому что рано или поздно это же дойдёт до начальства» (участник фокус-группы из Беларуси)*
- *«Это страх, недостаток информации об этой болезни и непонимание вообще, что с этим делать. Страшно сказать родственникам. Я не знаю, как сказать. Мои родственники не знают до сих пор. Я боюсь потерять общение с ними. А допустим, у меня нет семьи, и я не знаю, как вообще с этим быть, как знакомиться и какие проблемы с этим могут быть. Как сообщить это человеку, у которого нет статуса, и какое отношение ко мне может быть. Это всё сложно» (участник фокус-группы из Беларуси)*
- *«Своя точка зрения, в связи с тем, что употребляют. Боятся, что узнают их диагноз, боятся, что это по поликлиникам пойдёт. Боятся, что на работу потом не устроятся, боятся, как дома к этому отнесутся, как это общество воспримет. Вот общество тебя не примет и всё. А если работаешь, то страшно, что тебя уволят, потому что рано или поздно это же дойдёт до начальства»» (участница фокус-группы из Беларуси)*

Общие для практически всех стран ВЕЦА проблемы в организации тестирования, недостатки до- и после-тестового консультирования, отсутствие программ сопровождения для членов сообществ объясняют часто отмечаемое участниками фокус-групп чувство страха, которое препятствует выяснению своего ВИЧ-статуса.

- *“Первый раз я сдавала в районной поликлинике. Там неточный тест пришел. Еще пока ни да, ни нет. И для того, чтобы пересдать, я поехала в Центр, там есть специальное отделение, можно и анонимно, и по паспорту сдать. ... Мне прямо по телефону озвучили диагноз положительный. Никак меня не подготовили, не сказали, чтоб приехала” (участница фокус-группы из РФ)*
- *«Страх, боятся узнать диагноз. Мало информации где и как это можно сделать» (участник фокус-группы из Кыргызстана)*
- *«Основная масса болезненно это (известие о ВИЧ) воспринимает. И тут должен быть*

*какой-то психолог, хороший психолог. Подготовить человека, сообщить, успокоить. Вселить надежду» (участница фокус-группы из Беларуси)*

- *«Многие не хотят знать о своей болезни, особенно те, кто ведет такой образ жизни, например, принимает наркотики, он не хочет узнавать о том, потому что знает, что у него может это быть. Самая главная причина — это страх» (участница фокус-группы из Беларуси)*
- *«Из-за страха, просто-напросто». (Из-за страха чего?) «Что выявят и потом. Первым делом, когда мы это узнаем, очень тяжело. Когда нет рядом поддержки, что кто-нибудь сказал: ты не переживай, туда-сюда. Это очень тяжело. Поэтому, я, допустим, тоже, когда первый раз узнала, для меня это был шок. У меня просто муж рядом был, и он меня поддержал. А если б не он, я не знаю, наверное, уже не было б. Мы просто боимся этого» (участница фокус-группы из Кыргызстана)*

Внимательного рассмотрения заслуживает проблема в странах ВЕЦА с законодательными базами по трудовым мигрантам и, как результат, ограниченность доступа к континууму услуг при ВИЧ-инфекции для мигрантов. Участниками фокус-групп отмечаются проблемы и внешних мигрантов, когда люди приезжают в другую страну и не могут получить лечение, и проблемы, возникающие при внутренней трудовой миграции, например в РФ, у граждан этого государства при переезде в другой регион страны.

- *«Если они не являются гражданами Узбекистана, у них создается немножко затруднительное положение в получении АРТ. Например, были случаи, когда приезжали пациенты из Казахстана, но по определенным причинам: работают или здесь живут родственники, родители. И естественно, они не получают АРТ. Но когда вмешивалось например НПО, другие неправительственные организации, то можно было получить все-таки» (Участник фокус — группы из Узбекистана)*
- *«В Москве не очень-то все двери открыты, потому что у меня нет регистрации, будет она у меня только подмосковная. И пока что не знаю, куда идти. Пришла я недавно в Федеральный СПИД-центр, и там врач пошел мне на встречу, сказал, что он принимает только местных и без определенного места жительства, но раз мне так дорого сдать лабораторные анализы, то возьмет хоть вирусную нагрузку бесплатно» (Участница фокус — группы из России)*
- *«Я в другом городе не могу встать на учёт. Я приезжал, чтоб поставили. В Москву приехал — тоже отказали. Говорят, что без регистрации не могут поставить на учёт. Сейчас я стою на учёте в своём городе, а ездить за препаратами дорого» (участник фокус — группы из России)*

После получения первого ВИЧ — положительного результата наступает этап постановки окончательного диагноза. Респонденты отмечают уже на этом раннем этапе отрицательное влияние длительных, растянутых во времени процедур на формирование приверженности к лечению ВИЧ-инфекции в силу личностных, временных, финансовых и территориальных трудностей.

- *«Пациенту, который сдал анализ, анонимно или нет, нужно посетить медучреждение не менее 5 раз. Мы просто проверяли, сколько раз ему приходится ходить в учреждение, сдавая*

*анализы или за результатом. Для человека, принимающего наркотики, это очень большой промежуток времени». (Участник фокус — группы, Беларусь)*

Для сохранения приверженности лечению и снижению числа отрывов от лечения нужно преодолеть целый ряд препятствий, которые характерны для большинства стран ВЕЦА. Участники фокус-групп указали на трудности получения своевременной, бесплатной диагностической и лечебной медицинской помощи для ЛЖВ и ЛЖВ/ТБ, проблемы при смене схемы лечения АРТ и замене отдельных АРВ препаратов, перебоях в поставке АРВ препаратов. Отдельно следует обратить внимание на такой негативный фактор, как плохой менеджмент побочных эффектов от АРТ. Поскольку ЛЖВ, не имея правильного представления о происходящем на фоне ухудшения самочувствия при приеме АРВ-препаратов, нарушают схемы приема АРТ или совсем отказываются от дальнейшего лечения, это способствует поддержанию мифов о ВИЧ/СПИДе в сознании представителей КГН. ЛЖВ часто не имеют представления о возможностях АРТ для перспективного улучшения качества их жизни. Все описанное не способствует формированию приверженности к лечению у ЛЖВ.

Законодательные барьеры обладают весомым влиянием на ситуацию с доступом к лечению ВИЧ-инфекции для представителей КГН. Наличие дискриминационного законодательства, включая криминализацию передачи ВИЧ, является одним из основных препятствий при получении любой медицинской помощи в связи с ВИЧ-инфекцией. Представители ключевых групп боятся обращаться за медицинской помощью из-за угрозы уголовного наказания за употребление наркотических средств, предоставление сексуальных услуг за вознаграждение, за угрозу заражения ВИЧ-инфекцией своих партнеров. Такое репрессивное законодательство формирует стойкое недоверие ко всем без исключения государственным учреждениям, в том числе и медицинским. Люди избегают лечения из страха преследования со стороны представителей государственного аппарата.

- *«Мне вообще не хотелось становиться на учет, потому, что я понимаю, что это уголовная ответственность за оказание услуг сексуального характера за деньги» (участница фокус-группы из Беларуси)*
- *«Лучше вообще не светиться, чтоб не знали о тебе, а то все равно не вылечишься от этого, а проблем наберешься. Полиция там... Где, с кем, когда? Семью будут дергать» (участник фокус-группы из РФ)*
- *«Я столкнулась с этим при постановке на учет, меня прямо допрашивали. Где, с кем, сколько человек» (участница фокус-группы из РФ)*
- *«У меня был страх, что вот начнут узнавать точки, кто с кем, где кололся, кому колол. Такие вопросы» (участник фокус-группы из РФ)*
- *«И сколько специалисты объясняют на дотестовом консультировании, что нужно идти дальше и становиться на учет, они (секс-работники) просто не идут, потому что тут уже вступает в силу ответственность, вплоть до уголовной. И они просто с этим живут, не принимают терапию, не знают до конца свой статус, но знают, что ВИЧ где-то там когда-то был, как они говорят» (участница фокус-группы из Беларуси)*
- *«Добровольно кто ходит в СПИД центр? Тем более наркозависимые. Так как они не доверяют*

*государству и с НГО им легче работать» (участник фокус-группы из Азербайджана)*

В ряде стран тестирование на ВИЧ для отдельных групп населения имеет обязательный, определенный государственными структурами характер. Эта практика носит дискриминирующий характер, ограничивающий личностную свободу.

- *«На сегодняшний день у всех именно в обязательном порядке берут кровь на ВИЧ. Даже как бы против твоего желания» (участник фокус — группы из Беларуси)*

Такое же деструктивное влияние на доступность к услугам в связи с ВИЧ имеют и недостаточная подготовленность медицинского персонала, проблемы в организации до- и послетестового консультирования, отсутствие программ сопровождения для членов сообществ. При этом многие участники ФГ отмечают, что профессиональное отношение хорошо осведомленных по проблемам лечения ВИЧ/СПИДа и подготовленных к принятию членов сообществ, медицинских работников центров СПИДа выгодно отличается от ситуации в других больницах и в целом облегчает доступ к лечению ВИЧ-инфекции (Казахстан, Украина, Узбекистан). Следовательно, хороший уровень подготовки медперсонала в отношении ВИЧ-инфекции и его профессиональная готовность к принятию людей из КГН способствует улучшению доступа ЛЖВ ко всем видам необходимого им лечения.

- *«И я бы хотела бы отметить, кто обращался в другие медицинские учреждения, так как разговаривают в СПИД центрах с нами нигде не разговаривают — уважительно, понимающе, скорее всего они даже не смотрят на то, что ты в употреблении активном и все равно разговаривают как с человеком. Я была удивлена, как разговаривают. Так ласково, как в СПИД центре нигде так ласково не разговаривают» (участница фокус-группы из Казахстана)*

Дефицит корректной информации о ВИЧ как о заболевании и серьезности его последствий, о доступности лечения ВИЧ-инфекции в среде ЛЖВ приводит к непониманию необходимости находиться под медицинским наблюдением и позднему обращению за услугами.

- *«Я вот про себя могу сказать, почему я не хотела вставать на учёт. Я видела, что вокруг меня много ВИЧ — положительных и всё нормально у них, недохнут как мухи. Живут с этим диагнозом. И смысл мне бежать вставать на учёт? Мне было всё равно — встану я, не встану. Зачем? Встают на учёт, чтоб получать какие-то услуги в этом специализированно (участница фокус группы из РФ)*

Проблема постановки на учет и нахождения на диспансерном наблюдении и лечении становится непосредственно после установки диагноза. Участники фокус-групп отметили следующие барьеры при постановке на учет: страх разглашения диагноза и непонимание необходимости лечения, низкое значение, придаваемое своему здоровью; внутренняя стигма и желание скрыть свой ВИЧ-статус, страх узнать реальную ситуацию в отношении здоровья, отсутствие надежды на понимание в семье, территориальная и географическая отдаленность.

- *«Чувствуют себя хорошо и не верят, что они больные. Разглашения боятся» (участник фокус-группы из Азербайджана)*
- *«Самочувствие нормально, люди себя хорошо чувствуют и не обращаются» (участница фокус-группы из Кыргызстана)*

- *«Менталитет у нас совсем другой, мы воспитаны по-другому, из-за этого тоже бывают проблемы, что родственники узнают, что это стыдно, как говорится» (участница фокус-группы из Казахстана)*
- *«Есть категория людей, особенно женщины, чего они боятся? Во-первых, это как я сообщу мужу? Муж меня здесь увидит и что он скажет? А источник кто был? — Муж! Потом если женщина беременная, тут вообще головоломка начинается. Тут нужно и ребенка сохранить и психоэмоциональное и семью сохранить, и не сказать тоже как? А мужики, которые приходят: как я скажу своей жене?!» (участница фокус-группы из Казахстана)*
- *«Есть люди, живущие далеко. Они не могут приехать» (участница фокус-группы из Азербайджана)*

Участники фокус — групп из Беларуси отметили, что социальные работники зачастую сопровождают клиентов с позитивным результатом тестирования на базе НПО в СПИД-центр для их постановки на диспансерный учет, даже если эта услуга не входит в их обязанности. Если с клиентами — МСМ подобная тактика является эффективной, то при работе с СР этот подход не всегда себя не оправдывает. По словам большинства респондентов-провайдеров услуг, СР при удобном случае просто убегают, боясь, что регистрация их данных повлечет за собой уголовное преследование.

