

РЕГИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ

Международной благотворительной организации

**«ВОСТОЧНОЕВРОПЕЙСКОЕ и ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ
ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ»**

**по обеспечению устойчивого и всеобщего доступа
к качественному АРВ-лечению ВИЧ-инфекции
в Восточной Европе и Центральной Азии**

обновленная версия 2014 года

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ПРЕДПОСЫЛКИ	4
ВЫЗОВЫ	5
Цель, промежуточные результаты, мониторинг и оценка.....	8
Этапы реализации Стратегии	9
Исполнители, партнеры, целевая группа, ключевые послания.....	10
Коммуникационные каналы	11
Подходы к реализации Стратегии	12
Финансирование реализации Стратегии	15
Приложение 1. Финансирование программ по лечению	16
Приложение 2. Стоимость АРТ в странах ВЕЦА	19
Приложение 3. Национальные протоколы лечения ВИЧ-инфекции.....	22
Приложение 4. Краткая версия Стратегии	23

ВВЕДЕНИЕ

Международная благотворительная организация «Восточноевропейское и Центральноеазиатское объединение ЛЖВ» (ВЦО ЛЖВ) - региональная «сеть сетей», которая объединяет сообщество людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) из 15¹ стран Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) для повышения его влияния на расширение доступа к лечению, уходу и поддержке посредством усиления потенциала организаций ЛЖВ и проведения адвокационной² деятельности на национальном и международном уровнях.

Данная Стратегия является рамочным документом³ ВЦО ЛЖВ, призванным в первую очередь сформулировать и обозначить основные долгосрочные цели работы Объединения в области доступа к лечению ВИЧ-инфекции, этапы, подходы и основные вехи на пути к достижению целей Стратегии.

Стратегия ВЦО ЛЖВ опирается на приоритетные направления стратегии Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) на 2011-2015 годы «В направлении цели «Ноль» и направлена на реализацию новых подходов в обеспечении всеобщего доступа к лечению, основанного на соблюдении прав человека.

Стратегия разработана Секретариатом ВЦО ЛЖВ совместно с Фокал Поинтами⁴ по адвокации по поручению организаций ЛЖВ-членов ВЦО ЛЖВ при экспертной поддержке Шоны Шоннинг, независимого консультанта в сфере общественного здравоохранения и мобилизации сообщества, и Дениса Годлевского, специалиста по адвокации Международной коалиции по готовности к лечению в ВЕЦА (ITPC-ru). Стратегия разработана при технической и финансовой поддержке Oxfam Novib и группы региональной поддержки ЮНЭЙДС в Европе и Центральной Азии.

Очевидно, что ситуация с доступом к антиретровирусному (АРВ) лечению в регионе Восточной Европы и Центральной Азии неоднородная и проблемы в странах Центральной Азии значительно отличаются от проблем в странах Балтии. Именно поэтому в рамках реализации данной стратегии организациям-участницам ВЦО ЛЖВ предстоит разработать детальные кратко- и среднесрочные планы мероприятий, учитывающие национальный контекст и связанные с ним возможности и ограничения.

Данная Стратегия не призвана описывать методы решения проблем в странах, в которых работают организации-участницы ВЦО ЛЖВ. Стратегия призвана направить вектор приложения усилий Объединения, которое будет фокусироваться на том, чтобы Правительства стран региона ВЕЦА начали финансировать АРВ лечение из государственного бюджета для всех ЛЖВ, кто в этом нуждается, и делать это как можно эффективнее.

В ходе реализации Стратегии стали очевидны не учтенные ранее вызовы. Таким образом, в 2014 году региональная стратегия была обновлена, что отображено в данном документе. Внесенные дополнения опираются на «Консолидированные руководящие принципы по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ для ключевых групп населения», разработанные ВОЗ в 2014 году. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>

¹ Азербайджан, Армения, Грузия, Беларусь, Молдова, Россия, Украина, Латвия, Литва, Эстония, Польша, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Узбекистан.

² Под адвокационной деятельностью подразумевается общественная кампания, направленная на представительство и защиту прав и интересов определенной группы людей. Объектом воздействия кампаний являются государственные учреждения (организации); целью воздействия — осуществление определенных структурных изменений (например, принятие законов) в отношении группы, интересы которой таким образом отстаиваются.

³ Рамочный документ — это документ, описывающий принципиальную позицию автора (авторов) о формах, направлениях и условиях работы, которые впоследствии должны воплотиться в более детальных документах (например, в операционном плане). Условия рамочного документа не считаются окончательными и подлежат последующему уточнению и могут изменяться в зависимости от контекста.

⁴ Фокал Поинты ВЦО ЛЖВ по адвокации (ФП) — представители организаций ЛЖВ — членов ВЦО ЛЖВ, которые отвечают за сбор и анализ информации о ситуации с доступом к АРВ лечению в своей стране и ее распространение среди заинтересованных сторон и ключевых партнеров. Также, ФП участвуют в координации и реализации адвокационных мероприятий ВЦО ЛЖВ на национальном и международном уровнях.

ПРЕДПОСЫЛКИ

Эпидемия ВИЧ/СПИД в регионе ВЕЦА.

По данным ЮНЭЙДС⁵, в регионе ВЕЦА:

- Число новых случаев ВИЧ-инфекции растет, в то время как в других регионах мира эпидемию удалось стабилизировать.
- Регион ВЕЦА занимает предпоследнее место в мире по доступу к АРВ-лечению. Только 23% ЛЖВ, нуждающихся в лечении, получают его.
- Число смертей, обусловленных СПИДом, по-прежнему растет, в то время как в других регионах мира оно стабилизировалось и снижается.

«Лечение 2.0»

Увеличение количества новых случаев инфицирования и количества людей, которым необходимо лечение, приводит к общему увеличению затрат на лечение в связи с ВИЧ. Необходимость оптимизации ресурсов, которые во многих странах часто ограничены, для обеспечения всеобщего доступа, требуют применения радикально нового подхода к предоставлению лечения, ухода и поддержки.

В 2010 году ЮНЭЙДС и ВОЗ инициировали создание платформы «Лечение 2.0», реализация которой может привести к увеличению охвата лечением, снижению заболеваемости и смертности и улучшению качества жизни ЛЖВ. Основные принципы платформы ЮНЭЙДС «Лечение 2.0»: 1) Получение более качественных препаратов и схем диагностики; 2) Лечение как профилактика; 3) Стоимость не должна быть препятствием; 4) Расширять услуги для тестирования на ВИЧ и увязывать их с уходом; 5) Усилить мобилизацию сообществ.

Роль АРВ-лечения.

Антиретровирусная терапия (АРТ) на сегодняшний день - единственное эффективное лекарство, способное остановить развитие ВИЧ в организме человека. АРТ улучшает качество жизни людей, живущих с ВИЧ, уменьшает число смертей от заболеваний, обусловленных СПИДом, сводит к нулю вероятность передачи ВИЧ от матери к ребенку. Кроме того, последние научные данные⁶ доказали, что АРТ является эффективным методом профилактики, если начинать ее прием как можно раньше. Раннее начало АРВ-лечения и его полноценное применение способно остановить темпы роста эпидемии ВИЧ в нашем регионе, т.к. на 96% снижает риск передачи ВИЧ-инфекции⁷. Таким образом, непрерывный и всеобщий⁸ доступ к АРТ приводит к резкому снижению показателей смертности от СПИДа и позволяет уменьшить число новых случаев ВИЧ-инфекции до рекордно низкого уровня.

Права человека.

Право каждого человека на наивысший достижимый уровень здоровья в настоящее время полностью признается национальными конституциями многих стран и юридически обязывающими международными договорами о правах человека. Доступ к лекарственным препаратам первой необходимости в настоящее время является общепризнанной частью права на здоровье. Применительно к ВИЧ он включает доступ к АРВ-препаратам и другим лекарственным препаратам, жизненно необходимым для лечения ВИЧ инфекции.

Роль ЛЖВ в расширении доступа к АРТ.

