

В преддверии Совещания высокого уровня по ВИЧ/СПИДу в Нью-Йорке 8–10 июня 2016 года сети сообществ стран Восточной Европы и Центральной Азии подготовили данный документ, призванный привлечь внимание к катастрофической ситуации в этом регионе и необходимости поиска решений, которые бы позволили не отставать от всего остального мира на пути ликвидации СПИДа и достижения Целей устойчивого развития к 2030 году.

Восточная Европа и Центральная Азия: не оставляем без ответа!

ВЕЦА — единственный регион, не достигший ЦРТ6 по ВИЧ.

Заболееваемость ВИЧ и количество вызванных СПИДом смертей продолжают расти.

В 2014 году 96 % новых случаев инфицирования зарегистрированы среди представителей ключевых групп населения и их сексуальных партнеров.

Лишь 1 из 5 ЛЖВ получает АРТ.

70% ЛЖВ проживают в странах с высоким уровнем доходов.

Каждый пятый живет за чертой бедности.

Содержание

I. Обзор и основные рекомендации	3
II. Введение	4
II.A Регион ВЕЦА отстает от остального мира в части противодействия ВИЧ, ТБ и гепатиту С	4
II.B Переходный период не должен ухудшить ситуацию	6
III. Что должно быть сделано?	7
III.A Необходимо обозначить приоритетность доступных профилактических услуг для ключевых групп населения	7
III.B Снизить стигматизацию и дискриминацию, сделать правосудие доступнее для ключевых групп населения	8
III.C Оптимизировать тестирование и направление на лечение	10
III.D Устранить пробелы в доступе к АРТ и удержании клиентов в программах	11
IV. Как этого достичь?	11
IV.A Формировать знания, необходимые для принятия рациональных решений	11
IV.B Разумно использовать ограниченные ресурсы	12
IV.C Финансировать программы для ключевых групп населения	13
IV.D Интегрировать неправительственные организации в программы, финансируемые государством	14
IV.E Обеспечить значимое участие людей, живущих с ВИЧ, ТБ и ВГС	14
Сноски	16



I. Обзор и основные рекомендации

На сегодня, когда во всем мире отмечается снижение показателей новых случаев ВИЧ-инфекции и смертности от СПИДа, Восточная Европа и Центральная Азия (ВЕЦА) остаются единственным регионом, не достигшим шестой Цели развития тысячелетия. Количество новых случаев инфицирования ВИЧ и связанных со СПИДом смертей продолжает расти. Эпидемии ВИЧ, резистентного туберкулеза и гепатита С по-прежнему сосредоточены среди ключевых групп населения, в том числе среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, секс-работников, геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами,

трансгендерных лиц и заключенных. В 2014 году 96% новых случаев ВИЧ приходилось на представителей ключевых групп населения и их сексуальных партнеров.¹ Столкнувшись с резким переходом на внутренние источники финансирования, странам ВЕЦА не удастся обеспечить достаточное финансирование программ для предоставления всего комплекса услуг в связи с ВИЧ-инфекцией (в т. ч. профилактики, тестирования, направления для получения медицинских услуг и удержания клиентов в программах лечения), в частности для стигматизированных и криминализированных ключевых групп.

Рекомендации:

- 1 Правительства должны взять на себя ответственность за развитие финансируемых из внутренних источников мер в ответ на эпидемию СПИДа, что предполагает формирование комплексного пакета услуг для всех нуждающихся, при этом особое внимание должно уделяться ключевым группам населения и их сексуальным партнерам.
- 2 Необходимо разработать планы на переходной период с тем, чтобы постепенно повысить уровень внутреннего финансирования, при этом 25% бюджета программ профилактики, в соответствии с рекомендациями ЮНЭЙДС, следует направлять на достижение целей «90-90-90».
- 3 Правительства должны признать, что ключевые группы населения несут бремя ВИЧ, туберкулеза и гепатита С, и обеспечить охват 90% представителей ключевых групп населения адресными низкопороговыми программами профилактики, тестирования, лечения и ухода.
- 4 Национальные программы должны обеспечивать доступ к антиретровирусной терапии всем ЛЖВ, желающим начать лечение, а консультации должны быть направлены на стимулирование раннего начала лечения в соответствии с рекомендациями ВОЗ.
- 5 Интеграция и сотрудничество с программами ВИЧ, ТБ, ОЗТ, снижения вреда и социальных услуг должны быть усилены, чтобы обеспечить связь с медицинскими услугами и удержание в программах; кроме того, необходимо устранить препятствия на пути доступа к медицинским услугам для мигрантов.
- 6 Главный источник уязвимости ключевых групп населения должен быть устранен посредством борьбы со стигматизацией, дискриминацией, криминализацией и нарушениями прав человека.
- 7 Все доноры, включая Глобальный Фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ), и доноры, предоставляющие помощь на двусторонней основе, должны принять такие квалификационные критерии, которые не будут упускать из виду проблему неравенства доступа к лечению и профилактике в связи с ВИЧ-инфекцией в странах со средним и высоким уровнем доходов.
- 8 Международное сообщество, в том числе Европейская Комиссия, государства-члены ЕС, Глобальный Фонд, организации структуры ООН и др. должны развивать диалог со странами ВЕЦА по вопросам преодоления препятствий на пути к обеспечению всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке.

9 Необходимо поддерживать **значимое участие людей, живущих с заболеваниями или пострадавших от них**, а также ключевых групп населения и гражданского общества в общегосударственном и региональном диалоге.

10 Меры по **укреплению системы здравоохранения** должны быть направлены на потребности правительств и НПО, связанные со срочным переходом на **внутренние источники финансирования институционализации саморегулируемых услуг НПО**.

11 Правительства должны применять **прозрачные, гибкие и инновационные подходы в вопросе закупки АРВ-препаратов** для обеспечения стабильного доступа к качественному лечению ВИЧ-инфекции и для обеспечения минимально возможных цен на эффективные медикаменты, включая поощрение конкуренции среди производителей аналогичных препаратов-генериков и использование возможностей Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (ТРИПС).

12 Необходимо провести **оценку численности групп населения** в соответствии с международными стандартами. Должны быть подготовлены **данные о доступности услуг с разбивкой по основным группам населения, гендерным и возрастным категориям**, чтобы можно было провести предметную оценку и усовершенствовать подходы к обеспечению доступа ко всему комплексу услуг.

II. Введение

Собрание лидеров в сфере борьбы с ВИЧ в Нью-Йорке 8–10 июня по случаю Совещания высокого уровня по ВИЧ/СПИД дает нам возможность представить, каким образом глобальный ответ на ВИЧ послужит достижению новых миро-

вых Целей устойчивого развития (ЦУР). Изменение ситуации с ВИЧ, ТБ и вирусом гепатита С в странах Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) является ключевым условием достижения ЦУР.