- *«Мы тоже так пробовали делать. Но пока они (СР) просто убегают. Пока приехали в поликлинику и пошел человек к врачу сказать, что там партия пришла, а их уже нет» (участник фокус-группы из Беларуси)*

Участники фокус-групп указали на трудности в организации процесса постановки диагноза, получения доступной, своевременной, бесплатной диагностической помощи для ЛЖВ. В частности, в Беларуси как препятствие называют большое количество обязательных лабораторных и инструментальных исследований, которые должен пройти пациент перед назначением АРТ, а в России становится проблемой увеличивающееся число платных обследований для ЛЖВ в центрах СПИДА:

- *«Как правило, максимальный период, за который мы получим уже все результаты необходимых анализов, это около 1,5–2 недель. То есть в течение 2-х недель у нас будет полная картина состояния здоровья пациента» (участник фокус-группы из Беларуси)*
- *«Чтоб получить в Минске талончик на УЗИ, легче вообще это все платно сделать, потому что будешь ждать года полтора, просто чтобы сделать УЗИ брюшной полости» (участник фокус-группы из Беларуси)*
- *«Вот у меня, например, была такая проблема: тебе говорят, что ты должен срочно и на этой неделе пойти и обследоваться. А у тебя же могут быть, и было на работе, какие-то другие дела. То есть, свое расписание, деятельность какая-то другая» (участник фокус-группы из Беларуси)*
- *«Раньше всё было бесплатно, и мы даже получали одно время талончики на томографию. Сейчас, конечно, никаких талончиков. Некоторые анализы, например, гормоны, не относящиеся к ВИЧ-инфекции, но тем ни менее, в СПИД — центре они уже платные. Даже для ВИЧ —*

положительных» (участник фокус-группы из России)

Все описанное сохраняет актуальность и при анализе ситуации с достижением ЛЖВ вирусной супрессии как результата АРТ. Участники ФГ говорят о критически низком уровне знаний ЛЖВ и представителей КГН о ВИЧ/СПИДе как о заболевании, его течении, последствиях и возможностях лечения. Так же обстоят дела с пониманием ЛЖВ положительной роли достижения состояния вирусной супрессии для каждого человека с ВИЧ-инфекцией лично и для общества в целом. Отрицательное влияние на ЛЖВ имеют глубоко укоренившиеся мифы о заболевании, нежелание терпеть побочное действие АРВ-препаратов, общий для многих представителей КГН недостаток веры и мотивации для достижения результатов лечения.

- «У них повышается иммунитет, они думают, что уже здоровые, поэтому и бросают препараты» (участник фокус-группы из Азербайджана)
- «Есть проблема. Из-за того, что плохо чувствуешь себя при получении АРВ» (участник фокус-группы из Азербайджана)
- «Есть люди, которые принимают лекарства и у них кружится голова, или поднимается температура или начинает тошнить. Поэтому они отказываются. Например, 5 дней принимает, 5 дней нет» (участник фокус-группы из Азербайджана)
- «Они говорят, что знают, что терапия помогает их еще быстрее убить. Только с чего они взяли — говорят, что слышали отзывы от людей, которые на терапии, как к ним относится лечащий врач» (участник фокус-группы из Беларуси)
- «Я не вдаюсь особо в подробности. Что-то про клетки, нагрузку, что скоро умрешь. А я бегаю на работу, что мне. Зачем мне что-то менять?» (участница фокус-группы из России)
- «Я отказываюсь, потому что мне сказали, что начнешь пить еще это... Я плохо осведомлена, один одно скажет, другой — другое. Я постоянно боюсь. Сказали, что если начну пить, то еще хуже будет. У меня и так сейчас туберкулез!» (участница фокус-группы из России)
- «Вот вчера у женщины выявился ребёнок, а она не хотела приезжать. Потому что она считала, что лечения нет, что ребёнок её всё равно умрёт» (участник фокус-группы из Казахстана)
- «У меня тоже есть знакомый, который не знает об АРТ, у него ВИЧ, семейные пары, они не знают, что есть лекарства и что их нужно пить» (участник фокус-группы из Кыргызстана)
- «Я была в больнице. Врач со мной провела беседу, объяснила, как нужно препарат принимать. Начала и бросила его сразу» (участница фокус-группы из Узбекистана)
- «Мне тоже в Городском предложили АРТ. Первое время употреблял их. Потом их поменяли. 2–3 дня я пил, стал плохо себя чувствовать. Ещё пару дней попил, все хуже.. и я перестал» (участник фокус-группы из Узбекистана)
- «Это безответственность, я не знаю, что это, вот у меня есть пример: знакомый, говорит, я все равно умру, зачем лечиться?» (участник фокус-группы из Узбекистана)
- «Есть те, которые со своим статусом чувствуют себя очень плохо, причем каждый раз его

*чуть ли из могилы не вытягивают, и все равно не идет ни лечиться, ни (анализ) не сдает» (участник фокус-группы из Узбекистана)*

- *«Многие бросают из-за того, что побочные эффекты, нету терпения, изо дня в день одно и то же, надоедает. Многие от незнания, вот посчитали что результаты хорошие. Я по себе скажу, у меня как было, я когда начал, мне доктор назначил, у меня СД немножко поднялся я сразу бросил, я ничего врачам не говорил, не ходил и не брал» (участник фокус-группы из Узбекистана)*
- *«Бросают. Из-за того, что плохо чувствуешь себя при получении АРВ» (участник фокус-группы из Азербайджана)*
- *«Я знаю, что им дают ужасные ретровирусные препараты, которые выводят их из строя буквально. То есть человек очень себя плохо чувствует, в плачевном состоянии находится. Приблизительно недели две, а то и от месяца и дольше, у кого как привыкание идет. Что эти препараты, в принципе, помогают им, по анализам на клетки. Если честно, вот так серьезно в это не вникала. Я знаю, что есть на один кубический сантиметр, миллилитр, определенное количество клеток. Когда оно достигает критической отметки, то им дают антиретровирусные препараты. Все, вот это я знаю» (участница фокус-группы из Эстонии)*
- *«Довольно мало знаю. Знаю, что эти препараты, они разные, потому что у каждого свой курс, и не каждому все подходит, что применять их нужно постоянно, что это на всю жизнь. Вот, наверное, все» (участник фокус-группы из Эстонии)*
- *«Зависимость, алкоголь, наркотики, и потом неверие в эффективность АРТ, когда просто не донесли информацию и человек просто не принимает. Ньюансов море, кто-то занаркоманился, кто-то заалкашился» (участник фокус-группы из Кыргызстана)*

Перебои в снабжении препаратами АРТ не способствуют формированию приверженности к лечению у ЛЖВ.

- *«Вообще у меня есть знакомый, которому половину препаратов дают, половину нет. Куда-то бегают, вообще неудобно» (участник фокус-группы из России)*
- *«Вот у меня есть знакомый. Ему выдали 2 препарата, а третий препарат он должен был купить сам» (участник фокус-группы из России)*
- *«Один раз мы с мужем ходили за его лекарством, я не знаю, что у них там было, врач открывал тюбик и говорит, просто нет лекарств, ты же не один, и вот он кулечки делал и 10 штук каждому откладывал. И сказал прийти еще через 10 дней. Вот мы говорили, что нет возможности часто приходиться, денег нет, но вот нужно было делить на всех» (участница фокус-группы из Кыргызстана)*

ОЗТ как метод формирования и поддержки приверженности к АРТ в странах ВЕЦА, используется ограниченно. Например, в Азербайджане ОЗТ получают 130 ЛУИН (1% от оценочной численности ЛУИН), участники отмечают ее низкую доступность для нестоличных жителей.

- *«У нас в Азербайджане два пункта ЗПТ всего, которые находятся в городе Баку, в других городах у нас их нету. ... наркозависимые, которые живут в других районах или городах*

*просто не могут приходить. Нету такой возможности» (участник фокус-группы из Азербайджана)*

Участники фокус-групп указали на сложности получения медицинской помощи больным с коинфекцией ВИЧ/туберкулез.

- *«Говорят, что нужно сначала лечить ТБ, а потом назначать АРТ за редкими исключениями» (участник фокус-группы из Кыргызстана)*
- *«Для ЛЖВ/ТБ есть отдельное лечение. Сначала начинают лечение ВИЧ, а потом посылают на лечение от ТБ, так как лечения этих обоих заболеваний сразу не бывает. У них несхожие лекарства, совсем разная программа. Для ЛЖВ/ТБ, когда выдаются лекарства, выдаются сразу на 2–3 месяца сразу. Ну, не все пьют их ...» (участник фокус-группы из Кыргызстана)*



Дарья Матюшина, Даниэль Парсонс



Программные пробелы и дефицит  
финансирования для ключевых групп  
населения в выбранных странах  
Восточной Европы и Центральной Азии

Этот отчет подготовлен в рамках Региональной программы «Партнерство ради равного доступа к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией в регионе ВЕЦА», трехлетняя программа (2015-2018), осуществляемая МБО «Восточноевропейское и Центральноазиатское объединение людей, живущих с ВИЧ», в партнерстве с Евразийской сетью снижения вреда при финансовой поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Программа началась 1 ноября 2015 года.

## ВВЕДЕНИЕ

### Контекст и обоснование

Этот отчет и лежащий в его основе процесс оценки были запланированы и проведены в контексте региональной программы Глобального фонда «Партнерство ради равного доступа к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией в регионе Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА)» силами МБО «Восточноевропейское и Центральноазиатское объединение людей, живущих с ВИЧ» (ВЦО ЛЖВ).

Целью Региональной программы является повышение эффективности, доступности, устойчивости и расширение программ лечения ВИЧ-инфекции в регионе ВЕЦА с особым фокусом на ключевые группы населения. Проект имеет две определенные задачи:

**Задача 1.** Создать благоприятные условия на национальном и региональном уровнях для облегчения доступа к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией и улучшения связей между основными элементами континуума ВИЧ услуг для ключевых групп населения по меньшей мере в пяти странах-участницах региона к 2018 году.

**Задача 2.** Адвокатировать переход к стратегическому и устойчивому государственному финансированию континуума услуг в связи с ВИЧ на основе фактических данных и потребностей ключевых групп населения не менее чем в пяти странах-участницах региона к 2018 году.

Оценка, описанная ниже, была организована и проведена Евразийской сетью снижения вреда, субреципиентом этого гранта.

### Цель и задачи оценки

Цель этой оценки состояла в проведении обзора финансирования в контексте ответа на ВИЧ-инфекцию для людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), и ключевых групп населения (КГН) с повышенным риском заражения ВИЧ в Азербайджане, Беларуси, Эстонии, Казахстане, Кыргызской Республике, Российской Федерации и Узбекистане. Для целей этой оценки к КГН были отнесены люди, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН), мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ) и работники секс-бизнеса (РС).

Задачами оценки было:

1. Оценить охват услугами и общие расходы (как в виде абсолютных показателей, так и в процентах от государственного финансирования) для всех категорий континуума связанных с ВИЧ услуг для ЛЖВ, РС, ЛУИН, МСМ.
2. Провести оценку стоимости единицы для всех категорий услуг в рамках континуума услуг, связанных с ВИЧ-инфекцией и ТБ, для ЛЖВ, РС, ЛУИН, МСМ.
3. Оценить, сколько средств необходимо для удовлетворения всех потребностей КГН, сколь-

ко из этого финансирования может быть обеспечено внутри страны и каков дефицит, который необходимо обеспечить за счет внешнего финансирования.

## Методы оценки

Чтобы собрать комплексные финансовые и программные данные, необходимые для завершения анализа, была создана база данных в Excel, которая позволяет систематически осуществлять сбор и обработку данных. Были включены такие категории данных:

- Общая информация: базовая демографическая информация по странам; экономические показатели; общие расходы на здравоохранение; общие расходы на ВИЧ, запланированные по программным направлениям;
- Уровни охвата: оценочная численность населения для каждой КГН; количество людей, получающих каждую услугу в континууме, дезагрегированное по КГН;
- Фактические расходы: реальные расходы на программу противодействия ВИЧ-инфекции, включая специфику целевых групп и категории расходов, а также источники финансирования.