Люди, живущие с ВИЧ, будучи непосредственно затронутыми эпидемией ВИЧ и лично заинтересованными в ее преодолении, являются движущей силой социальных преобразований и

⁵ Progress report WHO, UNICEF and UNAIDS, 2011 GLOBAL HIV/AIDS RESPONSE Epidemic update and health sector progress towards Universal Access, http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20111130_UA_Report_en.pdf

⁶ <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1105243>

⁷ <http://www.unaids.org/ru/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2012/march/20120308apsartprev/>

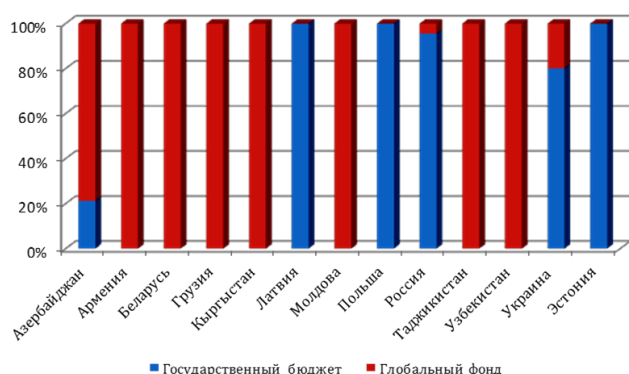
⁸ Всеобщий доступ определяется как охват нуждающихся в АРТ на уровне 80% и более.

катализатором ответных мер на эпидемию ВИЧ/СПИД. Международный опыт демонстрирует, что доступ к АРТ увеличивается там, где общественная активность людей, живущих с ВИЧ, хорошо организована.

ВЫЗОВЫ

1. Доступ к АРВ-лечению и его обеспечение.

По данным ЮНЭЙДС⁹ в 2010 году в отдельных странах ВЕЦА доступ к лечению получали, в лучшем случае,



немного больше половины людей, нуждающихся в нем. В Беларуси и Грузии доступ к АРВ лечению имели соответственно 51% и 65% ЛЖВ, нуждающихся в нем. Охват АРТ на уровне 20-40% отмечен в Азербайджане, Армении, Литве, Польше, Молдове, России и Узбекистане. В Кыргызстане, Латвии, Таджикистане и Украине лечение было доступно менее чем для 20% ЛЖВ.

По данным Фокал Поинтов, основной объем финансирования на закупку АРТ был сделан Глобальным Фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФ). Затраты национальных правительств в 2010 году также увеличились, но лишь только несколько стран закупают АРВ-препараты исключительно за средства государственных бюджетов (Диаграмма 1).

Диаграмма 1. Финансирование программ по лечению в странах ВЕЦА

2. Эффективное использование ресурсов.

Для преодоления эпидемии ВИЧ/СПИДа важно не только увеличение государственных инвестиций, но и обеспечение максимальной отдачи от уже сделанных вкладов. Правительства стран ВЕЦА также констатируют, что нынешняя траектория расходов на программы борьбы с ВИЧ неприемлема и что программы должны стать более экономичными, научно обоснованными и должны обеспечивать более высокую эффективность (Декларация 2011 года Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N10/529/18/PDF/N1052918.pdf?OpenElement>)

2.1. Стоимость АРВ

По данным Médecins Sans Frontières (Врачи без границ)¹⁰ за последние десять лет стоимость лечения ВИЧ-инфекции снизилась почти в сто раз для стран с низким и со средним уровнем дохода. Но, средняя стоимость схем лечения второго ряда для этих же стран, остается высокой (ВОЗ и др. 2010 г.; Waning и др., 2010 г.).

Правительства стран ВЕЦА и основные реципиенты Глобального Фонда не всегда обеспечивают самые низкие цены на АРВ препараты. Стоимость лечения в этих странах превышает минимальные цены на лечение в несколько раз. (Приложение 2).

⁹ Доклад ЮНЭЙДС к Всемирному дню борьбы со СПИДом "Как прийти к цели "ноль": Быстрее. Разумнее. Лучше", 2011
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_ru.pdf

¹⁰ <http://utw.msfaccess.org/background>

На цены оказывают влияние различные факторы, но какими бы ни были причины, Правительства стран ВЕЦА должны создать все возможные условия, в том числе и на законодательном уровне для обеспечения наиболее низкой стоимости лекарственных средств.

2.2. Обеспечение бесперебойных поставок качественных АРВ-препаратов.

Лечение ВИЧ-инфекции предусматривает пожизненный прием нескольких АРВ-препаратов, что предполагает определенную зависимость от наличия препаратов в медицинских учреждениях. Залогом эффективности лечения является строгое соблюдение режима приема АРВ препаратов, несколько раз в день в определенное время (как прием инсулина). Если пациент пропускает хотя бы несколько приемов лекарств, препараты перестанут оказывать воздействие на вирус, может развиться резистентность (устойчивость) ВИЧ к отдельным препаратам, и, соответственно, вирус начнет активно и быстро размножаться.

В последние годы сообщения о перебоях в поставках АРВ-препаратов поступали от ЛЖВ большинства стран ВЕЦА, также сообщалось о том, что пациентам меняли схемы лечения из-за отсутствия (stock outs) необходимых препаратов в медицинских учреждениях.

Также эффективность лечения ВИЧ-инфекции зависит от качества АРВ-препаратов. Некоторые страны ВЕЦА закупают АРВ-препараты-генерики¹¹, что позволяет расширить доступ к лечению за счет снижения стоимости АРТ. Одним из возможных подтверждений качества АРВ-препарата-генерика является преквалификация Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ)¹², которая не всегда является обязательным условием при проведении закупок АРВ препаратов за средства государственного бюджета (ГБ) в странах ВЕЦА.

Очевидно, что профилактика перебоев АРВ-препаратов требует тщательного управления процессами закупок и поставок лекарственных средств, а наличие обязательного требования преквалификации ВОЗ для АРВ-препаратов-генериков при проведении закупок лекарственных средств за средства ГБ позволит установить более высокие стандарты контроля качества АРВ-препаратов.

2.3. Руководящие принципы лечения.

Выбор и закупка АРВ-препаратов в странах ВЕЦА базируется на основных документах, регламентирующих назначение лечения: национальные протоколы лечения ВИЧ-инфекции или методические рекомендации Министерств Здравоохранения (МЗ) стран.

Предложенные ВОЗ в 2010 году новые руководящие принципы лечения в связи с ВИЧ для взрослых и подростков рекомендуют начинать лечение при числе CD4+ Т-лимфоцитов, равном 350 клеткам/мкл, что в свою очередь сокращает уровень смертности от ВИЧ и предотвращает развитие других заболеваний (например, туберкулез) (ВОЗ 2009 г.). Кроме этого, раннее начало АРВ-лечения может снизить риск передачи ВИЧ инфекции не инфицированному половому партнеру на 96%¹³.

Однако, в большинстве стран ВЕЦА имеющиеся национальные протоколы или методические рекомендации МЗ не были пересмотрены в соответствии с рекомендациями ВОЗ 2010 года. (Приложение 3). Так, во многих странах ВЕЦА АРВ лечение начинают при числе CD4+ Т-лимфоцитов, равном 200 клеткам/мкл.

Снижение стоимости АРВ-лечения, эффективное управление процессами закупок и поставок лекарственных средств, применение научно обоснованных методов позволит расширить доступ к АРВ лечению и обеспечит более высокую отдачу от вложенных средств.