II.A Регион ВЕЦА отстает от остального мира в части противодействия ВИЧ, ТБ и гепатиту С

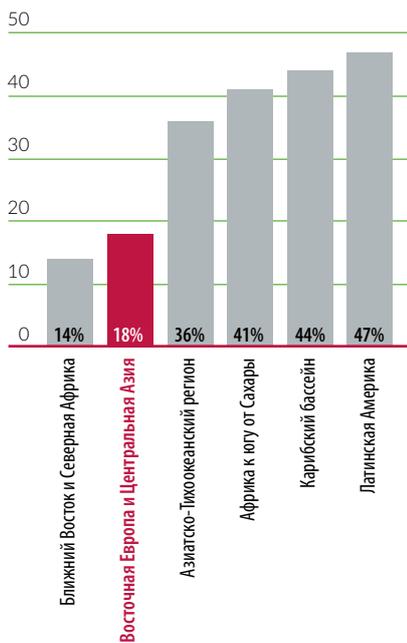
Во всем мире отмечается снижение количества новых случаев ВИЧ-инфекции и смертей от СПИДа, в то время как в странах ВЕЦА эти показатели продолжают расти. Число новых случаев инфицирования ВИЧ с 2000 по 2014 год снизилось во всем мире на 35%², при этом в ВЕЦА оно увеличилось на 30%³. За период с 2010 по 2015 год число новых случаев ВИЧ-инфекции в странах ВЕЦА увеличилось на 53%.⁴ Количество связанных со СПИДом смертей во всем мире с 2004 по 2014 год снизилось на 41%⁵, в то время как в странах ВЕЦА за период с 2005 по 2014 год данный показатель увеличился на 27%.⁶ Для региона характерны также высокие показатели коинфекции; случаи туберкулеза все чаще связаны с ВИЧ-инфекцией и употреблением опиоидов,⁷ а уровень распространения вируса гепатита С среди людей, употребляющих наркотики (ЛУН) во многих странах приближается к 80%.⁸ Показатели мультирезистентного туберкулеза (МР ТБ) в регионе ВЕЦА самые высокие.⁹

В то время как все большее число новых случа-

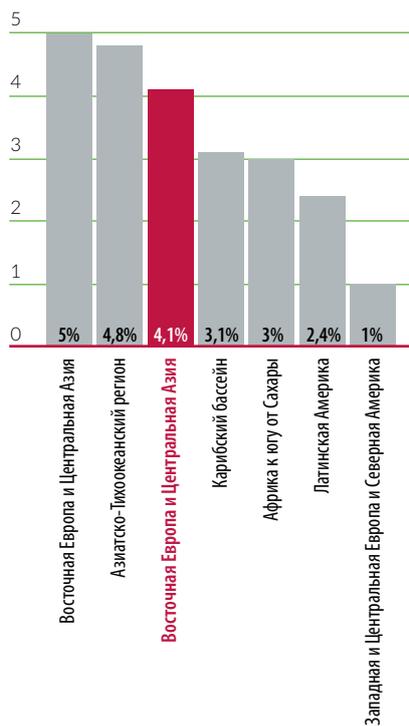
ев инфицирования ВИЧ приходится на гетеросексуальные контакты, 96% случаев передачи ВИЧ было зарегистрировано среди представителей ключевых групп населения и их сексуальных партнеров.¹⁰ В 2014 году 51% новых случаев ВИЧ-инфекции приходилось на ЛУН, 31% — на сексуальных партнеров представителей ключевых групп населения, 6% — на секс-работников (СР), а еще 6% — на мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ). В ряде регионов отмечается тревожно высокий уровень распространенности ВИЧ среди ключевых групп населения. В некоторых городах данный показатель среди ЛУН достигает 60%. На передачу среди МСМ приходится все большая доля новых случаев, а распространенность ВИЧ в данной группе в ряде крупных городов региона доходит до 25%¹¹. Передача инфекции от матери к ребенку у женщин, употребляющих наркотики, встречается значительно чаще, чем у других женщин, живущих с ВИЧ. Например, в Украине данный показатель составляет 11%, в то время как среди общего населения страны он равен 4%.¹²

ВИЧ Эпидемии в Восточной Европе и Центральной Азии

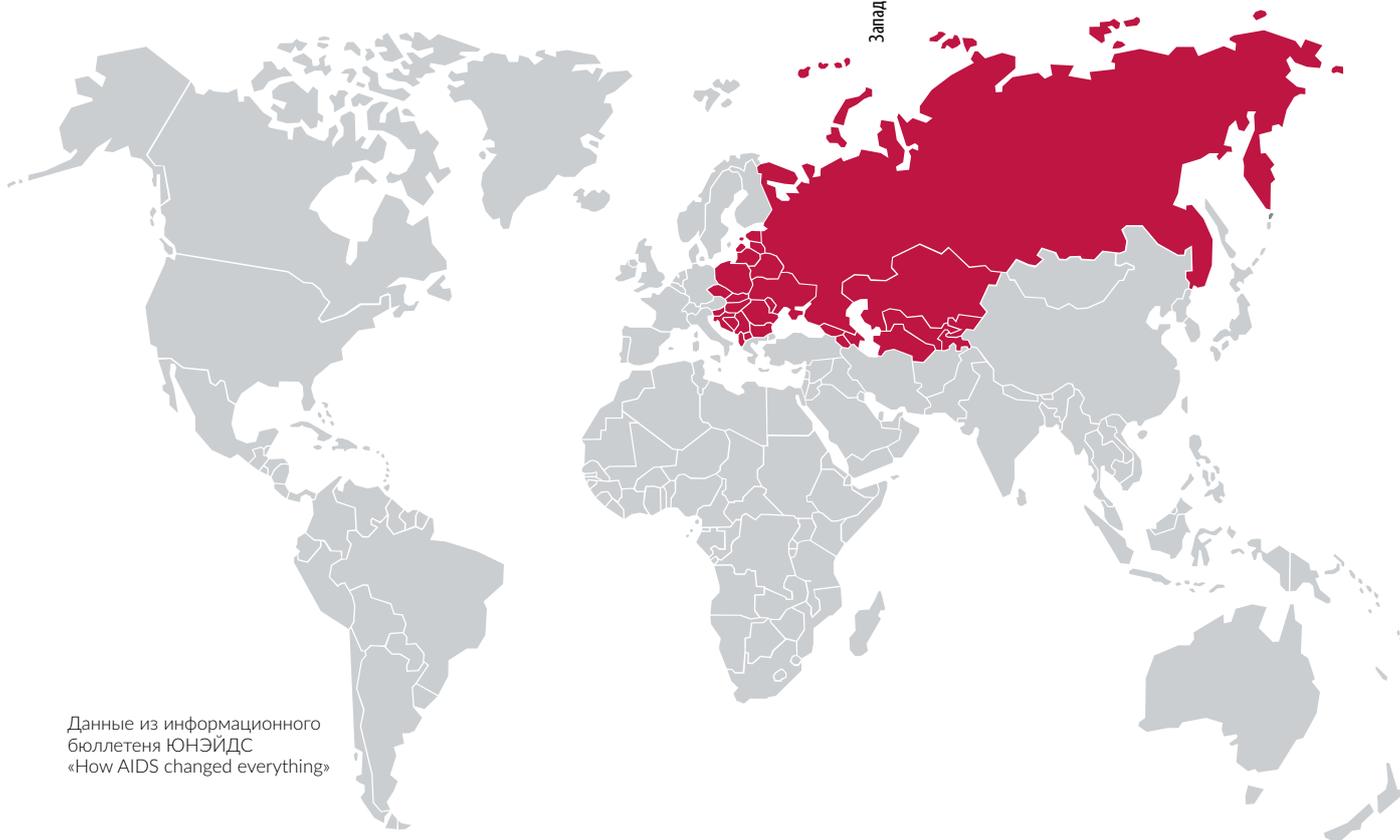
Доступ к антиретровирусной терапии в 2014 году