Был разработан инструмент для облегчения сбора данных, который включает четкие определения терминов и данных и предоставляет пользователю целый ряд возможностей для анализа на основе качественных и детализированных доступных данных. Инструмент автоматически выполняет три специальных анализа, каждый из которых имеет собственную маркированную рабочую таблицу:

- Анализ интервенции по источникам финансирования
- Анализ реализации интервенции по целевым группам
- Анализ интервенции по стоимости

Как описано ниже, во время этой оценки невозможно было полностью сделать все эти виды анализа из-за отсутствия данных; однако база данных рассчитана на их проведение при наличии данных.

Анализ основывался на следующих данных:

Приложение 1. Охват ключевых групп населения профилактикой ВИЧ. Данные за 2015 год

Приложение 2. Охват ключевых групп населения тестированием на ВИЧ. Данные за 2015 год

Приложение 3. Каскад лечения ВИЧ-инфекции. Данные за 2015 год

## Процедуры сбора данных, источники и выборка

Сбор данных осуществлялся национальными консультантами в каждой стране, которые прошли обучение по использованию инструмента для сбора данных во время двухчасовой онлайн-сессии; также они получили консультацию по методам сбора данных. Консультанты использовали только общедоступные опубликованные данные. Выборка данных не была существенной проблемой для этого анализа, поскольку вся собранная информация была взята из национальных источников.

Все результаты, представленные здесь, используют сбор данных из вторичных источников, указанных в разделе «Список литературы».

Как и предполагалось, в каждой из стран, в которых проводилась оценка, были обнаружены уникальные сильные и слабые стороны, которые в совокупности представляют собой целый ряд барьеров и вызовов для укрепления континуума ухода в связи с ВИЧ.

## ОХВАТ УСЛУГАМИ В СВЯЗИ С ВИЧ И РАСХОДЫ

### Охват КГН услугами профилактики ВИЧ

Международные цели охвата, определенные структурами ООН, выражаются в процентах. Оптимальный охват услугами профилактики, которые были определены в руководящих принципах ЮНЭЙДС и ВОЗ по профилактике, составляет 60%. Политическая декларация, принятая Генеральной Ассамблеей ООН в 2016 году, отражает обязательства стран по охвату 90% КГН услугами по профилактике ВИЧ-инфекции<sup>1</sup>. Поскольку в текущем отчете анализируются данные 2014–2015 годов, то охват, достигнутый странами, сравнивается с целью в 60%.

В Приложении 1 приведены оценочная численность КГН (ЛУИН, МСМ и РС) по каждой стране, их охват услугами по профилактике ВИЧ-инфекции и программные пробелы, рассчитанные для каждой КГН. Смотрите Приложение 1 для источника данных, представленных в этом разделе.

Согласно данным доступным на 2014–2015 гг., МСМ были в основном исключены из охвата профилактическими услугами, уровень охвата 2015 года достигал всего 10,0% в Кыргызской Республике и 11,2% в Беларуси. В Казахстане профилактическими услугами было охвачено 23,9% всех МСМ. В Узбекистане охват составил 50,2%, однако учитывая очень скромное общее количество МСМ в 3000 человек (0,01% общего населения Узбекистана), такой показатель следует

**РИСУНОК 1.**  
Охват МСМ услугами профилактики ВИЧ-инфекции



<sup>1</sup> Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей 8 июня 2016 г. 70/266 Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу: ускоренными темпами к активизации борьбы с ВИЧ и прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году. Доступна онлайн: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/2016-political-declaration-HIV-AIDS>

интерпретировать с большой осторожностью. В 2014 и 2015 годах в Азербайджане и Эстонии не было данных касательно программ для МСМ.

Работники секс-бизнеса имеют лучший доступ к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией, чем МСМ. В двух странах — Казахстане и Кыргызстане — доля работников секс-бизнеса, охваченных услугами (89,2% и 69% соответственно), превысила рекомендованные ЮНЭЙДС 60%. Эти цифры чрезвычайно обнадеживающи, хотя их достоверность основана на предположении точной оценочной численности населения и системе отслеживания информации, как это подробно описано в разделе «Обсуждение» ниже. Узбекистан (39%), Беларусь (28,6%) и Азербайджан (13,9%) находятся в середине шкалы и все еще далеки от рекомендованных ЮНЭЙДС показателей. Наименьший доступ к услугам по профилактике среди СР в Эстонии (10%) и в России (1,5%), при чем в последней СР даже не упомянуты в национальной стратегии борьбы с ВИЧ/СПИДом.

Ситуация с ЛУИН лучше в большинстве регионов; охват услугами ПОШ составил 61,7% в Эстонии, 58,6% в Узбекистане, 57,4% в Кыргызской Республике, 52,7% в Беларуси и 47,5% в Казахстане. Эти уровни приближаются или превышают рекомендацию ВОЗ по 60% охвату ЛУИН услугами ПОШ. Предполагая, что и оценочная численность населения, и пакет предоставляемых услуг корректны, это говорит о перспективности интервенций во всех пяти странах. Тем не менее, Азербайджан и Российская Федерация значительно отстают от международных целей: в Азербайджане отчитывается об охвате в 4,5%, а Россия в официальных отчетах 2014 или 2015 года<sup>2</sup> не сообщает о показателях охвата услугами ПОШ.



<sup>2</sup> Хотя программы ПОШ и выполняются в Российской Федерации при финансовой поддержке Глобального фонда, охват не сообщается в официальных национальных докладах, в том числе в отчетах о национальной стратегии развития здравоохранения и глобальных отчетах о ходе осуществления мер в ответ на СПИД (GARPR). Несмотря на то, что страны региона часто полагаются в основном или исключительно на внешние ресурсы, такие как программы Глобального фонда, Российская Федерация уникальна тем, что отказывается официально сообщать о любом охвате этих программ.

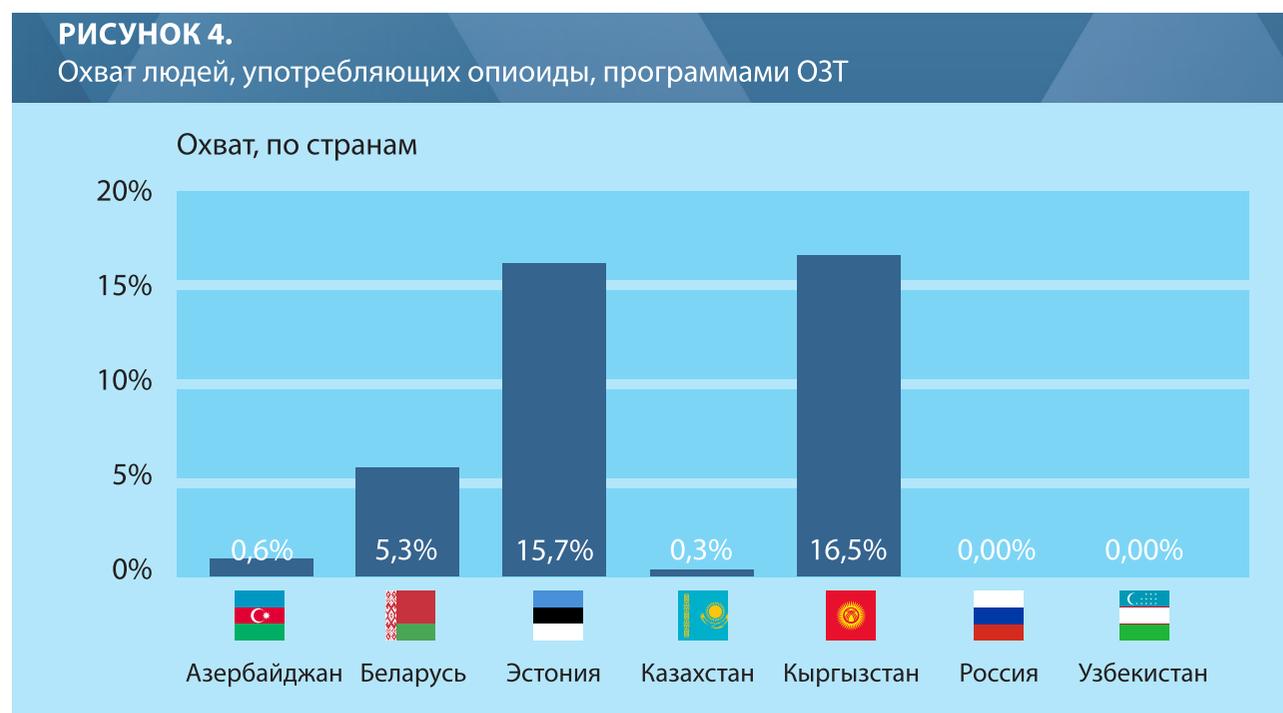


Кроме того, все страны по-прежнему значительно отстают от идеального уровня доступа к опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) для всех потребителей опиоидов, установленного ВОЗ в размере 40%, причем только Эстония и Кыргызская Республика достигают охвата, превышающего 10% (15,7% и 16,5% соответственно). Беларусь охватывает 5,3% всех потребителей опиоидов, в то время как Казахстан и Азербайджан — менее 1% населения, нуждающегося в этой услуге. В Российской Федерации и Узбекистане отсутствуют программы ОЗТ.

С учетом всех различий между проанализированными семью странами можно сделать вывод о том, что на региональном уровне лучше всего складывается ситуация с доступом ЛУИН к программам обмена игл и шприцев (за исключением Российской Федерации), а наименьший прогресс был достигнут в области программ профилактики ВИЧ среди МСМ и доступа к программам ОЗТ.

## Тестирование на ВИЧ среди КГН

Все страны, в которых проводилась оценка, ежегодно охватывают большое количество населения услугами тестирования на ВИЧ, в основном методом ИФА. Несмотря на то, что в большинстве мест также в наличии быстрые тесты, они значительно менее доступны, чем ИФА.



В Приложении 2 приводятся оценки численности ключевых групп населения (ЛУИН, МСМ и РС) в каждой стране, их охват тестированием на ВИЧ, программные пробелы, рассчитанные на КГН, а также охват тестированием общего населения. Смотрите Приложение 2 для источника данных, представленных в этом разделе.

В большинстве стран доступ МСМ к тестированию на ВИЧ был очень низким. В 2015 году только 2,1% всей оценочной численности МСМ в Азербайджане прошли тестирование на ВИЧ; в Узбекистане прошли тест только 52 человека, что составляет 0,7% от оценочной численности населения (см. примечание выше о заниженной оценочной численности населения). В 2015 году в Эстонии 3,3% МСМ получили доступ к тестированию, в то время как в Казахстане — 6,5%. Кыргызская Республика предоставила значительно лучший доступ — 40,0% всех предполагаемых МСМ получили доступ к тестированию, а Беларусь сообщила об охвате 64,5% МСМ от оценочного числа. За исключением Беларуси, где 96,9% всех отчитанных тестов были осуществлены экспресс-методом, все другие отчитанные тесты, как предполагается, были осуществлены традиционным методом ИФА.

Ситуация с доступом РС к тестированию на ВИЧ подобна ситуации с ЛУИН: в Беларуси было зафиксировано достаточное количество тестирований, чтобы охватить 66,3% оценочного числа РС, в то время как в Казахстане было протестировано 98,5% всех оценочных РС, а в Кыргызской Республике — 55,9%. Узбекистан достиг меньшего процента от всех оценочных работ-

ников секс-бизнеса — только 9,29% были протестированы в 2015 году. Доступ к тестированию в Азербайджане был очень низким — на уровне 0,3%; ни Эстония, ни Российская Федерация не представили никаких данных о тестировании РС в 2014 и 2015 годах.