¹¹ Генерик - непатентованный лекарственный препарат, являющийся воспроизведением оригинального препарата, на действующее вещество которого истёк срок патентной защиты

¹² Преквалификация лекарственных средств ВОЗ – это услуга, оказываемая ВОЗ для оценки качества, безопасности и эффективности лекарственных препаратов. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs278/ru/index.html>

¹³ <http://www.unaids.org/ru/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2012/march/20120308apsartprev/>

3. Потенциал организаций ЛЖВ

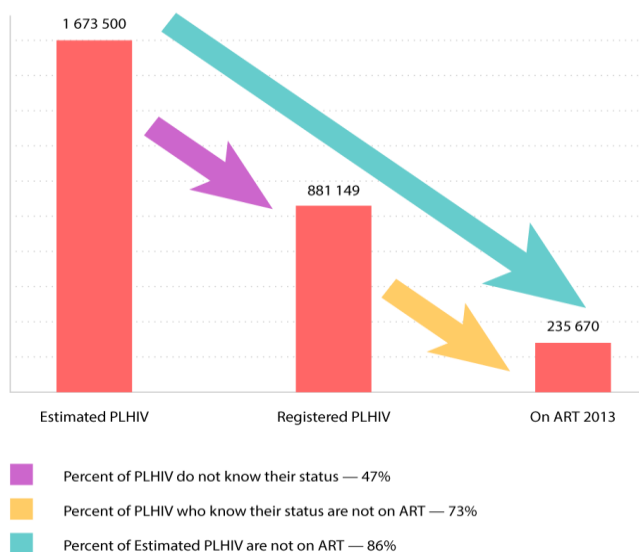
Кроме наличия в стране хорошо организованного сообществ ЛЖВ, для проведения аргументированного диалога с представителями власти важна экспертиза в области расширения доступа к АРТ (вопросы национального законодательства и международных соглашений, особенности закупок и поставок лекарственных средств за средства государственного бюджета, существующий международный опыт, медицинские вопросы и др.). Такую экспертизу могут и должны предоставлять международные организации и агентства, в первую очередь, ЮНЭЙДС, как на национальном, так и на международном уровне.

Дополнения 2014 года.

4. Выпадение ЛЖВ из каскада лечения ВИЧ-инфекции.

Недостаточный доступ¹⁴ к программам тестирования на ВИЧ, особенно для основных затронутых групп населения (ОЗГН), и отсутствие эффективных связей между программами тестирования и лечения ВИЧ-инфекции привели к тому, что в регионе ВЕЦА больше чем 47% ЛЖВ не знают свой ВИЧ статус. А из тех, кто знает свой статус, более чем 73% не имеют доступа к АРВ лечению. (Рисунок 1)

Рисунок 1.



¹⁴ Treatment 2015, UNAIDS. 2012

Цель, промежуточные результаты, мониторинг и оценка

В ответ на существующие в регионе ВЕЦА вызовы в отношении обеспечения непрерывного затрато-эффективного доступа к АРВ-лечению и была сформулирована цель Стратегии ВЦО ЛЖВ по обеспечению доступа к АРВ-лечению, определены промежуточные результаты на пути к ее достижению и этапы ее реализации.

К 2020 году в странах ВЕЦА по инициативе сообщества ЛЖВ обеспечено 100% финансирование антиретровирусного лечения из государственного бюджета для всех ЛЖВ, кто в этом нуждается и его эффективное использование этого финансирования

Иерархия результатов до 2015 года	Индикаторы
ПР 1: В регионе ВЕЦА обеспечение непрерывной помощи при ВИЧ-инфекции, включая услуги по привлечению и удержанию пациентов в программах лечения, в среднем финансируется не менее чем на 50% из государственного бюджета	% увеличения финансирования, выделенного из государственного бюджета (далее - ГБ) в странах ВЕЦА на программы ВИЧ/СПИДа (лечение и услуги по привлечению и удержанию пациентов в программах лечения) # и % стран-получателей средств Глобального Фонда по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией (далее - ГФ), внедряющих план перехода на государственное финансирование оказания непрерывной помощи при ВИЧ-инфекции # и % стран, в которых услуги по привлечению и удержанию пациентов в программах АРВ-лечения предоставляются частично или в полной мере за средства государственного бюджета
ПР 2: Государственное финансирование программ АРВ-лечения ВИЧ-инфекции является максимально эффективным и соответствует принципу «цена-качество»	# и % стран региона ВЕЦА, в которых утвержденные национальные протоколы лечения ВИЧ-инфекции соответствуют международным стандартам Ежегодная аналитическая справка по результатам мониторинга доступа к АРВ-лечению в странах # и % стран, в которых закупка и поставка АРВ-препаратов происходит вовремя за средства ГБ
ПР 3: Организации ЛЖВ способны проводить эффективные общественные кампании с целью обеспечения устойчивости программ АРВ-лечения ВИЧ-инфекции за средства государственного бюджета	# и % общественных кампаний, инициированных сообществом ЛЖВ, которые привели к появлению или улучшению существующих политик и процедур, способствующих обеспечению устойчивости программ лечения ВИЧ-инфекции за средства государственного бюджета
ПР 4: Доступ к АРВ-лечению расширен	# и % стран, в которых реализуются пилотные и широкомасштабные программы привлечения ЛЖВ на ранних стадиях ВИЧ-инфекции в программы лечения % увеличения ЛЖВ, начавших АРВ-лечение согласно новым рекомендациям ВОЗ

Мониторинг и Оценка (МиО)

МиО реализации Стратегии будет осуществляться в соответствии с планом МиО ВЦО ЛЖВ. Выполнение установленных индикаторов в рамках промежуточных результатов Стратегии зависят от многих факторов, в том числе и от усилий всех заинтересованных в этом процессе сторон и ключевых партнеров. Для того чтобы оценить вклад ВЦО ЛЖВ в достижении результатов Стратегии, будут разработаны отдельные индикаторы по ключевым мероприятиям детальных национальных и регионального планов реализации Стратегии.

Этапы реализации Стратегии

1. Подготовительный этап (2012 г.) предполагает общую оценку ситуации в странах и разработку детальных национальных и регионального планов по адвокации для членов ВЦО ЛЖВ и Секретариата.
2. Начальный этап (2013-2015 гг.) предполагает реализацию разработанных национальных и регионального планов по адвокации, направленных на выделение и/или увеличение государственного финансирования на закупку АРВ-препаратов и оценку эффективности его использования.
3. Основной этап (2015-2018 гг.) предполагает проведение промежуточной оценки реализации Стратегии, определение новых промежуточных результатов, пересмотр подходов и основных мероприятий, при необходимости. Деятельность в рамках этого этапа направлена на достижение увеличения объемов государственного финансирования АРВ-лечения и повышения эффективности его использования.
4. Финальный этап (2018-2020гг.) соответствует цели Стратегии и предполагает реализацию мероприятий, направленных на обеспечение жизнеустойчивости программ АРВ-лечения за средства государственного бюджета по принципу «затрато-эффективности».

Исполнители, партнеры, целевая группа, ключевые послания

Исполнителями Стратегии станут национальные организации-члены ВЦО ЛЖВ (сети, объединения, организации и инициативные группы) и Секретариат ВЦО ЛЖВ.

Для эффективной реализации Стратегии Объединение и его члены будут активно сотрудничать с партнерами на различных уровнях. Приоритетными партнерами в реализации данной стратегии являются: ЮНЭЙДС, ВОЗ, Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), Международная организация по закупкам препаратов против ВИЧ, туберкулеза и малярии (UNITAID), Программа развития ООН (ПРООН), Институт открытого общества (OSI), Патентный пул лекарственных средств (MPP), ITPCru, Европейская группа по лечению СПИДа (EATG), Европейская сеть снижения вреда (ECCB), администраторы здравоохранения, страновые общественные организации и эксперты.

ВЦО ЛЖВ открыто к сотрудничеству с другими пациентскими организациями и объединениями, но не ограничивается ими. Так, может и должна быть организована работа с юристами правозащитниками, врачами, научным сообществом, СМИ, экспертным сообществом.

Целевая группа

Вопрос обеспечения доступа к АРВ-лечению невозможно решить без объединения усилий и координации действий всех заинтересованных в этом процессе сторон и ключевых партнеров. Для успешной реализации Стратегии особенно важны: политическая воля, активное участие представителей министерств и ведомств стран ВЕЦА, поддержка представителей гражданского общества и региональных организаций, экспертиза национальных и международных юристов-патентоведов и техническая помощь от международных агентств и организаций.

В наших странах есть ресурсы, необходимая экспертиза и огромный потенциал. Мы верим, что общими усилиями мы способны остановить темпы роста эпидемии ВИЧ и снизить уровень смертности от СПИДа.

Таким образом, *первичной целевой группой* Стратегии мы определили лиц, принимающих решения на государственном уровне: Президенты, Премьер-министры, члены Парламента, профильные министры, чиновники и администраторы здравоохранения.