Количество смертей, связанных со СПИДом, в 2014 году относительно количества ВИЧ+ в регионе



Новые случаи ВИЧ-инфекции с 2000 по 2014



Данные из информационного бюллетеня ЮНЭЙДС «How AIDS changed everything»

II.B Переходный период не должен ухудшить ситуацию

Хотя страны ВЕЦА (большинство из которых, согласно классификации Всемирного банка, со средним или высоким уровнем доходов,) все еще далеки от достижения целей по обеспечению доступа к услугам профилактики, тестирования, лечения, ухода и поддержки, они сталкиваются с необходимостью резкого переключения на внутренние источники финансирования, так как теряют право на финансовую поддержку Глобального Фонда и прочих доноров. Критерии Глобального Фонда не принимают во внимание слабую готовность правительств финансировать программы, работающие со стигматизированными и криминализированными группами населения. Страны начинают осуществлять такой переход, помощь доноров сокращается, в результате зачастую уменьшается финансирование различных программ, например снижения вреда для людей, употребляющих инъекционные наркотики, и секс-работников. Подобное произошло в Болгарии,¹³ Сербии¹⁴ и Беларуси.¹⁵ В Румынии, где была

свернута поддержка Глобального Фонда, государство продолжило закупку антиретровирусных препаратов, однако не стало поддерживать профилактическую работу в сообществах, что к концу 2012 года привело к 20-кратному увеличению числа новых случаев инфицирования среди людей, употребляющих наркотики.¹⁶

При этом требуемый быстрый переход не оставляет обществу достаточно времени и технических ресурсов, необходимых для подготовки правительств к руководству полным спектром программ и выполнению основных функций управления (например, закупками и снабжением). Необходимо разрабатывать системы государственного финансирования НПО, продолжающих аутрич-работу, сопровождение клиентов и оказание силами клиентов услуг поддержки приверженности к лечению ВИЧ, ТБ и ВГС или же развивать потенциал сообществ для реализации собственных экономически эффективных мероприятий.

Рекомендации:

- Правительства должны **взять на себя ответственность за финансирование из внутренних источников мер в ответ на СПИД**, при этом они должны основываться на фактических данных, **ориентироваться на ключевые группы населения** и учитывать гендерные и возрастные особенности.
- **Международное сообщество должно предоставить техническую поддержку**, чтобы страны могли разработать реалистичные планы и механизмы для последовательного перехода к государственному финансированию в течение последующих 5–10 лет.
- Необходимо немедленно предоставить странам, лишившимся поддержки Глобального Фонда и использовавшим последние гранты, но не сумевшим при этом реализовать процесс структурированного планирования перехода, доступ к **экстренному механизму поддержки**.
- Необходимо сформировать **страховочный механизм**, который защитил бы ключевые группы населения в странах, которым не удалось успешно осуществить переход.

III. Что должно быть сделано?

III.A Необходимо обозначить приоритетность доступных профилактических услуг для ключевых групп населения

Несмотря на распространенность эпидемии ВИЧ в странах ВЕЦА, ключевые группы населения, в том числе женщины и девушки, все еще не имеют достаточного доступа к профилактическим услугам, а также не направляются своевременно для получения услуг тестирования и лечения. 51% новых случаев инфицирования ВИЧ в странах ВЕЦА приходятся на людей, употребляющих наркотики.¹⁷ Доступ к услугам снижения вреда, в том числе к программам обмена шприцев (ПОШ) и опиоидной заместительной терапии (ОЗТ), а также другим необходимым услугам социальной поддержки остается ограниченным. Проведенное Евразийской сетью снижения вреда (ЕССВ) в шести странах исследование показало, что доступ к программам обмена шприцев имеют от 11,7% людей, употребляющих инъекционные наркотики в Грузии, до 37% – в Таджикистане и 37,5% – в Беларуси. Лишь Казахстан, где, как сообщается, в 2013 году услугами ПОШ было охвачено 59,2%¹⁸ от общего числа людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), приближается к рекомендованному ВОЗ 60%-ному уровню охвата. Доступ к опиоидной заместительной терапии еще более ограничен: от 0,3% в Казахстане до 10,6% в Литве, что существенно ниже идеального охвата на уровне 40% всех потребителей опиоидов, согласно рекомендациям ВОЗ.

Не лучше и положение секс-работников в регионе. Распространенность ВИЧ в данной группе колеблется в диапазоне от менее 1% до 10%¹⁹, а вероятность быть инфицированными ВИЧ для секс-работников, употребляющих инъекционные наркотики или находящихся в местах лишения свободы, особенно высока.²⁰ Эти накладывающиеся друг на друга факторы риска в сочетании со средой, криминализацией профессии, а также крайне высоким уровнем насилия со стороны клиентов и сотрудников правоохранительных органов²¹ делает секс-работников уязвимыми перед ВИЧ-инфекцией, несмотря на значительное улучшение в сфере профилактики и лечения в сравнении с другими группами населения.

Среди геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, наблюдается уровень распространенности ВИЧ, в разы превышающий аналогичный показатель для населения в целом: от повышенного – 1,2% – в Казахстане²² до пугающих 16,9% в Украине²³ и 25% в Грузии.²⁴ Официальная статистика занижает частоту случаев передачи инфекции при гомосексуальных контактах.²⁵ Эти цифры не удивляют, если учитывать исторически сложившийся и по-прежнему существующий недостаток внимания программ к здоровью МСМ и их рискам инфицирования ВИЧ. Хотя большинство национальных программ в сфере ВИЧ/СПИД стран ВЕЦА рассматривают МСМ как группу риска, из государственных бюджетов не выделяются средства на адресные интервенции в сфере ВИЧ или выделяются в небольших размерах. В результате низкопороговые программы крайне ограничены, и даже самые прогрессивные страны региона не приближаются к уровням охвата, рекомендованным Всемирной организацией здравоохранения для эффективного влияния на передачу ВИЧ.

Но если МСМ сталкиваются с препятствиями на пути доступа к низкопороговым услугам профилактики и здравоохранения, положение трансгендерных людей еще более плачевно. Хотя эпидемиологические данные по региону очень скудны, распространенность ВИЧ среди трансгендерных секс-работников²⁶ достигает 27%. Это соответствует мировому опыту, который показывает, что уровень инфицирования ВИЧ для трансгендерных женщин по всему миру в 48,8 раза выше по сравнению с аналогичным показателем для общего населения репродуктивного возраста.²⁷ Несмотря на определение данного уровня риска, трансгендеры остаются неохваченными мерами по борьбе с ВИЧ как на уровне политики, так и на практике. В настоящее время ни в одной из стран ВЕЦА трансгендерные люди не рассматриваются как отдельная ключевая группа населения при реализации и мониторинге ответа на ВИЧ. В то время

как некоторые трансгендеры могут пользоваться услугами, предназначенными для МСМ,²⁸ точные данные относительно охвата трансгендерных людей комплексными профилактическими мероприятиями отсутствуют.