Что касается ЛУИН, которые имеют относительно хороший доступ к программам обмена игл и шприцев, то связь между профилактическими услугами и доступом к тестированию вызывает беспокойство: в Беларуси только 21,7% — менее половины охваченных услугами по профилактике — прошли тестирование в 2015 году. В Казахстане только 39,4% ЛУИН получили доступ к тестированию; в Узбекистане — 39,7%; в Кыргызской Республике — 43,0%. В Азербайджане, с другой стороны, тестированием на ВИЧ было охвачено 5,7% населения ЛУИН, несмотря на то, что профилактическими услугами было покрыто всего 4,5%. Ни Эстония, ни Российская Федерация не сообщают данные касательно тестирования ЛУИН в 2014 и 2015 годах.

В Таблице 1 приведено сравнение между пропорцией общего количества населения, прошедшего тестирование на ВИЧ, с показателями тестирования среди МСМ, РС и ЛУИН, а также долей целевого тестирования КГН среди всех выполненных тестов. Только небольшая часть (0,32% — 5,39%) этих тестов проводилась для КГН, где наиболее вероятно возникновение новых случаев ВИЧ-инфекции (таблица 1, e).

**ТАБЛИЦА 1.**  
Охват тестированием на ВИЧ

Страна	Охват тестированием на ВИЧ (ИФА), %					
	Общее население (a)	МСМ (b)	РС (c)	ЛУИН (d)	% тестов для КГН среди всех выполненных тестов (e)	% перераспределения для КГН***** (f)
Азербайджан **	6,88	2,1	0,27	5,7	0,76	12,97
Беларусь **	н/д	64,5	66,3	21,7	-	-
Эстония **	12,09	3,3	н/д	н/д	0,19	9,74
Казахстан **	15,51	6,5	98,5	39,4	2,62	2,2
Кыргызстан **	7,32	40,0	55,9	43,0	5,39	3,91
Россия *	21,28	0,19	0****	9,66	0,8	11,43
Узбекистан **	9,9	0,7***	9,29	14,88	0,32	1,6

\* 2014; \*\*2015; \*\*\* Быстрые тесты (нет данных об ИФА тестах), \*\*\*\* нет целевого тестирования; \*\*\*\*\* Процент тестов для общего населения, которые необходимо перераспределить на 75% охвата КГН тестированием на ВИЧ.

Принимая во внимание, что ЮНЭЙДС/ВОЗ рекомендуют целевой показатель в 75% охвата тестирования КГН и целевой показатель в 90%, установленные Политической декларацией 2016 года<sup>1</sup>, достаточный охват тестированием на ВИЧ был достигнут только в Казахстане и только для РС. Однако чтобы достичь высокого уровня охвата тестированием, странам стоит не увеличивать финансирование на тестирования для КГН, а скорее перераспределить 1,6–12,97% от существующего финансирования для тестирования общего населения, чтобы купить тесты на ВИЧ с целью предоставления низкопороговых услуг для ЛУИН, РСи, что самое главное, для MSM (см. столбец f Таблицы 1).

### Каскады лечения: Охват ЛЖВ ключевыми услугами

Стратегия ЮНЭЙДС Fast Track по прекращению эпидемии СПИДа призывает достижение к 2020 году целей 90–90–90: то есть 90% всех ЛЖВ диагностированы и знают свой статус; 90% всех диагностированных начали и продолжают АРТ; и 90% всех пациентов на АРТ достигли вирусологической супрессии. Учитывая амбициозные планы повысить эти цели до 95–95–95 к 2030 году, чтобы преодолеть СПИД в глобальном масштабе, каждая страна должна действовать в срочном порядке, чтобы достигнуть целей 90–90–90.

В Приложении 3 приведены оценки каскада лечения и источники данных для каждой страны.

Страны ВЕЦА, в которых проводилась эта оценка, далеки от достижения какой-либо из этих целей. На Рисунках 5 и 6<sup>2</sup> ниже визуализированы каскады лечения для каждой страны, подсчитано оценочное количество ЛЖВ, число тех, кто знает свой ВИЧ-статус, число тех, кто получает услуги в связи с ВИЧ-инфекцией, число тех, кто получает АРТ, и число тех, кто достиг вирусологической супрессии. Для каждой цели 90–90–90 (знание статуса, АРТ лечение, вирусологическая супрессия) есть красная полоса, указывающая на разрыв между фактическим показателем и целью.

По первому показателю — установление диагноза и знание статуса — Узбекистан и Российская Федерация наиболее близки к достижению целевого показателя — 87% и 77% соответственно, но они по-прежнему ниже 90%, необходимых для перехода к контролю над эпидемией. Кроме того, как и в случае с профилактикой, необходимо отметить важность точности знаменателя в этом уравнении покрытия — в данном случае общее оценочное число ЛЖВ. Если текущая оценочная численность занижена из-за отсутствия надежного надзора, либо же существующая система надзора четко не нацелена на репрезентативные выборки среди КГН, то общее оценочное число ЛЖВ может быть ниже, чем реальное количество. Такие заниженные оценки могут привести к тому, что коэффициенты покрытия окажутся искусственно высокими. Это особенно тревожно для таких стран, как Российская Федерация и Узбекистан, где другие показатели охвата для КГН нерегулярны или отсутствуют.

Диагностика еще ниже в Эстонии, Казахстане и Кыргызской Республике и варьирует от 70% до 56% от всех ЛЖВ, знающих свой статус. Самые низкие показатели среди стран, в которых

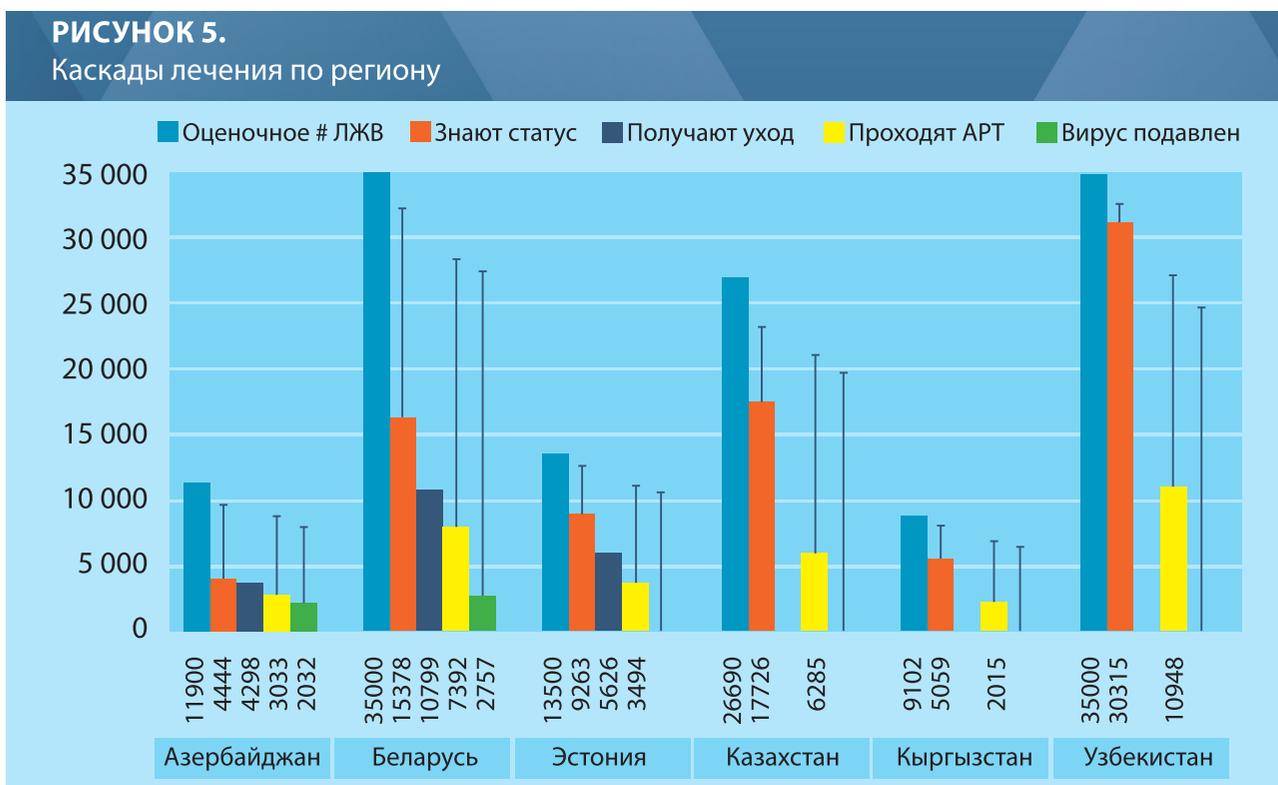
---

3 Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей 8 июня 2016 года. 70/266 Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу: ускоренными темпами к активизации борьбы с ВИЧ и прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году: <http://www.unaids.org/ru/resources/documents/2016/2016-political-declaration-HIV-AIDS>

4 Данные для Российской Федерации представлены отдельно, из-за масштабов (то есть, количество предполагаемых ЛЖВ на несколько порядков больше, чем в других исследуемых странах).

проводилась оценка, в Беларуси и Азербайджане — 44% и 34% соответственно.

По второму показателю — начало и удержание на АРТ 90% всех диагностированных ЛЖВ — ни одна из оцениваемых стран не превысила 36%. Это неудивительно, учитывая большое количество потерь в промежутке между диагностикой и связью с услугами ухода и поддержки: из всех диагностированных только от 34% (Беларусь) до 53% (Российская Федерация) были сопровождены для получения первичных услуг ухода поддержки; поэтому ожидаемо, что число начавших и успешно продолжающих АРТ меньше.



Учитывая, что ни первый, ни второй индикатор не достигнуты, невозможно приблизиться к достижению третьего индикатора — вирусологической супрессии. На региональном уровне вирусологическая супрессия колеблется от 9,76% до 17,53% всех ЛЖВ. В Азербайджане зарегистрировано достижение вирусологической супрессии в 17,53%, в Казахстане — 14,85%, в Кыргызстане — 12,12%, в Беларуси — 9,76%, в то время как для достижения «третьего 90» 72,9% всех ЛЖВ должны иметь вирусологическую супрессию. Две страны — Россия и Узбекистан — не отчитывались о супрессии вируса ни в 2014, ни в 2015 году.

## РАСХОДЫ НА ВИЧ ПО ПРОГРАММНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ

Данные о расходах были доступны только для трех из оцениваемых стран: Беларуси, Казахстана и Узбекистана. Кыргызская Республика предоставила частичные данные за 2014 год, о чем сообщалось в GARPR2015 года, однако данные не предусматривали разбивку по программным направлениям, источникам или категориям расходов и, следовательно, не могут использоваться для надежного окончательного анализа.

Доля общих расходов, связанных с профилактикой, значительно различается: в Узбекистане на профилактику было выделено 49,3% общего бюджета, запланированного на программы противодействия ВИЧ в целом, в Беларуси — 39,2%, а в Казахстане было потрачено всего 4,6%. Распределение расходов на профилактику по КГН согласно доступным данным представлено в Таблице 2 ниже. Важно отметить, что подавляющее большинство расходов на профилактику в Беларуси не распространяется на программы, ориентированные на КГН, что указывает на потенциал для оптимизации использования ресурсов для более эффективного воздействия.

**ТАБЛИЦА 2.**

Разбивка расходов на профилактику по целевым группам

Страна	Расходы, % от общего бюджета на программы противодействия ВИЧ				
	Всего Профилактика	ЛУИН Профилактика	МСМ Профилактика	РС Профилактика	Не КГН Профилактика
Азербайджан	13,12%	5,59%	н/д	н/д	н/д
Беларусь	39,2%	6,3%	0,9%	1,5%	30,5%
Эстония	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
Казахстан	4,6%	2,7%	1,1%	1,7%	н/д
Кыргызстан	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
Россия	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
Узбекистан	22,47%	8,14%	0,27%	3,1%	10,95%

В Казахстане расходы на тестирование на ВИЧ составили 7,1%, а в Узбекистане 2,3%, при этом большая часть расходов направлялась на тестирование нецелевых групп населения в соответствии с тенденциями расходов на профилактику. В Беларуси не доступны данные о расходах на тестирование на ВИЧ.