Вторичной целевой группой Стратегии, так же как и партнерами в ее реализации, являются Международные организации и агентства, неправительственные национальные и региональные организации, организации ЛЖВ и научное сообщество.

Ключевые послания

Для разработки ключевых посланий Стратегии, а также ее логотипа будет привлечено креативное агентство. Основными посылами должны быть следующие:

- АРВ-лечение спасает жизни
- АРВ-лечение – это эффективный метод профилактики
- Государственные инвестиции в АРВ-лечение могут остановить эпидемию ВИЧ/СПИД (это экономически выгодно)
- Программы по лечению должны основываться на доказательствах и соответствовать лучшему соотношению цена-качество

Коммуникационные каналы

Донесение ключевых посланий Целевой группе предполагается посредством таких коммуникационных каналов:

- официальные каналы (письма от граждан, неправительственных организаций в органы власти);
- личное общение и выступления перед аудиторией в рамках встреч, конференций, семинаров и публичных мероприятий: акции, приуроченные к памятным датам (День памяти людей, умерших от СПИД и День борьбы со СПИД), форум-театр, благотворительные мероприятия и другое;
- Генеральная Ассамблея ООН по ВИЧ/СПИД, Правление ГФ и другие подобные мероприятия, в которых участвуют Представители Правительства стран и общественные организации;
- Интернет (социальные сети и блоги).[i](#)
- СМИ (статьи в периодических изданиях, пресс-конференции, тематические программы на ТВ и др.), социальная реклама (баннерная и наружная).

Также для поддержки и продвижения ключевых посланий Стратегии планируется привлекать известных в регионе или в своих странах популярных людей (Послов доброй воли).

В передаче ключевых посланий ВЦО ЛЖВ может и должно ссылаться на Политическую декларацию по ВИЧ и СПИДу: активизация наших усилий по искоренению ВИЧ и СПИДа. Декларацию подписали, в том числе, и Главы государств ВЕЦА в июне 2011 года во время заседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИД (ГА ООН).

Подходы к реализации Стратегии

Основная роль ВЦО ЛЖВ заключается в том, чтобы, совместно с ЮНЭЙДС объединить усилия всех ключевых партнеров и заинтересованных сторон, и, таким образом, мобилизовать существующие финансовые и технические ресурсы для расширения доступа к АРВ-лечению, с помощью реализации основных принципов платформы UNAIDS «Лечение 2.0».

ПР 1. В регионе ВЕЦА обеспечение непрерывной помощи при ВИЧ-инфекции, включая услуги по привлечению и удержанию пациентов в программах лечения, в среднем финансируется не менее чем на 50% из государственного бюджета

Для достижения первого промежуточного результата предполагается:

1.1. До марта 2013 года разработать инструмент для организаций ЛЖВ по вовлечению представителей сообществ в стадии бюджетного процесса, который позволит организациям ЛЖВ более эффективно принимать участие в этом процессе. Инструмент будет учитывать специфику стран ВЕЦА и включать следующие разделы: стадии бюджетного процесса (составление проектов бюджетов; утверждение проектов бюджетов, исполнение бюджетов; контроль за исполнением бюджетов и отчет об их исполнении); ключевые участники бюджетного процесса.

1.2. Проведение мониторинга исполнения государственного бюджета, выделяемого на программы по ВИЧ/СПИДу, согласно бюджетной росписи и существующим национальным программам и стратегиям по ВИЧ/СПИДу, на регулярной основе. С этой целью, будут разработан мониторинговый инструмент, используя который, представители стран будут отслеживать процесс формирования и исполнения государственного бюджета.

1.3. Участие представителей организаций ЛЖВ во всех этапах бюджетного цикла, что подтверждается официальными письмами и прочими документами, направленными в профильные министерства, ведомства и комитеты. Для этого предполагается нанять сотрудника по адвокации в каждую организацию, в обязанности которого будет входить мониторинг исполнения ГБ, подготовка и предоставление необходимой информации и данных как для представителей власти, так и для представителей сообществ, включая лидеров организаций ЛЖВ.

1.4. Проведение переговоров с представителями соответствующих министерств и ведомств по разработке и внедрению механизма социального заказа на предоставление услуг по привлечению ЛЖВ, с особым фокусом на основные затронутые группы населения (ОЗГН), в программы АРВ-лечения на ранних стадиях ВИЧ-инфекции и по формированию приверженности к АРТ (социальное сопровождение программ АРВ-лечения), которые реализуются силами сообществ ОЗГН и организациями ЛЖВ.

1.4.1. С этой целью будет проанализировано законодательство стран о возможности предоставления социального заказа на предоставление услуг ЛЖВ и ОЗГН и проведены переговоры о необходимости внесения соответствующих изменений в законодательство стран, которые позволят внедрить механизм социального заказа.

1.4.2. Также будут собраны и распространены среди ключевых заинтересованных сторон лучшие практики региона ВЕЦА о внедрение механизма социального заказа на предоставление услуг для ЛЖВ и ОЗГН.

1.5. Сбор информации об эффективных моделях привлечения ЛЖВ на ранних стадиях ВИЧ-инфекции в программы АРВ-лечения, реализуемых в регионе ВЕЦА, и ее распространение среди ключевых сторон и партнеров, в частности, представителей государственных структур. Для этого сотрудник Секретариата ВЦО ЛЖВ будет собирать, анализировать и распространять на регулярной основе информацию об эффективных моделях привлечения ЛЖВ в программы АРВ-лечения среди ключевых сторон и партнеров.

1.6. Разработка, утверждение на государственном уровне и мониторинг внедрения плана перехода пациентов, получающих АРВ-лечение за средства ГФ (включая услуги по привлечению и удержанию пациентов в программы лечения), в программы, финансируемые государством. Согласно Инвестиционному подходу ГФ в ВЕ и ЦА, всем странам-получателям средств ГФ рекомендовано разработать и применить планы SMART в целях постепенного перехода на внутренне финансирование АРТ и услуг по поддержке приверженности лечению. В рамках этого направления предполагается активное участие представителей сообществ в разработке, утверждении и мониторинге реализации планов SMART.

1.7. Участие представителей организаций ЛЖВ в разработке, мониторинге и оценке Национальных стратегических планов по ВИЧ/СПИДу, включая концептуальные записки в рамках Новой модели финансирования (НМФ) ГФ. В рамках этого мероприятия предполагается активное участие представителей сообществ в рабочих группах и комитетах по разработке соответствующих документов. Также, предполагается разработать мониторинговый инструмент, который позволит отслеживать реализацию национальных планов.

1.8. Проведение общественных кампаний: организация круглых столов, пресс-конференций, общественных слушаний, выступлений перед парламентом и других мероприятий, направленных на расширение государственного финансирования АРВ-лечения, а также на актуализацию вопроса об эффективности расширения тестирования, лечения и поддерживающих программ. Данная деятельность будет проводиться по мере необходимости с целью привлечь внимание общества и ключевых заинтересованных сторон и получения их поддержки в решении вопросов выделения государственного финансирования на программы ВИЧ/СПИДа.

ПР 2: Государственное финансирование программ АРВ-лечения ВИЧ-инфекции является максимально эффективным и соответствует принципу «цена-качество».

2.1. Проведение переговоров с представителями фармацевтических компаний, в том числе в рамках совместной инициативы ITPCru & ВЦО ЛЖВ – ЕЕКА САВ (Совещательного совета сообщества пациентов региона Восточной Европы и Центральной Азии <http://eeca-cab.org>). Для этого предусмотрена организация встреч с представителями фармацевтических компаний по вопросам снижения стоимости АРВ-препаратов, расширения спектра АРВ-препаратов в регионе, используя, в том числе, возможности Price Volume Agreement и предоставления добровольных лицензий фармацевтическим компаниям-производителям генериков. Предполагается проводить от двух до четырех встреч с фармацевтическими компаниями в течение каждого года реализации Стратегии.