Карательный характер законодательства приводит к тому, что большое количество людей, употребляющих наркотики, попадает в места лишения свободы. От 56% до 90% лиц, употребляющих инъекционные наркотики, в определенный момент оказываются за решеткой.²⁹ Хотя данные относительно доступа к профилактике, тестированию, лечению, уходу и поддержке в условиях заключения ограничены, известно, что уровень ВИЧ, ТБ и ВГС высок, а доступ к услугам зачастую недостаточен.

В уязвимых женщин и девушек имеются особые потребности, которым не уделяется достаточно внимания. Хотя в регионе ВЕЦА вероятность инфицироваться для мужчин в два раза выше, чем для женщин,³⁰ женщины основных уязвимых групп часто сталкиваются с более высокими рисками, чем мужчины этих же групп. В Казахстане, Узбекистане, Кыргызстане, Беларуси и Украине распространенность ВИЧ среди жен-

щин-ЛУИН выше, чем среди мужчин-ЛУИН.³¹ Женщины, употребляющие инъекционные наркотики, обычно моложе, их сексуальное поведение более рискованное, они часто применяют уже использованное оборудование для инъекций, чем мужчины, которые употребляют инъекционные наркотики.³² Многие женщины, употребляющие инъекционные наркотики, также являются секс-работницами (62% в Кыргызстане и 84% в Азербайджане).³³ В Восточной Европе всего 0,003% женщин, употребляющих инъекционные наркотики, имеют доступ к ОЗТ.³⁴ Такие женщины также не имеют достаточного доступа к стерильному инъекционному оборудованию и презервативам и сталкиваются с ограниченным доступом к услугам в сфере сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ). Эти проблемы особенно остро стоят в тюрьмах и других местах лишения свободы. В большинстве стран ВЕЦА, в том числе в тех, где наблюдается концентрация эпидемии среди ЛУИН, действует очень мало программ снижения вреда для женщин.³⁵ Стигматизация и насилие на гендерной почве, с которым сталкиваются женщины, также препятствуют их доступу к услугам профилактики и лечения.

Рекомендации:

- Правительства должны признать, что **ключевые группы населения** (к которым относятся также женщины и девушки) несут бремя ВИЧ, ТБ и ВГС, и поддержать предназначенные для них адресные, гендерноориентированные, низкопороговые услуги профилактики, подкрепленные фактическими данными и основанные на соблюдении прав человека.
- Около 25% бюджета программ ответа на эпидемию следует направить на **поддержку научно обоснованных профилактических программ** в соответствии с рекомендациями ЮНЭЙДС по достижению целей «90-90-90».

III.В Снизить стигматизацию и дискриминацию, сделать правосудие доступнее для ключевых групп населения

Люди, употребляющие наркотики, а также люди, предоставляющие сексуальные услуги за вознаграждение, подвергаются наказанию или криминализации во всех странах ВЕЦА.³⁶ Специальный докладчик ООН по вопросам здравоохранения подчеркивает, что лица, употребляющие наркотики, опасаются пользоваться услугами из-за угрозы уголовного наказания или же вообще могут быть лишены доступа к медицинским услугам. Криминализация и избыточно жесткие дей-

ствия правоохранительных органов также сводят на нет инициативы в сфере здравоохранения, поддерживают стигматизацию и повышают риски для здоровья людей.³⁷

В большинстве стран ВЕЦА деятельность секс-работников либо прямо запрещена и наказуема, либо косвенно криминализована законами, запрещающими работу публичных домов и проституцию. Специальный докладчик по вопросу о праве на здравоохранение сообщает о пре-

пятствиях в реализации секс-работниками своих прав на здоровье, что связано с криминализацией секс-работы и соответствующих практик (таких как предложение секс-услуг). Криминализация загоняет секс-индустрию в «тень», где процветает трудовая эксплуатация, и лишает секс-работников доступа к системе уголовного правосудия, если они сталкиваются с насилием, поскольку они могут опасаться, что им и/или их работодателям предъявят обвинение по статьям, связанным с проституцией.³⁸ Действия правоохранителей, включающие насилие, повышают уязвимость перед ВИЧ среди секс-работников³⁹ и женщин, употребляющих наркотики.⁴⁰

Хотя однополюе отношения в большинстве стран ВЕЦА (кроме Туркменистана и Узбекистана) не криминализированы, МСМ подвергаются сильной стигматизации, а особенности законодательства о законных представителях интересов зачастую создают предпосылки для нарушений прав человека. Лишь небольшая часть стран ввели в законодательство нормы, направленные против дискриминации лесбиянок, геев, бисексуалов и трансгендерных лиц (ЛГБТ),⁴¹ а закон о запрете так называемой «гей-пропаганды» (в т.ч. медицинской информации для групп ЛГБТ) в России спровоцировал насилие⁴² и подтолкнул другие страны региона к аналогичным законодательным инициативам.

Мигранты, в том числе внутренние, сталкиваются с существенными законодательными барьерами на пути доступа к медицинской помощи, поскольку при оказании такой помощи зачастую действует привязка к адресу официальной регистрации. В России, стране, которая является основным пунктом назначения мигрантов региона,

иностранные граждане, для получения рабочего места или вида на жительство должны пройти тест на ВИЧ с отрицательным результатом. Это требование не распространяется только на тех из них, члены семьи которых имеют российское гражданство. Ограничения передвижения в зависимости от ВИЧ-статуса препятствуют доступу мигрантов не только к профилактике и тестированию на ВИЧ, но и к медицинской помощи.

Во всех странах ВЕЦА передача ВИЧ и/или подвергание риску инфицирования ВИЧ наказуемы или криминализированы. Специальный докладчик по вопросу о праве на здравоохранение отмечает сильное отрицательное воздействие криминализации передачи ВИЧ на право на здравоохранение, в том числе далеко идущие последствия уголовного законодательства для реализации такого права, а также то, что такие законы не работают на достижение целей общественного здоровья или уголовного права.⁴³

Среди других правовых аспектов, препятствующих доступу к услугам — нормативно-правовые акты, ограничивающие предоставление услуг по проведению тестирования на ВИЧ, в том числе экспресс-тестирования, по месту жительства. Во многих странах тестирование может проводиться только в медицинских учреждениях, что ограничивает доступ к мобильным услугам и тестированию по месту жительства, которые могли бы улучшить охват ключевых групп населения. Другой административно-правовой барьер, который важно устранить — это отсутствие во многих странах правовой базы для государственного финансирования услуг по месту жительства, о чем в странах региона ВЕЦА часто говорят как о «социальном заказе».