Расходы на лечение в процентах от общего бюджета значительно варьировались в зависимости от страны. Узбекистан тратит на лечение только 13,5% своего бюджета на программы про

тивоедействия ВИЧ, в то время как Беларусь тратит 21,6%, а Казахстан — 48,6%. Распределение расходов на лечение по категориям расходов согласно доступным данным представлено ниже в Таблице 3. Хотя данные ограничены, примечательно, что расходы на оппортунистические инфекции (ОИ) по-прежнему опережают расходы на АРТ как в Беларуси, так и в Казахстане; в то же время обе страны значительно отстают от целей охвата АРТ, как показано выше на Рис.3. Это несоответствие в расходах указывает на то, что существуют возможности для потенциальной экономии средств, поскольку расходы на ОИ значительно снижаются, когда ЛЖВ получают эффективную АРТ<sup>1</sup>. Это особенно предсказуемо для Беларуси, где высокие расходы на ОИ, вероятно, связаны с низкими показателями диагностики (44%), что приводит к позднему обращению людей в программы ухода и поддержки, а также способствует возникновению нескольких ОИ и обуславливает необходимость их лечения.

Кроме того, в трех странах был отмечен значительный уровень «Других расходов», который не включает основные расходы на профилактику, тестирование и лечение. Хотя эта оценка не позволила провести подробное исследование составляющих статьи «Другие расходы» в каждой стране, возможно, существует перспектива значительного перераспределения средств, чтобы расходы имели большее влияние на результаты программ противодействия заболеванию.

**ТАБЛИЦА 3.**

Разбивка расходов на лечение по программным направлениям

Страна	Расходы, % от общего бюджета на программы противодействия ВИЧ				
	Всего Лечение	АРТ	ОИ	Уход и поддержка	Другие расходы *
Азербайджан	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
Беларусь	21,6%	0,88%	5,6%	0,3%	39,2%
Эстония	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
Казахстан	48,6%	0,51%	0,9%	н/д	39,7%
Кыргызстан	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
Россия	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
Узбекистан	13,5%	10,3%	1,7%	2,2%	59,8%

\* Статья «Другие расходы» не включает затраты на профилактику, тестирование или лечение. Более подробная информация о том, что включено в эти расходы не была доступна.

5 Мета-анализ в 2016 году показал значительную экономию средств за счет сокращения ОИ путем внедрения АРТ, даже в странах со средним уровнем дохода. (Лоу А. и др. Частота оппортунистических инфекций и влияние антиретровирусной терапии среди ВИЧ-инфицированных взрослых в странах с низким и средним уровнем доходов: систематический обзор и мета анализ. Clin Infect Dis. 2016 Январь 15;62(12):1595-603. doi: 10.1093/cid/ciw125. Epub 2016 Март 6)

## СВЯЗАННЫЕ С ВИЧ УСЛУГИ: СТОИМОСТЬ ЕДИНИЦЫ

Из-за ограниченного характера и детализации данных о расходах было невозможно провести анализ стоимости единицы по анализу расходов на клиента. Таким образом, имеющиеся данные о стоимости единицы в Optima использовались там, где это возможно, для Беларуси, Казахстана и Кыргызской Республики.

Для сумм расхода на клиента (анализ стоимости единицы сверху-вниз) данные по России и Азербайджану были взяты из Модулярных Форм Концептуальных заявок этих стран в Глобальный фонд Шаблона Модулей Концепции ГФ. Для Узбекистана расчет расходов на клиента основывался на суммах, представленных в национальном докладе ЮНЭЙДС.

**ТАБЛИЦА 4.**  
Стоимость единицы профилактики (долл. США)

Страна	ПОШ	ОЗТ	Профилактика для МСМ	Профилактика для РС	АРТ
Азербайджан*	60,99	н/д	71,39	49,10	н/д
Беларусь**	101,36	645,31	39,03	88,62	576,48
Эстония	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
Казахстан**	56,43	318,17	13,46	34,13	2279
Кыргызстан**	116,38	509,51	449,13	103,65	861,55
Россия***	62,40**	Не реализуется	53,49**	82,87**	2291,58***
Узбекистан****	80	Не реализуется	49	79	310***

\* Расчет на основании данных из Модулярных Форм Концептуальной заявки в Глобальный фонд (2015)

\*\* На основании результатов Optima

\*\*\* На основании данных из Модулярных Форм Концептуальной заявки в Глобальный фонд (2014)

\*\*\*\* Расчет расходов на клиента на основании отчетов GARP

## РЕШЕНИЕ ВОПРОСОВ ДЕФИЦИТА ФИНАНСИРОВАНИЯ

Чтобы провести анализ дефицита финансирования, для стран, по которым имеются в наличии финансовые данные, был проведен анализ программных пробелов. Программные пробелы были рассчитаны с использованием доступных данных о покрытии услугами, а также путем сравнения с международными целями охвата.

Используя эти программные пробелы и данные о стоимости единицы, полученные в исследованиях Optima, был рассчитан дефицит финансирования для Беларуси, Казахстана и Кыргызской Республики.

**ТАБЛИЦА 5.**  
Программные пробелы

Страна	Дополнительные клиенты, нуждающиеся в услугах				
	Профилактика для ЛУИН (ПОШ)	Профилактика для ЛУИН (ОЗТ)	Профилактика для МСМ	Профилактика для РС	ЛЖВ, нуждающиеся в АРТ
Азербайджан	38,969	10,067	3,943	11,532	7,658
Беларусь	5,509	6,402	29,307	6,901	20,958
Эстония	--	1,533	5,400	1,500	7,441
Казахстан	16,087	38,806	10,074	--	15,333
Кыргызстан	644	1,766	10,997	--	5,268
Россия	1,486,803		888,002	593,000	822,978
Узбекистан	686	28,800	294	5884	17,402

**ТАБЛИЦА 6.**  
Дефицит финансирования: профилактика, ЛУИН

Страна	Программ-ные пробелы ПОШ	Стоимость единицы ПОШ	Дефицит ПОШ Итого	Программ-ные пробелы ОЗТ	Стоимость единицы ОЗТ	Дефицит ОЗТ Итого	Всего дефицит финанси-рования
Азербайджан	38,969	60.99	2376768,10	10,067	н/д	н/д	2376768,10
Беларусь	5,509	101.36	558,392.24	6,373	645.31	4,112,560.63	4,670,952.87
Эстония	0	н/д	н/д	1,533	н/д	н/д	н/д
Казахстан	16,087	56.43	907,789.41	38,806	318.17	12,346,905.00	13,254,694.41
Кыргызстан	644	116.38	74,948.72	1,766	509.51	899,794.66	974,743.38
Россия*	1,486,803	62.40	92,776,507.2		н/д	н/д	92,776,507.2
Узбекистан*	686000	80		28800	н/д	н/д	28800

\* Не включает расчеты по ОЗТ, так как эти программы не реализуются в России и Узбекистане, соответственно, данные о стоимости единицы отсутствуют.

Дополнительные потребности в финансировании услуг ПОШ сильно различаются в оцениваемых странах, главным образом по причине разной численности населения. Дефицит финансирования услуг ОЗТ также значительно варьируется — от более чем \$12 млн. в Казахстане до менее \$1 млн. в Кыргызской Республике, но он значительно более актуален, учитывая низкий доступ к ОЗТ людей, употребляющих опиоиды. В целом программы для ЛУИН по-прежнему требуют больших инвестиций во всех странах, хотя следует также обратить внимание на повышение эффективности программ наряду с планированием увеличения финансирования.

**ТАБЛИЦА 7.**  
Дефицит финансирования: профилактика, МСМ

Страна	Пробелы программ для МСМ	Стоимость единицы	Всего Дефицит финансирования
Азербайджан	3,943	71.39	281505,05
Беларусь	29,307	39.03	1,143,852.21
Эстония	5,400	н/д	н/д
Казахстан	10,074	13.46	135,596.04
Кыргызстан	4,397	449.13	1,974,824.61
Россия	888,002	53.49	47,499,226.98
Узбекистан	294	49	14,406

Что касается программ для МСМ, явный лидер среди стран, в которых проводилась оценка, с относительно небольшим дефицитом финансирования — Казахстан. Существует возможность перепрограммирования средств в рамках программ для МСМ без потери их качества, чтобы охватить необходимое количество людей, либо же нужно найти сильные аргументы, чтобы обосновать относительно небольшие дополнительные инвестиции, которые могут помочь стране достичь одну из основных целей по профилактике. В такой большой стране как Казахстан это обоснование может сильно зависеть от географического распределения людей, которые на сегодня не охвачены услугами: например, если они живут в крупных городах, где активно работают аутрич программы, перепрограммирование средств и повышение эффективности могут привести к увеличению числа охваченных клиентов; если же клиенты находятся в разных географических регионах, где в настоящее время нет аутрич программ, скорее всего, потребуется дополнительное финансирование для инициирования новых программ.

**ТАБЛИЦА 8.**  
Дефицит финансирования: профилактика, РС

Страна	Пробелы программ для РС	Стоимость единицы	Всего Дефицит финансирования
Азербайджан	11,532	49.10	566240,84
Беларусь	6,901	88.62	611,566.62
Эстония	1,500	н/д	н/д
Казахстан	0	34.13	0
Кыргызстан	0	103.65	0
Россия	593,000	82.87	49,141,910.00
Узбекистан	5884	79.00	464,836.00

В Беларуси и Кыргызской Республике ситуация более жесткая, так как каждая из этих стран требует дополнительных инвестиций в размере \$1 млн. для охвата необходимого количества МСМ программами в соответствии с текущими программными показателями. Хотя эти страны, безусловно, должны по-прежнему стремиться оптимизировать услуги и по возможности экономить средства, маловероятно, что этот дефицит финансирования может быть покрыт только за счет корректирования программ; они требуют дополнительных инвестиций из внешних или внутренних ресурсов.

Хотя профилактические программы для работников секс-бизнеса в Беларуси имеют меньший дефицит по сравнению с программами для других КГН, по-прежнему существует значительный разрыв (в \$611567) для полного покрытия потребностей. Принимая во внимание другие, конкурирующие финансовые приоритеты в ответе Беларуси на ВИЧ, заинтересованные стороны могут постараться оптимизировать использование имеющихся средств для охвата большего числа

клиентов без дополнительных финансовых затрат. В среднеазиатских странах программы для работников секс-бизнеса работают лучше, причем Казахстан и Кыргызстан превышают целевой охват и не требуют каких-либо дополнительных средств; обе страны должны по-прежнему проанализировать текущие программы, чтобы оценить возможности для оптимизации услуг или экономии средств в рамках существующих бюджетов, что позволит либо большему количеству РС получать услуги (или предоставлять более комплексные пакеты услуг для уже охваченных клиентов), либо перепрограммировать средства на нужды других КГН, как описано выше и ниже.

**ТАБЛИЦА 9.**  
Дефицит финансирования: лечение ВИЧ

Страна	Пробелы программ АРТ	АРТ стоимость единицы	Всего Дефицит финансирования
Азербайджан	7 658,00	н/д	н/д
Беларусь	20 958,00	576,48	12 081 867,80
Эстония	7 441,00	н/д	н/д
Казахстан	15 333,00	2 279,00	34 943 907,00
Кыргызстан	5 268,00	861,55	4 538 645,40
Россия	822 978,00	2 291,58	1 885 919 925,24
Узбекистан	17402	310,00	5 394 620,00

Дефицит финансирования АРТ был самым большими по всем программным направлениям и во всех странах: от более \$4,5 млн. в Кыргызской Республике до почти \$35 млн. в Казахстане. Этот огромный дефицит средств отражает две реальности: охват по-прежнему угрожающе низкий по всему региону и должен быть срочно увеличен; также страны иногда платят завышенные цены на препараты, что не соответствует ценам, оплачиваемым другими странами<sup>1</sup>. Например, в Казахстане рационализация цен на АРТ до \$1000 на одного клиента или менее снизит финансовый разрыв с \$35 млн. до более управляемых \$15 млн. Поэтому наряду с традиционными мерами экономии затрат, такими, как смена задач и другие улучшенные методы назначения АРТ, следует сделать упор на обеспечение закупки АРТ по наилучшим доступным международным ценам.