2.2. Проведение мониторинга доступа к АРВ-лечению, включая мероприятия по привлечению ЛЖВ в программы АРВ-лечения на ранних стадиях ВИЧ-инфекции и по формированию приверженности к АРТ в странах ВЕЦА. Для этого на региональном уровне предполагается разработать мониторинговый инструмент, который планируется адаптировать к специфике каждой страны для его регулярного использования.

2.3. Приведение национальной законодательной и нормативной базы по вопросам организации закупок лекарственных средств в соответствии с условиями обеспечения бесперебойности АРВ-лечения. Для этого, на страновом уровне планируется проведение анализа существующей законодательной базы, определение механизмов, предоставляющих обеспечивающих более ускоренный доступ к качественным АРВ-препаратам по наиболее низким ценам и адвокатирующие их внедрения на национальном уровне.

2.4. Приведение национальной законодательной и нормативной базы по вопросам интеллектуальной собственности (ИС) и патентного права в соответствии с нормами, обеспечивающими максимальную конкуренцию и условия, необходимые для снижения цен. В рамках этого направления предполагается анализ существующего национального и международного законодательства в отношении ИС и патентного права; сбор, анализ и распространение лучших практик использования гибких положений Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (ТРИПС); проведение переговоров с ключевыми заинтересованными сторонами.

2.5. Участие представителей ВЦО ЛЖВ в международных и национальных консультациях и встречах, посвященных подготовке предложений по изменению политик и процедур в обеспечении доступа к АРТ. Для этого предполагается обеспечение постоянной связи с международными и региональными партнерами, разработка и наполнение календаря всех ключевых событий на региональном и международном уровне, подготовка и продвижение посланий сообщества среди ключевых лиц, структур и организаций, принимающих решения в области расширения и обеспечения доступа к АРТ.

2.6. Проведение общественных кампаний: организация круглых столов, пресс-конференций, общественных слушаний, выступлений перед парламентом и других мероприятий, направленных на расширение и обеспечение устойчивого доступа к качественному АРВ-лечению по наиболее низким ценам.

2.7. Проведение мониторинга обеспечения ЛЖВ АРВ-препаратами за средства государственного бюджета (общественный мониторинг закупок АРВ-препаратов). Для этого на региональном уровне предполагается разработать мониторинговый инструмент, который планируется адаптировать к специфике каждой страны для его регулярного использования.

ПР 3: Организации ЛЖВ способны проводить эффективные общественные кампании с целью обеспечения устойчивости программ АРВ-лечения за средства государственного бюджета.

Очевидно, что достижение ПР 1 и ПР 2 невозможно без хорошо организованного сообщества ЛЖВ. Поэтому, для усиления потенциала организаций ЛЖВ планируется:

3.1. Разработка детальных национальных планов общественных кампаний в странах ВЕЦА при помощи консультанта по адвокации, которые будут являться практическим пошаговым руководством к действию организаций ЛЖВ в обеспечении доступа к АРТ.

3.2. Проведение обучающих семинаров, встреч и консультаций для представителей организаций-участниц ВЦО ЛЖВ согласно их потребностям. С этой целью на регулярной основе Секретариатом ВЦО ЛЖВ будет проводиться сбор и анализ потребностей в обучении среди организаций-членов ВЦО ЛЖВ и обеспечен поиск финансирования на проведение обучающих мероприятий.

3.3. Оказание технической помощи организациям ЛЖВ-членам ВЦО ЛЖВ в вопросах обеспечения доступа к АРТ в странах ВЕЦА. С этой целью на регулярной основе Секретариатом ВЦО ЛЖВ будет проводиться сбор и анализ потребностей в Технической поддержке и поиск возможностей для ее обеспечения.

3.4. Сбор и распространение в странах ВЕЦА лучших практик в области обеспечения доступа к АРТ, включая услуги по привлечению и удержанию пациентов в программах лечения. Для этого сотрудник Секретариата ВЦО ЛЖВ будет собирать, анализировать и распространять на регулярной основе лучшие практики привлечения ЛЖВ в программы АРВ-лечения среди ключевых сторон и партнеров.

3.5. Проведение мониторинга выполнения реализации Стратегии ВЦО ЛЖВ. Для разработки плана МиО будет привлечен консультант. При технической поддержке консультанта планируется разработать и внедрить план МиО реализации Стратегии.

ПР 4: Доступ к АРВ-лечению расширен.

4.0. Актуализация программ тестирования и лечения ВИЧ-инфекции среди региональных и национальных сетей и объединений ключевых групп населения (КГН) (СР, ЛУН, МСМ, женщины, подростки, мигранты). В рамках этого направления планируется проведение региональных и национальных встреч с представителями ЛЖВ и КГН, проведение совместных мероприятий, определение общих вопросов для адвокации на национальном, региональном и международном уровнях.

4.1. Проведение широкомасштабных пилотных кампаний по повышению осведомленности населения и ОЗГН о доступности лечения ВИЧ-инфекции и о важности своевременного тестирования на ВИЧ. 4.2. Проведение мероприятий по организации тестирования среди общего населения, используя также целевой подход с акцентом на ОЗГН (например: недели тестирования, круглые столы, встречи с людьми, принимающими решения в отношении возможности расширения доступа к тестированию).

4.3. Разработка (и / или адаптация уже существующих мировых лучших практик) и внедрение модели привлечения ЛЖВ в программы лечения ВИЧ-инфекции на ранних стадиях заболевания и их удержание в программах лечения в странах ВЕЦА.

4.4. Создание и поддержка работы площадки для диалога ЛЖВ и ОЗГН с медицинскими структурами и медицинским персоналом. (КАБ «Врач-пациент»).

4.5. Проведение информационных кампаний, направленных на работу с мифами вокруг АРВ-лечения и противодействие диссидентству.

Финансирование реализации Стратегии

I этап: ЮНЭЙДС, Oxfam Novib и Европейская комиссия.

II этап: Европейская комиссия (частично), и в соответствии с фандрайзинговой политикой ВЦО ЛЖВ.

III и IV этап – в соответствии с фандрайзинговой политикой ВЦО ЛЖВ.

Политика ВЦО ЛЖВ по фандрайзингу будет разработана к концу 2012 года. Естественно, наличие финансирования играет важную роль в достижении промежуточных результатов Стратегии. Поэтому риск не достигнуть запланированных результатов из-за отсутствия адекватного финансирования, на сегодняшний день, достаточно большой.

Кроме этого, особенности финансирования деятельности по расширению доступа к АРТ заключаются в том, что большая часть финансирования уходит на оплату труда сотрудников, экспертов, консультантов и на поддержку основных расходов на организацию (административные расходы). Также, предполагается организация большого числа встреч, как на национальном, так и на региональном уровнях, что также подразумевает определенные расходы. Более того, для донесения ключевых посланий целевой аудитории и популяризации идей Стратегии важно предусмотреть средства на сувенирную и «рекламную» продукцию, которая будет способствовать продвижению наших целей. Мы можем сократить стоимость реализации Стратегии путем обеспечения соответствующей экспертной и консультативной помощи от международных организаций.

Стоимость реализации Стратегии будет определена после финализации национальных и регионального операционных планов.

Приложение 1. Финансирование программ по лечению

В 2010-2011 годах в странах ВЕЦА финансирование программ лечения ВИЧ/СПИДа на закупку АРВ-препаратов осуществлялось, в основном, из двух источников: национальных бюджетов стран и Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. За средства Глобального Фонда программы по лечению финансировались в Армении, Беларуси, Грузии, Кыргызстане, Молдове, Таджикистане и Узбекистане; смешанное финансирование – за средства государства и Глобального Фонда – было в Азербайджане, России (до июля 2011 года) и Украине. Финансирование программ по лечению исключительно из национального бюджета осуществлялось только в странах Европейского Союза (Латвия, Литва, Польша, Эстония).

Страны, в который АРВ лечение финансируется исключительно за средства ГБ

В 2011 году финансирование программ по лечению из государственного бюджета по сравнению с предыдущим годом увеличилось в Польше, Литве и Латвии.