Рекомендации:

- Адвокационная работа должна быть направлена на **декриминализацию ключевых групп населения**, защиту их прав, в том числе посредством принятия **антидискриминационных законов** и исполнения рекомендаций, представленных Специальным докладчиком по вопросу о праве на здравоохранение в докладах за апрель и август 2010 года.
- Ключевые группы населения должны иметь доступ к низкопороговым **правовым услугам и программам юридической грамотности**.
- Следует поддерживать усилия по **снижению стигматизации и привлечению внимания** законодателей, правоохранителей и поставщиков медицинских услуг к необходимости правовой защиты ключевых групп населения.
- Правительства должны принимать меры для **устранения препятствий на пути доступа к медицинским услугам в связи с ВИЧ и ТБ для мигрантов**.
- Следует скорректировать законодательную базу таким образом, чтобы сделать возможными **социальные контракты для НПО, предоставляющих низкопороговые услуги по профилактике, тестированию, направлению на лечение и т.д.**

III.C Оптимизировать тестирование и направление на лечение

Около 47% ЛЖВ в странах ВЕЦА не знают о своем ВИЧ-статусе.⁴⁴ Учитывая недостаточный доступ к низкопороговым программам (как было описано выше), неудивительно, что ключевые группы населения не проходят тестирование и не начинают лечения. Среди МСМ в Кыргызстане, Молдове и Украине, к примеру, всего 11–13% за прошлый год прошли тестирование на ВИЧ. Более того, тестирование и направление на лечение в странах ВЕЦА происходит поздно. У 50% ЛЖВ при позитивных результатах тестов показатель CD4 оказывается ниже 350.⁴⁵

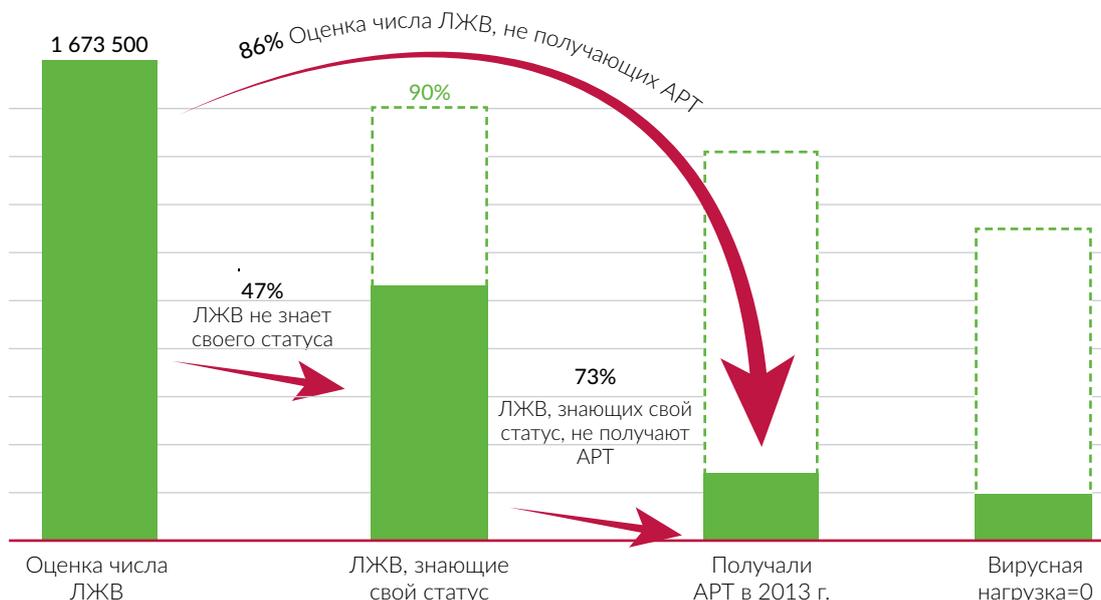
Низкие показатели охвата тестированием и позднее начало лечения обусловлены, вероятно, высоким порогом доступа к существующим услугам тестирования: страны редко обеспечивают услуги

экспресс-тестирования для ключевых групп населения. Даже если система экспресс-тестирования по месту жительства существует, алгоритмы не обновляются и экспресс-тестирование не считается достоверным предварительным тестом, то есть представителям ключевых групп населения все еще приходится проходить через многоступенчатые исследования (обычно два или три отдельных визита/теста), чтобы получить окончательное подтверждение своего ВИЧ-статуса. Сексуальное и репродуктивное здоровье, права, стратегии и политики в сфере ВИЧ должны быть взаимосвязаны, чтобы обеспечить доступ к комплексным услугам, а соответствующие мероприятия выходить за рамки медицинских услуг и касаться прав и развития человека.

Рекомендации:

- Необходимо расширить **низкопороговые программы для ключевых групп населения**, в том числе уязвимых женщин и девушек; такие программы должны предусматривать тестирование и направление на лечение, в частности в сфере сексуального и репродуктивного здоровья.
- **Направление на лечение** должно производиться быстро и подкрепляться за счет формализованного и основанного на взаимном уважении сотрудничества между аутрич-работниками и кейс-менеджерами НПО и/или медицинскими работниками государственного сектора.
- **Поставщики услуг в сфере ВИЧ, ТБ, ОЗТ, снижения вреда и социальных услуг должны сотрудничать**, чтобы обеспечить приверженность к лечению, в том числе при реализации ОЗТ в ТБ-диспансерах и других учреждениях в клинических условиях.

Проблема доступа ЛЖВ к ключевым услугам в ВЕЦА



Источник: Региональная концептуальная записка ВЦО ЛЖВ

III.D Устранить пробелы в доступе к АРТ и удержании клиентов в программах

В мире 41% взрослых людей, живущих с ВИЧ, получают антиретровирусную терапию (АРТ), в то время как в странах ВЕЦА ее получают всего 18% ВИЧ-положительных взрослых пациентов. Этот резкий разрыв в показателях подчеркивает системность стигматизации, дискриминации и насилия по отношению к нуждающимся в АРТ, подавляющее большинство которых принадлежит к ключевым группам риска и сталкивается с проблемами доступа к медицинским услугам. При том, что на ЛУИН приходится 56% всех зарегистрированных случаев ВИЧ в регионе, они получают всего 38% предоставляемых услуг АРТ.⁴⁶ Сами ЛУИН указы-

вают на неудобства в получении медикаментов, недоверие к системе здравоохранения, а также отсутствие документов (удостоверения личности, паспорта) как на серьезные препятствия, обуславливающие низкие показатели охвата АРТ. Программы ОЗТ в большинстве стран ВЕЦА находятся на стадии пилотных проектов, а в России, Узбекистане и Туркменистане вообще недоступны. Это еще больше усугубляет проблему удержания клиентов в программах в данном регионе. В странах ВЕЦА отсутствуют достоверные данные относительно процента пациентов АРТ, относящихся к категориям МСМ, СР и трансгендерных людей.⁴⁷

Рекомендации:

- Национальные программы должны обеспечивать доступ к АРТ всем ЛЖВ, желающим начать лечение, а консультации должны быть направлены на стимулирование раннего его начала.
- Масштабы опиоидной заместительной терапии должны быть расширены до рекомендованного ВОЗ уровня для поддержки удержания ЛЖВ, употребляющих инъекционные опиоиды.
- Правительства должны применять прозрачные, гибкие и инновационные подходы в вопросе закупки АРВ-препаратов для обеспечения стабильного доступа к качественному лечению ВИЧ-инфекции и для обеспечения минимально возможных цен на эффективные медикаменты, включая поощрение конкуренции среди производителей аналогичных препаратов-генериков и использование возможностей Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (ТРИПС).