Простой расчет стоимости единицы по программным пробелам не учитывает экономию за счет масштаба, любые выгоды от программной эффективности, улучшенное экономично эффективное использование потенциала текущей системы. Поэтому можно ожидать, что стоимость единицы может уменьшиться по мере увеличения количества клиентов и экономии средств,

6 Страны со средним уровнем дохода во всем мире борются чтобы получить доступные цены на АРТ, о чем свидетельствует ряд документов, представленных на 21-й Международной конференции по СПИДу в Дурбане, Южная Африка. (<http://i-base.info/htb/30702>)

которые могут быть реинвестированы для дальнейшей оптимизации. Поэтому эти расчеты следует считать ориентировочными в плане дополнительных финансовых потребностей, но они не должны препятствовать поиску дальнейших путей оптимизации услуг и повышения экономической эффективности при планировании программ.

Принимая во внимание предостережение в отношении ограничений, связанных с подсчетами на основе стоимости единицы, была проведена оценка общего дефицита финансирования для профилактики ВИЧ среди всех КГН и лечения в семи странах (см. Таблицу 10). Для стран, в которых были доступны все данные о стоимости единицы (Беларусь, Казахстан и Кыргызская Республика), увеличение дополнительного финансирования, необходимого для достижения международных целей, огромно — от 65,41% до 142,15%. Сюда не входят дополнительные затраты на тестирование на ВИЧ, поскольку предполагается, что на покрытие дефицита в тестировании для КГН будут перераспределены 1,6% — 12,97% финансирования, выделяемого на тестирование для общего населения.

**ТАБЛИЦА 10.**

Общий ежегодный дефицит финансирования мероприятий по противодействию ВИЧ\*

Страна	Всего ежегодное финансирование программы ВИЧ	Всего ежегодный дефицит финансирования	Необходимое дополнительное финансирование, %	Комментарии
Азербайджан	20 627 360,00	3 224 513,99	15,63 %	Общий дефицит финансирования не включает затраты на ОЗТ и АРТ, т.к. данные о стоимости единицы в услугах ОЗТ и АРТ отсутствуют. Неудовлетворенная потребность в услугах ОЗТ составляет 10 067 человек, в АРТ – 7 658 человек, поэтому фактический дефицит финансирования будет значительно больше
Беларусь	20 606 632,00	18 526 953,53	89,91 %	
Эстония	н/д	н/д	-	
Казахстан	33 995 760	48 336 375,84	142,15 %	
Кыргызстан	15 978 696,00	10 452 144,00	65,41 %	
Россия	н/д	2 075 337 569,42	-	Общий дефицит финансирования не включает затраты на ОЗТ, т.к. данные о стоимости единицы в услугах ОЗТ отсутствуют в связи с запретом ОЗТ на государственном уровне.
Узбекистан	27 562 950,00	5 928 742,00	21,51 %	Общий дефицит финансирования не включает затраты на ОЗТ, т.к. данные о стоимости единицы в услугах ОЗТ отсутствуют в связи с запретом ОЗТ на государственном уровне.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Оценка выявила серьезные пробелы в доступности программных и финансовых данных по программам противодействия ВИЧ. К 2016 году достаточные данные для планирования национальных мер в ответ на ВИЧ были доступны только для Казахстана и Беларуси, в то время как другие страны имели существенные оговорки в своих данных в открытых источниках, что ограничило возможности заинтересованных сторон оценить необходимый объем средств для достижения установленных международных целей и определить точный дефицит финансирования.

Основным источником информации на страновом уровне были национальные доклады в ЮНЭЙДС. Будучи релевантным источником эпидемиологических данных, в этих докладах были представлены менее подробные сведения об охвате программами противодействия ВИЧ и очень небольшой финансовый анализ. Данные, поданные странами в национальных докладах в ЮНЭЙДС, были представлены по аналогичным вопросам или показателям. Однако большая часть данных была представлена странами таким образом, что их сопоставление между странами может быть очень необъективным.

Другая проблема, выявленная в ходе оценки, — различие в эпидемиологических данных и данных об охвате услугами в отчетах ЮНЭЙДС и ЕЦПКЗ. Оценочная численность ЛЖВ отличается для Азербайджана, Эстонии, Казахстана и Кыргызской Республики, а в Беларуси и Эстонии число людей, получающих АРТ, также отличалось в отчетах ЮНЭЙДС и таблицах данных ЕЦПКЗ<sup>1</sup>. Хотя несовпадение данных не столь велико, это может повлечь некоторые проблемы для региональной и международной адвокации.

В большинстве изучаемых стран национальные эксперты, участвовавшие в исследовании, не смогли получить актуальные финансовые данные, которые помогли бы рассчитать расход на человека или стоимость единицы услуг по профилактике и лечению ВИЧ и, соответственно, составить итоговые финансовые прогнозы. Хотя в регионе не так давно начался постепенный переход от международного к внутреннему финансированию, по-прежнему Модулярные Формы Концептуальных заявок стран в Глобальный фонд и страновые отчеты о ходе реализации проектов Глобального фонда продолжают оставаться источником наиболее подробных и достоверных данных об охвате услугами в связи с ВИЧ и о расходах на них. Страны, которые в основном или полностью перешли на внутреннее финансирование (например, Россия и Эстония), имеют самые большие пробелы в программных и финансовых данных. Это, конечно же, не означает, что такие данные вообще недоступны. Проблема заключается в том, что финансовые данные не группируются так, чтобы сопоставить их с потребностями в финансировании услуг в связи с ВИЧ и они не всегда открыто доступны для анализа и планирования заинтересованными сторонами.

---

<sup>1</sup> ЕЦПКЗ (2017) Тематический доклад: Континуум услуг в связи с ВИЧ. Мониторинг реализации Дублинской декларации о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии: отчет о проделанной работе, 2017 г.

В дополнение к финансовым данным существуют ограничения по имеющимся эпидемиологическим данным, включая оценки численности населения. Точность оценки численности населения имеет решающее значение, поскольку оценка численности населения предоставляет знаменатель для расчета охвата, и поэтому она должна быть точной, чтобы основные эпидемиологические предположения о снижении передачи были точными.

Последней, но, пожалуй, самой тревожной находкой с точки зрения доступности данных стала проблема с данными о вирусной нагрузке, что является критическим шагом в обеспечении выполнения «третьих 90» (90% пациентов, получающих лечение, достигают супрессии). Эти данные сообщили только четыре из семи стран. Было бы полезно проанализировать данные вирусной нагрузки по каждой КГН, чтобы понять, какие подгруппы ЛЖВ не получают необходимого консультирования и поддержки для приверженности к лечению и, соответственно, целенаправленно планировать для них услуги. Ни одна из стран, в которых проводился анализ, не предоставила таких данных.

В странах, где имеются данные о расходах на программы противодействия ВИЧ, наличие данных о расходах по программным направлениям указывает на высокий уровень расходов (более 37%) на затраты, не связанные непосредственно с профилактикой, уходом и лечением в связи с ВИЧ, что указывает на то, что административные и управленческие расходы являются либо очень высокими, либо были оценены по завышенной ставке. Это важно, поскольку это открывает широкие возможности для экономии и перепрограммирования средств; конкретные возможности для оптимизации эффективности должны оцениваться на страновом уровне в каждом конкретном случае. Учитывая большой дефицит финансирования, представленный выше, крайне важно, чтобы наряду с привлечением дополнительных средств страны стремились более эффективно использовать существующее финансирование, чтобы покрыть этот дефицит.

Согласно страновым отчетам в ЮНЭЙДС, услуги по профилактике ВИЧ-инфекции имеют относительно большую долю всего финансирования на ВИЧ только в двух странах — Беларуси и Узбекистане. Что касается других стран, эта информация либо не сообщается, либо доля затрат на профилактику составляет менее 14%. Но главная проблема здесь заключается в том, что финансирование целевой профилактики для КГН значительно меньше, чем для общего населения, не приобщенного к ключевым группам в связи с ВИЧ. Что касается тестирования на ВИЧ, в то время, как все исследуемые страны выполняют большой объем ИФА тестов, охватывая 6,88% – 21,28% общего населения в год, доступ к тестированию среди КГН отстает от международных целей. Важной находкой этого отчета является то, что пробел в тестировании КГН в странах ВЕЦА может быть заполнен без дополнительного финансирования путем перераспределения 1,6% – 12,97% финансирования от тестирования для общего населения на программы снижения вреда, услуги для MSM и РС.

Систематический обзор каскадов континуума лечения ВИЧ-инфекции показывает нам, что цели не были достигнуты ни в одной из стран. Возможно, наиболее тревожно то, что ни одна страна не оценила достижение даже первого показателя в каскаде лечения: уровень знания о своем ВИЧ статусе все еще ниже порога в 90%. Это говорит об опасных последствиях неэффективных расходов, когда ЛЖВ позже обращаются за помощью. Это требует более дорогостоящих интервенций, как это видно из расходов на ОИ в Беларуси, а также потенциально требует более дорогих схем АРТ.

Поскольку ни одна страна в этой оценке не достигла более 35% охвата всех диагностированных ЛЖВ с помощью АРТ, очевиден тот факт, что для расширения программы лечения необходимы значительные неотложные усилия. Основными препятствиями для такого расширения являются, прежде всего, отсутствие систематической переадресации для получения услуг по лечению ВИЧ-инфекции из программ для КГН, а также очень высокие закупочные цены на АРВ-препараты и общие затраты на лечение.

Анализ, проведенный в ходе оценки, показывает, что в некоторых случаях странам придется практически удвоить свои расходы на противодействие ВИЧ-инфекции. Как это подробно обсуждается в разделе «Ограничения», использование упрощенных расчетов стоимости единицы или расходов на клиента не позволяет сделать точные прогнозы для расширения охвата, поскольку не учитывает экономию за счет масштаба, за счет экономической эффективности программ, а также более эффективное использование существующих на сегодня возможностей системы. Таким образом, результаты этой финансовой оценки следует рассматривать не как точное указание того, сколько денег странам необходимо выделить дополнительно на программы противодействия ВИЧ, а скорее в качестве предупреждения, чтобы руководители программ противодействия ВИЧ на страновом уровне срочно искали пути повышения эффективности этих программ и снижения закупочных цен на АРТ, если они планируют достижение новых целей в отношении ВИЧ.

## ОГРАНИЧЕНИЯ

В рамках этой методологии встречались такие ограничения:

- **Использование вторичных источников данных.** Из-за ограниченных ресурсов, доступных для этой оценки, использовались только вторичные источники данных. Потенциальные ограничения возникают из-за неполных, непроверенных или несогласованных данных, а также от переменных, которые могут быть определены или классифицированы по-разному в разных существующих источниках данных. Это особенно проблематично для финансовых данных, которые в существующих документах не могут быть рутинно дезагрегированы по элементам услуг.
- **Отсутствие данных по КГН.** Отсутствие дезагрегации данных об услугах в связи с ВИЧ представляет собой серьезные препятствия для построения точных каскадов лечения, чтобы продемонстрировать доступ к услугам для каждой КГН. Эта проблема достаточно широко зафиксирована другими партнерами в регионе.
- **Нехватка данных по расходам.** Как отмечалось ранее в ходе аналогичного регионального анализа, проведенного Евразийской сетью снижения вреда в соседних странах<sup>1</sup>, страны в регионе ВЕЦА не проводят регулярного отслеживания или анализа расходов в рамках ответных мер в связи с ВИЧ. В результате невозможно отследить расходы по категориям, в том числе по программным направлениям в целом или дезагрегированные по КГН. Для трех из семи стран, включенных в этот анализ, расходы на программы противодействия ВИЧ были полностью недоступны.
- **Недостаточно данных для расчета стоимости единицы.** В результате отсутствия подробных данных о расходах невозможно было ни рассчитать подробные расходы на одного человека, ни оценить стоимость предоставления единицы услуги для любой из стран в этом анализе. Чтобы перейти к третьей цели этой оценки — рассчитать дефицит финансирования, — оценка обратилась к существующим данным о стоимости единицы, полученным в исследованиях Optima, которое ранее проводилось в странах. Однако данные о стоимости единицы по-прежнему доступны только для трех из семи стран: Беларуси, Казахстана и Кыргызской Республики.
- **Анализ дефицита финансирования ориентировочный, а не точный.** Используя существующие данные о стоимости единицы из исследований Optima, в рамках оценки была возможность проанализировать стоимость единицы наряду с пробелами в охвате программами, чтобы рассчитать общий дефицит финансирования для инвестиций в программы для КГН и ЛЖВ. Однако анализ следует считать ориентировочным, а не точным по двум причинам:

---

<sup>1</sup> Региональный отчет «На пути к устойчивому финансированию снижения вреда», 2015 г. Доступен здесь: <http://www.harm-reduction.org/ru/reports/road-success-towards-sustainable-harm-reduction-financing>

- Хотя данные о программных пробелах были получены за 2014 год, последние доступные данные о стоимости единицы по результатам Optima были получены за 2012 по 2013 годы, и поэтому невозможно отразить недавние изменения в цене поставки товаров или услуг. Чтобы учесть это, оценочная группа провела грубый расчет расходов на человека для 2014 и 2015 годов по каждой стране (где позволяли данные), при этом обеспечивая, чтобы стоимость на человека в профилактических услугах была приближена к стоимости единицы в Optima, чтобы считаться надежными данными для ориентировочного анализа. Однако этот метод проверки не подошел для затрат на АРТ. Предполагается, что это связано с тем, что расходы на АРТ могут включать только расходы на препараты и не включают затраты более высокого уровня, связанные с администрированием и клиническим мониторингом, подчеркивая, почему полагаться на стоимость единицы, даже немного устаревшую, более достоверно, чем использовать расходы на человека для АРТ на основе вариаций нечетких методов отслеживания затрат в каждой стране.
- Простой расчет стоимости единицы за счет программных пробелов не учитывает экономию за счет масштаба, экономическую эффективность программ, а также более эффективное использование существующих на сегодня возможностей системы. Поэтому можно ожидать, что стоимость единицы может уменьшиться по мере увеличения количества клиентов и привести к экономии средств, которые могут быть реинвестированы для дальнейшей оптимизации. Поэтому эти расчеты следует считать индикативными для дополнительных финансовых потребностей, но они не должны препятствовать лицам, принимающим участие в планировании программ, в поиске дальнейших путей оптимизации услуг и повышения эффективности затрат.
- Эта оценка также анализирует имеющиеся данные в процентах, чтобы сравнить прогресс стран с целями международных стандартов. Однако все представленные здесь проценты предполагают не только точность числителя (например, полученные услуги должны быть надлежащими, чтобы соответствовать международным, основанным на фактических данных стандартам), но и знаменателя, который представляет собой оценку численности населения. Заниженный знаменатель может оказать значительное влияние на фактический процент охвата.

## ВЫВОДЫ

Результаты оценки отражают общий **недостаточный охват ключевых групп населения услугами профилактики ВИЧ-инфекции** во всех изученных странах. В 2014–2015 годах наилучшие показатели охвата были достигнуты в основном в рамках программ обмена игл и шприцев для ЛУИН и в некоторых странах — для секс-работников. Наибольшие пробелы касаются профилактики ВИЧ среди МСМ и программ ОЗТ для ЛУИН. Эти пробелы препятствуют успеху программ по ВИЧ на страновом уровне, поскольку ЛУИН и МСМ — это группы с высоким уровнем выявления новых случаев ВИЧ-инфекции в странах ВЕЦА. Недооцененная роль профилактики ВИЧ-инфекции среди КГН, подтвержденная выводами доклада, снижает эффективность финансирования, выделяемого на программы противодействия ВИЧ.

Во всех странах, где проходила оценка, высокий процент населения ежегодно проходит **тестирование на ВИЧ**. Тем не менее, цель «первые 90» — число ЛЖВ, которые знают о своем статусе, — не была достигнута ни в одной из них. Вероятным объяснением этого является то, что большая часть этих тестов проводится среди групп населения с низким или средним риском инфицирования ВИЧ, тогда как ежегодные показатели тестирования среди КГН далеки от оптимальных.

Во всех исследованных странах есть большие пробелы в достижении цели «вторых 90» — процент ЛЖВ, которые получают **антиретровирусную терапию**. Фактически к началу 2016 года регистрация и удержание на АРТ среди диагностированных ЛЖВ в ВЕЦА были, в лучшем случае, в три раза ниже, чем международная цель. Связи между тестированием и лечением и приверженностью, а также ограниченность доступа к программам ОЗТ объясняют возникновение таких пробелов.

Данные о «третьем 90» — процент людей, которые достигли подавления вируса — в основном отсутствуют. Ни одна из стран не имеет данных о вирусной нагрузке, дезагрегированных по КГН.

Потребуется значительное **дополнительное финансирование**, если правительства стран ВЕЦА решат достичь международных целей в области ВИЧ. Как показано в финансовом анализе в этом отчете, достижение новых международных показателей лечения ВИЧ может потребовать увеличения общего бюджета на ВИЧ в среднем на 84,52%. В контексте постепенного сокращения международного финансирования это может нанести огромный ущерб национальным бюджетам здравоохранения.

Что касается **эффективности**, результаты оценки предполагают, что правительства могут использовать такую тактику для снижения финансового бремени:

- Сокращение административных расходов на программы противодействия ВИЧ, которые сегодня составляют 39,2% –59,8% от общего бюджета программ противодействия ВИЧ;
- Снижение стоимости закупок, связанных с ВИЧ;

- Перераспределение расходов на тестирование на ВИЧ из программ для общего населения на программы для КГН и проведение этих тестов в рамках проектов снижения вреда и других низкопороговых услуг, которые сопровождаются качественным консультированием и связью с программами ухода и поддержки.

Несмотря на то, что данные, собранные в рамках этой оценки, ценны для получения общей картины охвата программами и дефицита финансирования в регионе ВЕЦА, оценка была значительно затруднена из-за отсутствия открытых детальных данных о расходах. Это подчеркивает срочную необходимость для всех стран ввести систему отслеживания расходов, чтобы понять, как и сколько денег тратится в ответ на ВИЧ. Кроме того, страны должны обеспечить регулярный анализ данных о расходах (не реже чем раз в два года) с тем чтобы выяснить, что покупается за счет потраченных денег. Эти шаги абсолютно важны как для прозрачности программ, так и для возможности определить потенциальную эффективность. Без этих основополагающих данных и анализа страны не могут корректно забюджетировать необходимое увеличение внутренних расходов для расширения программ, а также не могут рассмотреть влияние сокращения международной донорской поддержки ключевых групп населения по различным направлениям ответа на ВИЧ.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

### Азербайджан

1. AIDSPlan. Независимый обозреватель Глобального фонда. Азербайджан. Доступно здесь: <http://www.aidsplan.org/ru/country/19>
2. AIDSInfo 2015, <http://aidsinfo.unaids.org>
3. Концепция от Азербайджана (Запрос, дата начала — 01 января 2016; Запрос на финансирование, дата окончания — 30 июня 2018)
4. Boltaev A., Burrows D., Musa M., Gottfredsson M. & Suleymanova J. (2016) Review of the HIV Programme in Azerbaijan: November 2014, WHO p. 30. World Health Organization Azerbaijan profile, <http://www.who.int/tb/country/data/profiles/ru/>
5. Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. (2016) Отчет о выполнении гранта Азербайджан AZE-910-G05-H.
6. Отчетность о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер ответ на СПИД: Мониторинг выполнения Политической декларации ООН по ВИЧ/СПИДу 2011 года: Республика Азербайджан: Отчетный период: январь 2012 г.— декабрь 2013 г. / Министерство здравоохранения Азербайджанской республики.— Баку, 2014.
7. Interfax Azerbaijan (2016). Интервью от 23 июня, 2016
8. Письменная коммуникация ЕССВ с Республиканским Центром СПИДа. Июнь 2016

### Беларусь

9. Данные Министерства Санитарно-эпидемиологической службы, Министерства здравоохранения Республики Беларусь (по запросу в связи с оценкой). Июнь 2016
10. Евразийская Сеть Снижения Вреда (2015) Снижение вреда: аргументы для стратегических инвестиций: национальный отчет по Республике Беларусь. Минск, 2015.
11. Министерство здравоохранения Республики Беларусь (2014) Национальный отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД (по выполнению Политической Декларации по ВИЧ/СПИДу): Отчетный период: январь 2012 г.— декабрь 2013 г. Республика Беларусь.
12. Министерство здравоохранения Республики Беларусь (2015) Национальный отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД (по выполнению Политической Декларации по ВИЧ/СПИДу): Отчетный период: январь 2013 г.— декабрь 2014 г. Республика Беларусь.

13. Министерство здравоохранения Республики Беларусь (2016) Национальный отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД (по выполнению Политической Декларации по ВИЧ/СПИДу): Отчетный период: 2015 г. Республика Беларусь.
14. NASA (2014) Evaluation of national HIV/AIDS spending. Republic of Belarus. Reporting period: 2014.
15. NASA (2015) Evaluation of national HIV/AIDS spending. Republic of Belarus. Reporting period: 2015.
16. World Health Organization (2014) Treatment and care for HIV/AIDS in Belarus. Report from assessment mission, January 2014.

### Эстония

17. European Centre for Disease Prevention and Control (2015) HIV/AIDS Surveillance in Europe 2014. Surveillance Report. Stockholm: ECDC (EDCD2015)
18. Письменная коммуникация между ЕССВ и Национальным институтом развития здравоохранения. 2016
19. Национальный институт развития здравоохранения (2016) HIV in Estonia Situation, prevention, treatment, and care. Narrative report for Global AIDS Response Progress Reporting 2016 (NIHD, 2016)
20. World Health Organization (2014) HIV/AIDS treatment and care in Estonia. Evaluation Report. (WHO 2014)
21. Информационная онлайн система ЮНЭЙДС, доступ через вебсайт: <http://aidsinfo.unaids.org/>

### Казахстан

22. Мероприятия по ВИЧ/СПИДу в рамках Плана действий по реализации государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан.
23. Gafarova N et al. (2014) National report on drug dependency in the Republic of Kazakhstan, 2014. Center for Monitoring of Alcohol and Narcotics — Pavlodar, Kazakhstan. Available at: <http://www.mcadkz.org/assets/files>.
24. Ganina LY et al. (2016) Report on population size estimate of people who inject drugs (PWID) in the Republic of Kazakhstan — Almaty, Kazakhstan. Available at: <http://www.stat.gov.kz>
25. Ganina LY et al. (2016) Overview of epidemiological situation on HIV infection in the Republic of Kazakhstan for 2013–2015. Report of the Republican AIDS Center.
26. Ganina LY et al. (2012) Overview of epidemiological situation with HIV infection and results of Integrated Bio-Behavioral Survey in the Republic of Kazakhstan for 2010–2011. P288. Available at: <http://www.rcaids.kz>

27. Национальный доклад о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД: Отчетный период: 2015 / Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан,— Алматы, 2016. Доступно здесь: <http://www.rcaids.kz>
28. Национальный доклад о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД: Отчетный период: 2014 / Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан,— Алматы, 2015. Доступно здесь: <http://www.rcaids.kz>
29. Министерство Национальной Экономики Республики Казахстан, Комитет по Статистике. (2016) Уточнение численности населения для Республики Казахстан за 2009–2015 годы.
30. Министерство Национальной Экономики Республики Казахстан, Комитет по Статистике. (2016) Уточнение численности населения для Республики Казахстан за 2016 г. Доступно здесь: <http://www.stat.gov.kz/>
31. Национальная система финансового мониторинга. Электронная база данных. Отчетный период: 2014–2015 гг.
32. Республиканский Центр СПИДа. Отчет о предоставлении услуг в связи со СПИДом в 2015. Доступно здесь: <http://www.rcaids.kz>
33. “Salamatty Kazakhstan” for 2011–2015. Available at: <http://www.rcaids.kz>
34. Saparbekov MK and Kryukva BA. Development of an epidemiological surveillance system for HIV infection in Kazakhstan. (2016) *Medicine (Almaty)* — No 3 (165) — P24–28. Available at: <http://www.medzdrav.kz/index.php/izdatelstvo/zhurnal-medicine>.
35. Центр мониторинга за алкоголем и наркотиками (2014) Национальный отчет о ситуации с наркотиками в Республике Казахстан в 2014. Доступен здесь: [http://mcdkz.org/assets/files/AR\\_-2014-Kazakhstan-V-1.3-RU.pdf](http://mcdkz.org/assets/files/AR_-2014-Kazakhstan-V-1.3-RU.pdf)
36. UNAIDS (Joint United Nations Program on HIV/AIDS). 2014. “90–90–90: An Ambitious Treatment Target to Help End the AIDS Epidemic.” Geneva. [Online]. Available at: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/90-90-90>.
37. World Bank. 2016. Optimizing investments in Kazakhstan’s HIV response. Washington, D.C.: World Bank Group. Accessible at: <http://documents.worldbank.org/curated/en/197261468496125992/Optimizing-investments-in-Kazakhstan-HIV-response>.