В Литве и Польше отмечена тенденция увеличения государственных бюджетов на АРВ-лечение и прирост пациентов, взятых в программы по лечению. В Латвии, где финансирование увеличилось, но при этом количество пациентов на лечении уменьшилось, и Эстонии, где финансирование значительно уменьшилось, а количество людей на лечении увеличилось, требуется более детальное изучение ситуации.

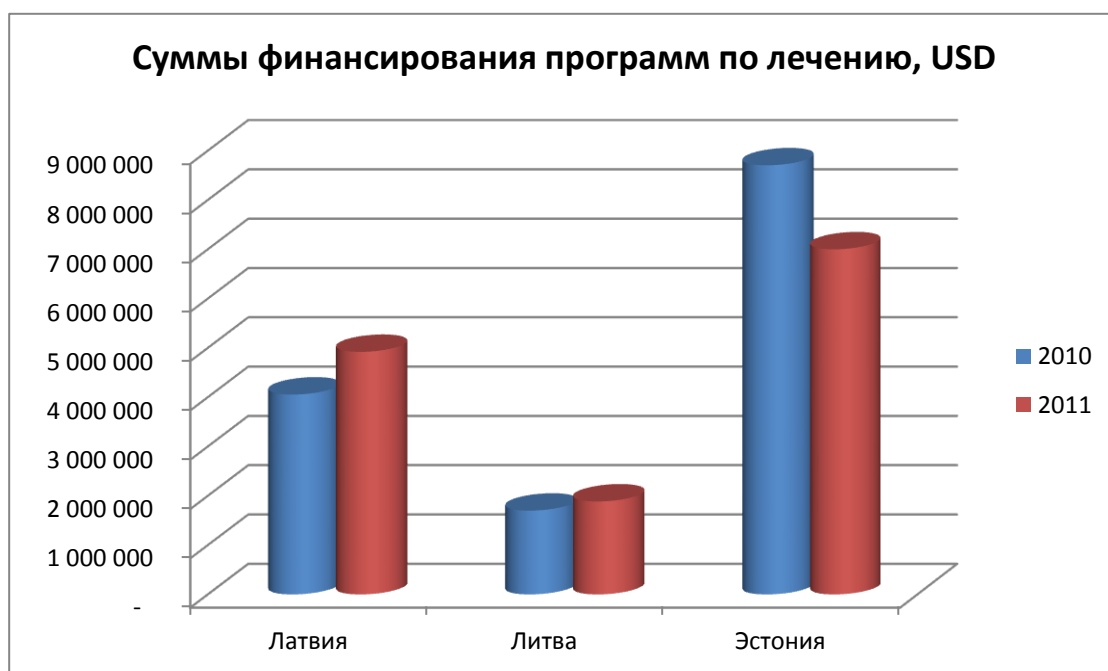


Рис. 2. Финансирование программ по лечению в странах Балтии в 2010-2011 годах

По отдельным странам ситуация была следующей:

Латвия

В 2011 году бюджет Латвии на медикаменты для лечения ВИЧ увеличился на 21,3%¹⁵ (по сравнению с 2010 годом).

¹⁵ По данным Национальной Службы Здоровья Латвии, приведенным на сайте Общества «Объединение HIV.LV» <http://apvienibahiv.lv/>

Годы	Оплаченная государством сумма	Количество пациентов
2010	2 027 528,89 LVL = ~4 055 057,78 USD	921
2011	2 460 140,74 LVL = ~4 920 281,48 USD	774

Литва

По данным Министерства Здравоохранения Литвы, бюджет страны на закупку АРВ лечения в 2011 году увеличился на 11%:

Годы	Оплаченная государством сумма	Количество пациентов
2010	~4 500 000 LTL = ~1 700 000 USD	176
2011	~5 000 000 LVL = ~1 886 000 USD	226

Эстония

По данным, отраженным в отчетах по выполнению долгосрочной Стратегии Эстонии по ВИЧ 2006-2015¹⁶, в 2011 году финансирование программ по лечению уменьшилось на 20%:

Годы	Оплаченная государством сумма	Количество пациентов
2010	92 000 000 EEK = ~8 703 879 USD	1793
2011	5 441 041 EUR = ~7 000 000 USD	2200

Польша

По данным Национального Центра СПИД Польши в 2011 году финансирование программ по лечению ВИЧ-инфекции увеличилось на 9%:

Годы	Оплаченная государством сумма ¹⁷	Количество пациентов
2010	196 150 608,86 PLN = ~65 383 536 USD	4897
2011	214 160 525,91 PLN = ~71 386 841 USD	5606

Страны со смешанным финансированием программ по лечению

В странах со смешанным финансированием программ по лечению (за средства государства и Глобального Фонда) в 2010-2011 годах ситуация была следующей:

Украина

В Общегосударственной программе обеспечения профилактики ВИЧ-инфекции, лечения, ухода и поддержки ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом 2009-2013 на мероприятия по лечению взрослых и детей из государственного бюджета в 2011 году отражена сумма в 22,93 млн. долларов., но фактически

¹⁶ Сайт Министерства Социальных Дел Эстонии, отчеты по выполнению долгосрочной стратегии по ВИЧ 2006-2015
<http://www.sm.ee/tegevus/tervis/tervislik-eluviis-ja-haiguste-enetamine/hivaidis.html>

¹⁷ Сумма включает расходы на АРВ-препараты, тесты и вакцины для детей

было выделено 18 млн. долларов США¹⁸. На протяжении последних лет в стране наблюдается устойчивая тенденция к недофинансированию Программы из государственного бюджета почти на половину: в 2010 Программу было профинансировано на 59,37%, в 2011 – на 49,4%.

Россия

По данным Фонда развития межсекторного социального партнерства¹⁹ расходы на АРВ-препараты в 2011 г. по сравнению с 2010 г. увеличились на 15% и составили более 373,7 млн. долларов США. Общий объем АРВ-препаратов в форме таблеток/капсул в сравнении с 2010 г. вырос на 16% (с 139 млн. ед. до 161 млн. ед.).

Азербайджан

Более детальную информацию о финансировании из государственного бюджета, выделенного на закупку АРВ-препаратов, получить не удалось, но общие расходы в связи с ВИЧ/СПИДом составили 6,86 млн. долларов США в 2010 году и 8,56 млн. долларов США в 2011²⁰.

¹⁸ По данным Министерства Здравоохранения Украины, <http://www.vz.kiev.ua/?p=2389>

¹⁹ Анализ государственных закупок антиретровирусных препаратов за 2011 и 2010 годы, <http://www.arvt.ru/news/2012-03-03-SPDFund-ART-analysis.html>

²⁰ Отчётность о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД, Азербайджанская Республика, 2012 год [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_AZ_Narrative_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_AZ_Narrative_Report[1].pdf)

Приложение 2. Стоимость АРТ в странах ВЕЦА

По данным Médecins Sans Frontières (<http://utw.msfacecess.org/background>), за последние десять лет стоимость лечения ВИЧ-инфекции снизилась почти в сто раз. Минимальная стоимость лечения на одного человека в год в странах с низким и средним уровнем доходов, в 2011 году составляла всего 61 доллар США (генерик, ЗТС/d4Т/NVP). Минимальная стоимость схемы лечения первого ряда, не содержащей ставудин (генерик, TDF/ЗТС+EFV), составляла 143 доллара США (или 1033 доллара США, оригинальный препарат, TDF/ЗТС/EFV).

Несмотря на то, что половина стран региона ВЕЦА относится к странам с низким и средним уровнем дохода, в которых валовый национальный доход (GNI) составляет от 1026 до 4035 долларов США (Армения, Грузия, Молдова, Украина, Узбекистан), или менее 1000 долларов (Кыргызстан), стоимость лечения в этих странах остается очень высокой и превышает минимальные цены на лечение в несколько раз.

При подготовке этого документа мы попытались проанализировать информацию о том, сколько же фактически стоит лечение одного человека в год в странах ВЕЦА. Это оказалось непростой задачей, в первую очередь, из-за сложностей с доступом к официальной информации о стоимости наиболее распространенных схем лечения.