IV. Как этого достичь?

IV.A Формировать знания, необходимые для принятия рациональных решений

По всему региону качество данных, доступных для мониторинга и оценки ответа на ВИЧ, ТБ и ВГС, остается недостаточным. Оценки численности ключевых групп населения зачастую занижены, что связано с неправильной методологией выборки, а в отдельных случаях — с политическим желанием приуменьшить размеры определенных подгрупп. Кроме того, данные о доступе к комплексу услуг часто не могут быть представлены с разбивкой по

основным группам населения, гендерному признаку и прочим важным демографическим параметрам.

В некоторых ситуациях имеют место серьезные проблемы с установлением согласованной картины, отражающей услуги, предоставляемые как правительственными, так и неправительственными структурами. Используемые НПО для отслеживания клиентов уникальные идентификационные коды редко гармонируются с государственными

реестрами пациентов, что делает невозможным установить, переходят ли лица, получающие услуги по профилактике или тестированию по месту жительства, к получению услуг по лечению и уходу. Это ограничивает объем надежных данных по комплексу оказания помощи.

Так как все ключевые группы населения сталкиваются с этими проблемами, особую обеспокоенность вызывает недостаток данных по трансгендерам — от оценки их количества до уровня доступа к услугам. Нам практически ничего не известно об этой особо уязвимой группе. Кроме того,

большая часть эпидемиологических данных не включает сведения пенитенциарных систем, поэтому проводимые в местах лишения свободы программы и их результаты исключаются из обсуждения, несмотря на то, что достоверно известно о повышенной распространенности там ВИЧ, ТБ и ВГС. Чтобы в полной мере остановить эпидемию СПИДа к 2030 году, необходимо будет существенно улучшить системы данных, включив в них эти крайне уязвимые группы, в большинстве случаев отсутствующие в настоящее время на повестке дня при обсуждении проблемы ВИЧ в ВЕЦА.

Рекомендации:

- Необходимо провести оценку численности групп населения в соответствии с международными стандартами.
- Государственные службы и НПО должны сотрудничать, чтобы обеспечить возможность гармонизированного сбора данных с разбивкой по основным группам населения, гендерному признаку и другим демографическим параметрам.
- Особое внимание должно уделяться сбору надежных данных о медицинских рисках и результатах для трансгендерных лиц и заключенных.

IV.B Разумно использовать ограниченные ресурсы

Регион ВЕЦА должен разумно использовать имеющиеся ограниченные финансовые ресурсы, обеспечивая экономическую эффективность программ во всем комплексе оказания помощи. Страны ВЕЦА со средним уровнем доходов платят очень высокую цену за лекарственные препараты, и многие еще даже не предпринимали никаких шагов по ее снижению за счет конкуренции между производителями аналогичных препаратов. Например, в России до 2016 года тенофовир обходился в 4 185,55 долл. США на одного пациента в год, в то время как в других странах (во многих из которых уровень доступа к АРТ выше, чем в России) — всего в 48 долл.⁴⁸ Возможности, предоставляемые соглашением ТРИПС для стабильного доступа к недорогим препаратам, в регионе ВЕЦА, еще не использовались. Применение комбинаций с фиксированной дозой здесь встречается редко; в России, где проживает крупнейший в регионе контингент ЛЖВ, менее 1% инфицированных получают АРТ по схеме «все в одном». Многие страны не покупают препараты первой и второй линии для лечения ВИЧ в соответствии с рекомендованными ВОЗ схемами лечения, что также приводит к повышению стоимости: атазанавир, например, в большей части региона отсутствует в схе-

мах второй линии. Хотя ВГС является серьезной проблемой для стран региона, ни одна из них еще не выдала обязательную лицензию на противовирусные препараты прямого действия, несмотря на запросы гражданского общества и других заинтересованных лиц. Расточительная трата ресурсов из-за высоких цен на препараты играет важную роль в недостаточном финансировании востребованных услуг в комплексе медицинской помощи.

Отмеченная выше склонность стран ВЕЦА вкладывать недостаточные средства в программы для ключевых групп населения также обходится недешево. Ненадлежащая поддержка профилактики, раннего выявления и начала антиретровирусной терапии снижает экономическую эффективность интервенций, поскольку все больше людей инфицируются ВИЧ, требуя дополнительной медицинской помощи и, в отдельных случаях, более раннего перехода на лечение второй линии.⁴⁹ Использование уникальных знаний о бенефициарах программ для повышения качества и эффективности может помочь выявить возможности для экономии.⁵⁰ Избыточная частота госпитализаций в связи с ТБ в странах ВЕЦА приводит к большим затратам и распространению резистентных форм заболевания, что, в свою очередь, становится при-

чиной более дорогого и менее действенного лечения.⁵¹

Отсутствие нормальной законодательной базы для услуг снижения вреда — например, чтобы распространение шприцев и игл не могло трактоваться как стимулирование употребления наркотиков — также приводит к оттоку аутрич-работников,

а значит, и к повышению стоимости услуг. Такая ситуация имела место в Грузии.⁵² Если нормативные акты вынуждают программы тестирования на ВИЧ по месту жительства использовать более дорогие оральные тесты, потому что немедицинскому персоналу запрещено работать с кровью, это приводит к дополнительным издержкам.

Рекомендации:

- Государства должны принять меры, чтобы **обеспечить охват 90% ключевых групп населения в зоне риска инфицирования ВИЧ** комплексным пакетом услуг.
- Правительства должны применять **прозрачные, гибкие и инновационные подходы в вопросе закупки АРВ-препаратов** для обеспечения стабильного доступа к качественному лечению ВИЧ-инфекции и для обеспечения минимально возможных цен на эффективные медикаменты, включая поощрение конкуренции среди производителей аналогичных препаратов-генериков и использование возможностей Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (ТРИПС).
- Частные транснациональные компании должны **проявлять большую гибкость** при принятии решений о ценообразовании и добровольном лицензировании, а также использовать иные критерии в дополнение к классификации Всемирного банка относительно определения стран с уровнем дохода выше и ниже среднего уровня.