## Кыргызстан

38. Annual report on realization of the UNDP project for assistance to the Government of the Kyrgyz Republic, financed by the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. 2014. Bishkek, Kyrgyz Republic. Accessible at: <http://cbd.minjust.gov.kg/>
39. Deryabina A, Dooronbekova A. 2015 Integrated Bio-Behavioral Survey Among Sexual Partners of People Who Inject Drugs in the Kyrgyz Republic, Bishkek.

40. People Who Inject Drugs in the Kyrgyz Republic, Bishkek.
41. Hetzner, Alicia J. 2016. Оптимизация инвестиций в сфере противодействия ВИЧ в Кыргызской Республике. Вашингтон, Округ Колумбия: Всемирный банк. Доступно здесь: <http://documents.worldbank.org/curated/en/264481477977075763/Optimizing-investments-in-the-Kyrgyz-Republic-s-HIV-response>
42. Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/ СПИДу (ЮНЭЙДС). 2014. AIDSinfo база данных. Женева. Доступно здесь: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo>
43. Центр Анализа Политики Здравоохранения (2014) <http://hpac.kg/>
44. Mansfeld M., LikataVICIUS G., Ristola M. 2015 HIV Programme Review in Kyrgyzstan: Evaluation report: December 2014, WHO.
45. Министерство здравоохранения Кыргызской Республики. (2012) Государственная программа по стабилизации эпидемии ВИЧ в Кыргызской Республике на 2012–2016 годы. Бишкек. Доступно здесь: <http://cbd.minjust.gov.kg/>
46. Министерство здравоохранения Кыргызской Республики. (2015) Страновой отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на ВИЧ-инфекцию. Отчетный период: Январь — декабрь 2014. Бишкек, Кыргызская Республика.
47. Республиканский центр СПИД, Министерство здравоохранения Кыргызской Республики. 2015. Стратегические данные по ВИЧ и СПИДу в Кыргызской Республике (2014). Бишкек, Кыргызская Республика. Доступно здесь: <http://www.AIDScenter.kg/ru/>
48. Республиканский центр СПИД, Министерство здравоохранения Кыргызской Республики. 2016. Стратегические данные по ВИЧ и СПИДу в Кыргызской Республике (2015). Бишкек, Кыргызская Республика. Доступно здесь: <http://www.AIDScenter.kg/ru/>
49. Результаты эпидемиологического надзора за ВИЧ в Кыргызской Республике. 2013. Бишкек, Кыргызская Республика.
50. Skutelnichuk, O., Karipova, A. Temirov, A., & Dooronbekova, A. 2014. Population size estimation of PWID in the Kyrgyz Republic. [Online]. Available from: <http://www.aidscenter.kg/ru/biblioteka.html>

### Российская Федерация

51. Country Coordinating Mechanism. 2014. Concept Note to the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria.
52. Федеральный Закон от 14.12.2015 № 359-ФЗ “О федеральном бюджете на 2016 год”
53. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии при Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор)

54. Министерство Здравоохранения Российской Федерации. 2015. Национальный доклад о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН. Отчетный период: 2014. Москва, Российская Федерация.
55. Правительство Российской Федерации. 2014. Государственная программа Российской Федерации, «Развитие здравоохранения».
56. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии при Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации по состоянию на декабрь 31, 2015. Согласно данным, предоставленным региональными центрами профилактики и борьбы со СПИДом»

## Узбекистан

57. Национальный доклад о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы со ВИЧ/СПИДом Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН: Республика Узбекистан: Отчетный период: 2014–2015 (включая матрицу GARPR — индикатор 6.1)
58. Национальный доклад о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы со ВИЧ/СПИДом Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН: Республика Узбекистан: Отчетный период: 2016 (включая матрицу GARPR — индикатор 6.1)
59. World Bank. 2016. Modelling an Optimized Investment Approach for Uzbekistan. Getting to zero. [Online]. Accessible at: [http://www.eurasia.undp.org/content/dam/rbec/docs/UNDP%20Modelling%20Uzbekistan\\_web\\_V2.pdf](http://www.eurasia.undp.org/content/dam/rbec/docs/UNDP%20Modelling%20Uzbekistan_web_V2.pdf)
60. Онлайн информационная система ЮНЭЙДС доступна через вебсайт: <http://aidsinfo.unaids.org>
61. Письменная коммуникация между ЕССВ и Республиканским СПИД Центром. 2016

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

### ПОКРЫТИЕ КГН УСЛУГАМИ ПРОФИЛАКТИКИ. ДАННЫЕ ЗА 2015 ГОД (ЕСЛИ НЕ УКАЗАНО ДРУГОЕ)

	Азербайджан	Источник данных	Беларусь	Источник данных	Эстония*	Источник данных
Общая оценочная численность ЛУИН	71 283	4	75 000	13	9 000	20
Клиенты ПОШ (фактически)	3 800	5	39 491	13	5 550	18
Профилактика ЛУИН, % (фактически)	5,33		52,65		61,67	
Цель покрытия услугами ПОШ, 60%	42 770		45 000		5 400	
Дефицит программ с услугами ПОШ	38 970		5 509		-150	
Оценочная численность людей с опиоидной зависимостью	25 555	7	18 450	10	6 300	18
Клиенты ОЗТ (фактически)	155	4	978	13	987	18
Цель для покрытия услугой ОЗТ, 40%	10 222,00		7 380,00		2 520,00	
Дефицит ОЗТ	10 067		6 402		1 533	
Общая оценочная численность МСМ	6 572	4	60 000	13	9 000	19
Клиенты - МСМ (фактически)			6 693	13		18
Профилактика МСМ, % (фактически)	0,00		11,16		0,00	
Цель покрытия услугами МСМ, 60%	3 943		36 000		5 400	
Профилактика МСМ, дефицит	3 943		29 307		5 400	
Общая оценочная численность РС	25 054	4	22 000	13	3 000	19
Клиенты - РС (фактически)	3 500	5	6 299	13	300	18
Цель покрытия услугами РС, 60%	15 032		13 200		1 800	
Профилактика РС, % (фактически)	13,97		28,63		10,00	
Профилактика РС, дефицит	11 532		6 901		1 500	

Казахстан	Источник данных	Кыргызстан**	Источник данных	Россия	Источник данных	Узбекистан	Источник данных
128 700	27	25 000	49	2 500 000	50	48 000	59
61 133	27	14 356	44	13 197	50	28 114	60
47,50		57,42		0,53		58,57	
77 220		15 000		1 500 000		28 800	
16 087		644		1 486 803		686	
97 746	35	7 500	42				
292		1 234	44	0		0	
39 098,40		3 000,00					
38 806		1 766					
27 890	27	22 000	48	1 500 000	50	3 000	59
6 660	27	2 203	44	11 998	50	1 506	60
23,88		10,01		0,80		50,20	
16 734		13 200		900 000		0	
10 074		10 997		888 002		-1 506	
19 050		7 100	48	1 000 000	50	28 000	59
16 995	27	4 902	44	7 000	50	10 916	60
11 430	27	4 260		600 000		16 800	
89,21		69,04		0,70		38,99	
-5 565		-642		593 000		5 884	

\* Цифры покрытия услугами меньше, чем в Национальном отчете (20) и основаны на общении с НИРЗ (18), которые предоставили более точные данные

\*\* Количество клиентов за 2014 год

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

### ПОКРЫТИЕ КГН ТЕСТИРОВАНИЕМ. ДАННЫЕ ЗА 2015 ГОД (ЕСЛИ НЕ УКАЗАНО ДРУГОЕ)

	Азербайджан	Источник данных	Беларусь	Источник данных	Эстония*	Источник данных
Общая оценочная численность ЛУИН	71 283	4	75 000	13	9 000	20
Тестирование ЛУИН (фактически)	4085	8	5487	19	0	19
Тестирование ЛУИН, % (фактически)	5,73		7,32		0,00	
Цель охвата тестированием ЛУИН, 75%	53 462		56 250		6 750	
Дефицит тестирования ЛУИН	49 377		50 763		6 750	
Общая оценочная численность МСМ	6 572	4	60 000	13	9 000	19
Тестирование МСМ (фактически)	137	8	38700	9	300	19
Тестирование МСМ, % (фактически)	2,08		64,50		3,33	
Цель охвата тестированием МСМ, 75%	3 943		45 000		5 400	
Дефицит тестирования МСМ	3 806		6 300		5 100	
Общая оценочная численность РС	25 054	4	22 000	13	3 000	19
Тестирование РС (фактически)	68	8	14586	9	0	19
Цель охвата тестированием РС, 75%	15 032		16 500		1 800	
Профилактика РС, %	0,27		66,30		0,00	
Дефицит тестирования РС	14 964		1 914		1 800	
Общее население	8172000		9513000		1312000	
Все проведенные тесты	561838	8	n/d		158577	19
Охват тестированием общего населения	6,88		n/d		12,09	

Казахстан	Источник данных	Кыргызстан	Источник данных	Россия*	Источник данных	Узбекистан	Источник данных
128 700	27	25 000	49	2 500 000	50	48 000	59
			39				
50756	32	10750		241547	55	7143	59
39,44		43,00		9,66		14,88	
96 525		18 750		1 875 000		36 000	
45 769		8 000		1 633 453		28 857	
27 890	27	22 000	48	1 500 000	50	3 000	59
1824	32	8800	39	2781	55	20	59
6,54		40,00		0,19		0,67	
16 734		13 200		900 000		1 800	
14 910		4 400		897 219		1 780	
19 050		7 100	48	1 000 000	50	28 000	59
18764	32	3969	39	0	55	2600	59
11 430		4 260		600 000		16 800	
98,50		55,90		0,00		9,29	
-7 334		291		600 000		14 200	
17540000		5957000		144100000		31300000	
2721269	32	436347	47	30661034	55	3098748	59
15,51		7,32		21,28		9,90	

\* Покрытие тестированием за 2014 год

## ПРИЛОЖЕНИЕ 3.

### КАСКАД ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ. ДАННЫЕ ЗА 2015 ГОД (ЕСЛИ НЕ УКАЗАНО ДРУГОЕ)

	Азербайджан	Источник данных	Беларусь	Источник данных	Эстония*	Источник данных
Оценочная численность ЛЖВ	11 900	2	35000	13	13500	19
Знание своего ВИЧ-статуса	4444	2	15378	13	9263	19
% знающих свой статус*	37,34		43,94		68,61	
Диспансерный учет	4298	2	10799	13	5626	19
% на диспансерном учете*	36,12		30,85		41,67	
На АРТ	3033	2	7392	13	3494	19
% на АРТ*	25,49		21,12		25,88	
Вирусологическая супрессия	2032	2	2757	13	нет данных	19
% вирусологической супрессии*	17,08		7,88			

Казахстан	Источник данных	Кыргызстан	Источник данных	Россия*	Источник данных	Узбекистан	Источник данных
26690	27	9102	47	1300000	55	35000	56
17726		5059		1006388	55	30315	56
66,41		55,58		77,41		86,61	
	27		47	620119	55		56
				47,70			
6285	27	2 015	47	230022	55	10948	56
23,55		22,14		17,69		31,28	
3416	ECDC (2017)	1030	ECDC (2017)	нет данных		нет данных	
12,80		11,32					

\* От общего количества ЛЖВ