Информации о стоимости лечения в ряде стран, таких как Азербайджан, Грузия, Украина и Таджикистан получить не удалось. По некоторым странам, в которых АРВ-лечение закупалось исключительно за средства Глобального Фонда, удалось получить только часть информации, о том, что:

- В **Узбекистане**, по данным, предоставленным Фокал пойнтом (ФП) ВЦО ЛЖВ²¹, в 2011 году стоимость АРВ-лечения первого ряда, составляла от 350 до 460 долларов США. Наиболее распространенными схемами лечения были AZT+ЗТС+EFV или NVP и ABC+ЗТС+EFV или NVP. Стоимость АРВ-лечения второго ряда составляла от 600 до 800 долларов США на одного пациента в год. Более детальную информацию, в том числе, и по количеству пациентов на каждой схеме, к сожалению, получить не удалось.
- В **Кыргызстане**, по данным ФП в этой стране²², стоимость АРВ-препаратов первого ряда на одного пациента в год составляла 375,5 долларов США.
- В **Армении** в рабочем плане программы Глобального Фонда (ГФ) на 2011 год на лечение 350 пациентов схемами первого и второго ряда было запланировано 110 000 долларов США. Подсчитывая среднеарифметическую стоимость лечения одного пациента, можно предположить, что она составляла около 314 долларов США²³.

По информации, полученной от ФП ВЦО ЛЖВ, в 2010-2011 годах систематический сбор информации или исследования стоимости схем лечения первого и второго ряда проводились только в трех странах (Беларуси, России и Молдове). Эти данные, конечно же, невозможно сравнивать, так как исследования проводились в разные годы, и лечение закупалось за средства разных источников (ГФ, госбюджет), но сами по себе цифры интересные и дают представление о стоимости наиболее популярных схем лечения, которые принимали большинство пациентов в этих странах:

- **Беларусь:** исследование *Belarus WHO estimations on the number of people on each scheme of the 1st and 2nd line ARVs and ARVs procurement prices in 2010 of the Project "Prevention and Treatment of HIV/AIDS in the Republic of Belarus" funded by the GFATM.*

По данным этого исследования, в 2010 году АРВ-лечение первого ряда принимали 82,9% пациентов. Наиболее распространенной схемой, которую принимали 57% от общего количества пациентов на АРТ в Беларуси (1499 человек из 2614), была AZT+ЗТС+EFV или AZT/ЗТС+EFV. Стоимость лечения этой комбинацией препаратов на одного человека в год составляла 149,82 доллара США. Стоимость второй

²¹ По данным ГУП Глобального Фонда

²² Источник – страновая заявка на 7 Раунд Глобального Фонда

²³ Данные получены путем деления суммы финансирования на первую и вторую линию АРТ на количество людей, получавших лечение за эти средства

наиболее распространенной схемой лечения (AZT+ЗТС+NVP или AZT/ЗТС+NVP), которую принимало 8% пациентов (209 из 2614) составляла 126,68 долларов США. Учитывая процентное соотношение пациентов на каждой схеме лечения первого ряда (в 2010 году их было 19) и стоимость каждой схемы на одного пациента в год, средняя стоимость лечения препаратами первого ряда составляла 191,65 доллар США.

АРВ-лечение второго ряда принимали 17,1% пациентов. Стоимость наиболее распространенной схемы лечения, которую принимали 44% пациентов от общего количества ЛЖВ, принимающих АРТ второго ряда (197 из 448), составила 618,98 долларов США (AZT+ЗТС+LPV/r или AZT/ЗТС+LPV/r). Стоимость второй наиболее распространенной схемы лечения (ABC+DDI+LPV/r), которую принимали 26% пациентов, составила 828,99 долларов США. Средняя стоимость лечения АРВ-препаратами второго ряда составила 721,34 доллара США.

- **Молдова:** данные Республиканской инфекционной больницы им. Т.Чорба, Национальная Конференция по ВИЧ/СПИДу, 5-7 декабря, 2011, Кишинев.

В 2011 году в Молдове АРВ-лечение первого ряда принимали 90% пациентов из общего количества ЛЖВ на АРТ 1569 человек. Наиболее распространенной схемой, которую принимали 56% пациентов из 1408 человек на АРТ первого ряда, была AZT/ЗТС+EFV. Стоимость лечения на одного человека в год составляла 167,72 доллара США. Стоимость второй наиболее распространенной схемы лечения (AZT+ЗТС+NVP), которую принимало 28% из 1408 пациентов, составляла 136,6 долларов США. Учитывая процентное соотношение пациентов на каждой схеме первого ряда (в 2011 году этих схем было 9) и стоимость каждой схемы на одного пациента в год, средняя стоимость лечения препаратами первого ряда составляла 282 доллара США.

АРВ-лечение второго ряда принимали 10% пациентов (157 пациентов). Стоимость наиболее распространенной схемы лечения (32% пациентов), составила 1198,40 долларов США (AZT/ЗТС+LPV/r). Стоимость второй наиболее распространенной схемы лечения (AZT/ЗТС+TFV+LPV/r), которую принимали 29% пациентов, составила 1278,40 долларов США. Средняя стоимость лечения АРВ-препаратами второго ряда составила 1204 доллара США.

- **Россия:** исследование о закупках АРВ-препаратов в России в 2011-2012 годах, проведенного силами активистов ИТРСру http://itpcru.org/netcat_files/10/196/Zakupki_FINAL.pdf.

По данным 2012 года стоимость двух наиболее распространенных схем лечения колебалась от 3437 (Зидовудин+Ламивудин+Калетра) до 3934 (Комбивир+Калетра) долларов США на одного пациента в год. Стоимость третьей по популярности схемы колебалась от 1167 (Зидовудин+Ламивудин+Стокрин) до 1810 долларов США (Комбивир+Стокрин). Процентное соотношение пациентов, которые принимали эти схемы лечения, не подсчитывалось.

Приводим также данные по стоимости лечения в странах Европейского Союза, в которых АРВ-препараты полностью закупаются за средства государственного бюджета:

- **Польша:** В первый ряд лечения входили такие схемы как Трувада+Калетра, Кивекса+Калетра или Комбивир+Калетра. Диапазон цен для первого ряда АРВ-лечения колебался в пределах от 4638 до 14904 долларов США. В схемы включаются препараты в зависимости от сопровождающих заболеваний и в соответствии с обследованием на устойчивость к лекарствам. Стоимость лечения одного пациента в год препаратами второго ряда лечения составляла от 12299 до 18741 долларов США.
- **Латвия:** По данным Латвийского Центра Инфектологии и Национальной службы здоровья, стоимость схем первого ряда колебалась от 6172 до 13354 долларов США (*EFV+CBV = 6172 USD; EFV+KVX = 7595 USD; NVP+CBV = 8857 USD; NVP+KVX = 10279 USD; EFV+TVD = 10669 USD; NVP+TVD = 13354 USD*). АРВ-лечение первого ряда получали 69,5% из 556 пациентов.

второго ряда: от 12436 до 13055 долларов США на одного пациента в год (LPV/r+CBV = 12436 USD; ATV+CBV = 13055 USD; SQV + CBV = 13055 USD).), АРВ-лечение второго ряда получали 29% пациентов.

- **Эстония:** По данным Протокола собрания Комиссии по закупке и планированию АРВ-препаратов при Министерстве социальных дел от 17.11.2011, в 2011 году диапазон цен для первого и второго ряда АРВ-лечения колебался в пределах от 5440 до 8160 долларов США. Количество пациентов, принимающих схемы первого и второго ряда, распределяется приблизительно 50/50.

Приложение 3. Национальные протоколы лечения ВИЧ-инфекции

Анализ нормативных документов, регламентирующих лечение ВИЧ-инфекции для взрослых и подростков, являющихся юридической основой для доступа ЛЖВ к лечению в странах региона ВЕЦА, показал, что национальные протоколы антиретровирусной терапии для взрослых и подростков есть не во всех странах ВЕЦА. Имеющиеся клинические протоколы в большинстве стран не были пересмотрены в соответствии с рекомендациями ВОЗ 2010 года и продолжают содержать рекомендацию о начале лечения при $CD4 \leq 200$ клеток/мкл.