IV.C Финансировать программы для ключевых групп населения

Доля средств, предусмотренных и/или выделенных для ответа на ВИЧ/ТБ и поступающих из внутренних источников, постоянно растет.⁵³ Финансирование сферы ВИЧ из внутренних ресурсов поднялось с показателя менее 45% в 2008 году до 58% в 2016 году.⁵⁴ Хотя это важное достижение, более внимательное рассмотрение ситуации выявляет опасную тенденцию: правительства неохотно финансируют программы, направленные на ключевые группы населения. Финансирование низкопороговых программ по-прежнему на 81% зависит от иностранных доноров.⁵⁵ Международные источники финансирования все еще покрывают программы: для секс-работников — на 93%, для МСМ — на 96%, для

ЛУИН — на 78%.⁵⁶ Национальные стратегические планы по ВИЧ в большинстве стран ВЕЦА предусматривают необходимость увеличения государственного финансирования, однако речь при этом идет об антиретровирусных препаратах, а не профилактических мероприятиях.⁵⁷ Проведенное в Беларуси моделирование указывает, что в сочетании с наращиванием масштабов лечения, при условии направления 25% бюджета по ВИЧ на профилактику среди ключевых групп населения, 43% новых случаев инфицирования можно было бы предотвратить и повернуть вспять тенденцию (аналогичную тенденциям в других странах ВЕЦА) роста концентрированной эпидемии ВИЧ.⁵⁸

Рекомендации:

- Доноры и государства должны обеспечить, чтобы **около 25% бюджета ответа на эпидемию выделялось на научно обоснованные профилактические мероприятия** в соответствии с рекомендациями ЮНЭЙДС.
- Необходимо разработать переходные планы относительно **постепенного увеличения расходов** на низкопороговые программы для ключевых групп населения, **оплачиваемых из внутренних источников.**

IV.D Интегрировать неправительственные организации в программы, финансируемые государством

Неправительственные и общественные организации (НПО) играют важную роль в комплексе оказания услуг в связи с ВИЧ, ТБ и ВГС. Исторически сложилось так, что оказываемые ими в странах ВЕЦА услуги, как правило, финансируются иностранными донорами. Недавние законодательные изменения, принятые во многих странах, допускают финансирование оказываемых НПО услуг, в том числе в сфере ВИЧ, ТБ и ВГС, через так называемый социальный заказ. Однако не везде присутствуют стандарты качества применительно к данным услугам, и правительства обычно мало

заинтересованы в финансировании программ, ориентированных на стигматизированные и/или криминализованные группы населения. Даже в тех странах, где предусмотрен механизм социального заказа, он остается недофинансированным и реализуется не самым эффективным образом. К тому же растет политическое давление, направленное на ограничение деятельности НПО с иностранными источниками финансирования. Россия и Азербайджан, например, требуют, чтобы подобные НПО считались «иностранными агентами», что приводит к закрытию многих из них.

Рекомендации:

- Правительства нуждаются в последовательной технической поддержке для **разработки нормативно-правовой базы под социальные контракты с НПО.**
- Следует учредить **аккредитацию или саморегулируемые системы НПО**, чтобы сформировать и поддерживать высокие стандарты качества услуг и доступа к технической поддержке, необходимой для эффективной работы в сфере государственного финансирования.
- Меры по **укреплению системы здравоохранения** должны быть направлены на потребности правительств и НПО, связанные со срочным переходом на **внутренние источники финансирования для институционализации саморегулируемых услуг НПО.**
- Следует поддерживать диалог на высоком уровне и поддержку проводимой НПО адвокации относительно **государственного финансирования.**

IV.E Обеспечить значимое участие людей, живущих с ВИЧ, ТБ и ВГС

Во всех странах региона ВЕЦА отдельные люди и сообщества в той или иной мере участвуют в политическом диалоге и оказании услуг. В большинстве стран имеются сети или объединения ЛЖВ, хотя не во всех из них действуют союзы или адвокатские группы из числа представителей ключевых групп населения и людей, пострадавших от ТБ или ВГС. Руководящие политики Глобального Фонда, предполагающие финансирование «укрепления систем сообществ», а также финансовая и техническая поддержка других международных источников позволили людям, живущим с ВИЧ, и представителям ключевых групп населения вести политический диалог. Они все активнее выступают за программы, основанные на доказательных данных и соблюдении прав человека.

Региональные сети, среди которых Евразийская сеть людей, употребляющих наркотики (ЕСЛУН), Сеть организаций по защите прав секс-работников (SWAN), Евразийская коалиция по мужскому здоровью (ЕКОМ), а также Евразийская женская сеть по СПИДу (ЕЖСС) — относительно новые организации, которые все еще формируют свой организационный потенциал. Евразийская сеть снижения вреда (ЕССВ), Восточноевропейское и Центральноазиатское объединение ЛЖВ (ВЦО ЛЖВ), Евразийская коалиция по мужскому здоровью (ЕКОМ) и Европейская коалиция по ТБ при поддержке Глобального Фонда реализуют региональные программы, существенно поддерживающие меры по борьбе с ТБ и ВИЧ в регионе.

Много региональных и общенациональных

организаций гражданского общества были исключены из списка организаций, аккредитованных для посещения предстоящего Совещания высокого уровня по ВИЧ/СПИД, которое пройдет 8–10 июня 2016 года. Такое исключение недопу-

стимо. Намеренно или случайно были исключены организации, представляющие группы населения, непосредственно страдающие от эпидемии ВИЧ: мужчины, практикующие секс с мужчинами, и люди, употребляющие наркотики.

Рекомендации:

- Правительства и другие заинтересованные лица должны поддерживать **значимое участие людей, живущих с заболеваниями или пострадавших от них, а также ключевых групп населения** в общегосударственном и региональном диалоге по вопросам эпидемий ВИЧ, ТБ и ВГС, укрепления систем здравоохранения, а также работать над проблемой декриминализации ключевых групп населения и обеспечивать их правовую защиту.
- Доноры должны усилить поддержку адвокационной работы **гражданского общества и ключевых групп населения**.
- Глобальный Фонд и другие доноры должны и дальше поддерживать программы **региональных сетей** по наращиванию трансграничного потенциала адвокации и обмена лучшими практиками.
- Организации, представляющие **ключевые затронутые группы населения, не должны быть лишены** возможности полноценного участия в Совещании высокого уровня по ВИЧ/СПИД 8–10 июня 2016 года и в других аналогичных форумах.

СНОСКИ

- 1 UNAIDS (2016) Global AIDS Update 2016
- 2 UNAIDS (2015) How AIDS Changed Everything p32
- 3 UNAIDS (2015) How AIDS Changed Everything p143
- 4 UNAIDS (2016) Global AIDS Update 2016
- 5 UNAIDS (2015) How AIDS Changed Everything p103
- 6 UNAIDS (2015) How AIDS Changed Everything p145
- 7 World Health Organization Europe (2016) Tuberculosis action Plan for the European Region 2016-2020 Building on integrated approaches. Presented at 5th Eastern European and Central Asian AIDS Conference. Moscow, Russian Federation on 24 March 2016.
- 8 Harm Reduction International (2014) The Global State of Harm Reduction. p42. Accessible at: <http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf>
- 9 TB Europe Coalition (2016) Transitioning From Donor Support HIV& TB Programmes In Eastern Europe & Central Asia: Challenges & Effective Solutions
- 10 UNAIDS (2016) Global AIDS Update 2016
- 11 Curatio (2015) HIV Risk and Prevention Behavior among Men who Have Sex with Men in Tbilisi and Batumi, Georgia. Georgia
- 12 UCDC (2014) Harmonized AIDS Response Progress Report, Ukraine. Period of the Report: Jan 2012 - Dec 2014
- 13 Eurasian Harm Reduction Network (EHRN) (2015). *The impact of the Global Fund's withdrawal on harm reduction programs. A case study from Bulgaria*. Vilnius. September March 2016 *Transitions from donor funding to domestic reliance for HIV responses* 26.
- 14 Eurasian Harm Reduction Network (EHRN) (2015). *The impact of the Global Fund's withdrawal on harm reduction programs. A case study from Serbia*. Vilnius. August.
- 15 Eurasian Harm Reduction Network (EHRN) (2015). *The impact of the Global Fund's withdrawal on harm reduction programs. A case study from Serbia*. Vilnius. August.
- 16 Michel Kazatchkine. 24 hours in Budapest. Huffington Post. October 15, 2013. P 1. (http://www.huffingtonpost.co.uk/michel-kazatchkine/bucharest-hiv-aids_b_4095619.html) Accessed November 15, 2014.
- 17 UNAIDS (2016) Global AIDS Update 2016.
- 18 Eurasian Harm Reduction Network (2016) Road to Success: Towards Sustainable Harm Reduction Financing. Accessible at: http://www.harm-reduction.org/sites/default/files/inline/files/Regional_report_210x297%2Bm23.pdf
- 19 UNAIDS (2014) The Gap Report: Sex Workers, p. 5.
- 20 Platt L, Jolley E, Rhodes T et al. (2013) Factors mediating HIV risk amongst sex workers in Europe: a systematic review and ecological analysis. *BMJ Open*. Accessible at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3731729/pdf/bmjopen-2013-002836.pdf>
- 21 Sex Workers' Rights Advocacy Network (2015) Failures of Justice: A community based research project of the Sex Workers' Rights Advocacy Network in Central and Eastern Europe and Central Asia. From Kazakhstan IBBS 2013, though this figure is disputed, with NGO partners citing prevalence of 7%.
- 22 Ukraine CDC 2015
- 23 Curatio (2015) HIV Risk and Prevention Behavior among Men who Have Sex with Men in Tbilisi and Batumi, Georgia. Georgia
- 24 Cakalo JI, Bozicevic I et al. Misclassification of Men with Reported HIV Infection in Ukraine. *AIDS Behav* (2015) 19:1938-1940
- 25 International Committee on Right of Sex Workers in Europe. Underserved. Overpoliced. Invisibilised. LGBT Sex Workers Do Matter. Intersection Briefing Paper #1. October 2015. Available at: http://www.sexworkereurope.org/sites/default/files/resource-pdfs/icrse_briefing_paper_october2015.pdf
- 26 Baral S. et al. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. Volume 13, Number 3, p214-222, March 2013. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70315-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70315-8)
- 27 Combination HIV prevention among transgender individuals for three countries of the South Caucasus (Armenia, Azerbaijan, Georgia). *amfAR AIDS Research*, 2013.
- 28 Appeal by the EHRN to the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights Regarding Drug Policy and Human Rights Situation in Eastern European and Central Asian Countries, 15 May 2015
- 29 UNAIDS. (2014), *The Gap Report*. P. 107.
- 30 UNAIDS. (2014) *The Gap Report*. P. 106.
- 31 Platt L. Et al. (2013) HIV in the European Region, Using Evidence to Strengthen Policy and Programmes. The World Bank. Washington DC. P. xxiii
- 32 UNAIDS. (2014), *The Gap Report*. *The Gap Report*. UNAIDS. 2014. P. 109.
- 33 EHRN (2016) Access of women who use drugs to harm reduction services in Eastern Europe, forthcoming report from the Eurasian Harm Reduction Network (EHRN).
- 34 Women and Drug Policy, Eurasian Harm Reduction Network, 2010. P.1.
- 35 WHO (2014) Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations, Geneva. P. 90.
- 36 (2010) Report of the UN Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. A/65/255. August.
- 37 Canadian Alliance for Sex Work Law Reform, (2014) *Pimps, Managers and Other Third Parties: Making Distinctions Between Third Parties and Exploitation*.
- 38 Platt L. Et al. (2013) HIV in the European Region, Using Evidence to Strengthen Policy and Programmes. The World Bank. Washington DC. P. xxiii Platt L. Et al. HIV in the European Region, Using Evidence to Strengthen Policy and Programmes. The World Bank. Washington DC 2013. P. xxiv
- 39 Eurasian Harm Reduction Network (2010.) Women and Drug Policy. P. 6.
- 40 Eurasian Coalition on Male Health (2016) Analysis of Legislation Related to LGBT Rights and HIV in Eastern Europe and Central Asia. p19. Accessible at: <http://ecom.ngo/wp-content/uploads/2016/05/ECOM-legislation-ENG.pdf>
- 41 Human Rights Watch. (2014) License to Harm: Violence against LGBT People and Activists in Russia. December.
- 42 Report of the UN Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. A/HRC/14/20. April 2010.
- 43 ECUO. (2015) Regional Concept Note.
- 44 The Gap Report. UNAIDS. 2014. P. 108.
- 45 WHO (2016) Where we stand with implementation of the WHO guidelines. Regional stock taking meeting on the implementation of the Investment Approach in EECA. Vienna Austria
- 46 Eurasian Coalition on Male Health (2016) Regional Concept Note to the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria.
- 47 Purchases of ART medicines in Russia – Results of tender monitoring in 2013 after decentralization. ITPC 2013. (Закупки АРВ-препаратов в России: Результаты мониторинга закупок АРВ-препаратов в 2013 году в условиях децентрализации ИТРС 2013).
- 48 ECUO. (2015) Regional Concept Note.
- 49 EHRN (2015) Road to Success: Towards Sustainable Harm Reduction Financing *Regional*.
- 50 The Global Fund. EECA Investment Guidance “reality check,” EECA Consultation on Sustainable Impact. Istanbul, Turkey.
- 51 EHRN (2015) Road to Success: Towards Sustainable Harm Reduction Financing Regional Report.
- 52 Cantau, Nicolas, (2016) Vienna, Successful Transition for Sustainable Impact – Managing Expatriations.
- 53 Cantau, Nicolas, The Global Fund, Regional Manager for EECA. Personal Communication. 19 May 2016.
- 54 Cantau, Nicolas, (2016) Vienna, Successful Transition for Sustainable Impact – Managing Expatriations
- 55 WHO (2014) Regional Committee for Europe 64th Session Progress Reports: Copenhagen. P. 6.
- 56 ECUO. (2015) Regional Concept Note.
- 57 UNAIDS (2015) Invest in HIV Prevention.

Данный документ инициирован и скоординирован Восточноевропейским и Центральноазиатским объединением ЛЖВ (ВЦО ЛЖВ), сверстан и напечатан Евразийской коалицией по мужскому здоровью (ЕКОМ), переведен на русский язык и отредактирован Альянсом общественного здоровья.

Следующие региональные сети приняли участие в составлении документа и поддерживают его:

- Восточноевропейское и Центральноазиатское объединение ЛЖВ (ВЦО ЛЖВ)
- Евразийская коалиция по мужскому здоровью (ЕКОМ)
- Евразийская сеть людей, употребляющих наркотики (ЕСЛУН)
- Евразийская женская сеть по СПИДу (ЕЖСС)
- Евразийская сеть снижения вреда (ЕССВ)
- Международная коалиция по готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии (ИТРСru)
- Сеть организаций по защите прав секс-работников (SWAN)
- Европейская группа по лечению СПИДа (ЕАТГ)