Только в Армении (2009), Молдове (2009), Польше (2010), Украине (2010) и Таджикистане (2010) пересмотрены клинические протоколы и учтены рекомендации ВОЗ для Европейского региона 2009-2010 годов относительно начала АРТ при $CD4 \leq 350$ клеток/мкл. В Эстонии применяются рекомендации DHNS США (Department of Health and Human Services) 2011 года по использованию АРВ-препаратов у взрослых и подростков, рекомендующие начинать АРТ при $CD4 \leq 350$ клеток/мкл.

Клинические протоколы АРВ-лечения у взрослых и подростков в Беларуси (2007), Грузии (2008), Кыргызстане (2008), Узбекистане (2007) нуждаются в изменениях в соответствии с вышеуказанными рекомендациями. При этом в Беларуси используют «Инструкцию на метод, заключающийся в оптимизации подходов к обследованию и проведению АРТ у взрослых и подростков», 2008 г., которой рекомендовано начало лечения при $CD4 \leq 350$ клеток/мкл. В Азербайджане клинический протокол (2008) пересмотрен, но новый (2012) пока еще не вступил в силу.

Некоторые страны (Латвия, Литва, Россия) в качестве регламентирующих документов по АРВ-лечению используют методические рекомендации, процедуры, инструкции, письма:

- Латвия – Временные рекомендации по рациональной фармакотерапии АРВ-терапии, 2009;
- Литва – Методика «Описание процедуры диагностики и лечения заболевания вируса иммунодефицита человека, компенсированного из средств Фонда обязательного медицинского страхования», 2010;
- Россия – отсутствуют единые стандарты лечения. АРТ назначают в соответствии с методическим письмом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (МЗСР РФ) «Показания к назначению лечения больных ВИЧ-инфекцией», 2007.

Таб. 5. Документы, которые регламентируют лечение ВИЧ-инфекции в странах ВЕЦА

<i>Клинические протоколы 2009-2010-2012</i>	Армения, Молдова, Польша, Таджикистан, Узбекистан, Украина, Эстония
Начало АРТ при $CD4 \leq 350$ клеток/мкл	
<i>Клинические протоколы 2008</i>	Грузия
Начало АРТ при $CD4 \leq 350-200$ клеток/мкл	
<i>Клинические протоколы 2007-2008</i>	Азербайджан, Беларусь, Кыргызстан,
Начало АРТ при $CD4 \leq 200$ клеток/мкл	
<i>Рекомендации, инструкции, письма, процедуры</i>	Латвия, Литва, Россия
Не содержат обновленные рекомендации ВОЗ	
Начало АРТ при $CD4 \leq 200$ клеток/мкл	

Приложение 4. Краткая версия Региональной Стратегии ВЦО ЛЖВ

К 2020 году в странах ВЕЦА, по инициативе сообщества ЛЖВ обеспечено 100 % финансирование антиретровирусного лечения из государственного бюджета для всех ЛЖВ, кто в этом нуждается и его эффективное использование

Иерархия результатов до 2015 года	Индикаторы
ПР 1: В регионе ВЕЦА обеспечение непрерывной помощи при ВИЧ-инфекции, включая услуги по привлечению и удержанию пациентов в программах лечения, в среднем финансируется не менее чем на 50% из государственного бюджета	% увеличения финансирования, выделенного из государственного бюджета (далее - ГБ) в странах ВЕЦА на программы ВИЧ/СПИДа (лечение и услуги по привлечению и удержанию пациентов в программах лечения) # и % стран-получателей средств Глобального Фонда по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией (далее - ГФ), внедряющих план перехода на государственное финансирование оказания непрерывной помощи при ВИЧ-инфекции # и % стран, в которых услуги по привлечению и удержанию пациентов в программах АРВ-лечения предоставляются частично или в полной мере за средства государственного бюджета
ПР 2: Государственное финансирование программ АРВ - лечения ВИЧ-инфекции является максимально эффективным и соответствует принципу «цена-качество»	# и % стран региона ВЕЦА, в которых утвержденные национальные протоколы лечения ВИЧ инфекции соответствуют международным стандартам Ежегодная аналитическая справка по результатам мониторинга доступа к АРВ-лечению в странах # и % стран в которых закупка и поставка АРВ препаратов происходит вовремя за средства ГБ
ПР 3: Организации ЛЖВ способны проводить эффективные общественные кампании с целью обеспечения устойчивости программ АРВ-лечения ВИЧ-инфекции за средства государственного бюджета	# и процент общественных кампаний по инициативе сообщества ЛЖВ, которые привели к появлению или улучшению существующих политик и процедур, способствующих обеспечению устойчивости программ лечения ВИЧ-инфекции за средства государственного бюджета
ПР 4: Доступ к АРВ-лечению расширен	# и % стран, в которых реализуются пилотные и широкомасштабные программы привлечения ЛЖВ на ранних стадиях ВИЧ-инфекции в программы лечения. % увеличения ЛЖВ, начавших АРВ-лечение согласно новым рекомендациям ВОЗ

Мероприятие		Сроки Ответственный
ПР 1: В регионе ВЕЦА обеспечение непрерывной помощи при ВИЧ-инфекции, включая услуги по привлечению и удержанию пациентов в программах лечения, в среднем финансируется не менее чем на 50% из государственного бюджета <i>Индикаторы:</i> • % увеличения финансирования, выделенного из государственного бюджета (далее - ГБ) в странах ВЕЦА на программы ВИЧ/СПИДа (лечение и услуги по привлечению и удержанию пациентов в программах лечения) • # и % стран-получателей средств Глобального Фонда по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией (далее - ГФ), внедряющих план перехода на государственное финансирование оказания непрерывной помощи при ВИЧ-инфекции • # и % стран, в которых услуги по привлечению и удержанию пациентов в программах АРВ-лечения предоставляются частично или в полной мере за средства государственного бюджета		
1.1.	Проведение мониторинга исполнения государственного бюджета, выделяемого на ВИЧ/СПИД, согласно бюджетной росписи и существующих национальных программ/стратегий по ВИЧ/СПИД.	Ежеквартально. Организации ЛЖВ в странах.
1.2.	Участие представителей организаций во всех этапах бюджетного цикла, что подтверждается официальными письмами от организаций ЛЖВ в профильные министерства, ведомства и комитеты о включении в государственный бюджет статьи расходов на АРТ и ее утверждении.	На протяжении реализации всей стратегии. Организации ЛЖВ в странах.
1.3.	Проведение переговоров с представителями соответствующих министерств и структур по разработке механизма социального заказа для НПО на предоставление услуг по привлечению ЛЖВ в программы АРВ лечения на ранних стадиях ВИЧ-инфекции и по формированию приверженности к АРТ (социальное сопровождение программ лечения).	На протяжении реализации всей стратегии. Организации ЛЖВ в странах.
1.4.	Сбор и распространение информации среди ключевых сторон, в частности, представителей государственных структур, об эффективных моделях привлечения ЛЖВ на ранних стадиях ВИЧ инфекции в программы АРВ лечения, реализующихся в регионе ВЕЦА.	На протяжении реализации всей стратегии. Организации ЛЖВ в странах.
1.5.	Разработка, утверждение на государственном уровне и мониторинг внедрения плана перехода пациентов, получающих АРВ-лечение (включая услуги по привлечению и удержанию пациентов в программах лечения) за средства ГФ, в программы, финансируемые государством.	На протяжении реализации всей стратегии. Секретариат ВЦО ЛЖВ, Организации ЛЖВ в странах.
1.6.	Проведение общественных кампаний - организация круглых столов, пресс-конференций, общественных слушаний, выступлений перед парламентом и других мероприятий направленных на расширения охвата и гос. финансирования АРТ, прояснения эффективности расширения тестирования, лечения и поддерживающих программ, и др.	На протяжении реализации всей стратегии. Организации ЛЖВ в странах.
1.7.	Участие представителей организаций ЛЖВ в разработке,	На протяжении реализации всей

	мониторинге и оценке Национального плана по ВИЧ/СПИД, включая национальную заявку в ГФ.	стратегии. Организации ЛЖВ в странах.
ПР 2: Государственное финансирование программ АРВ-лечения ВИЧ-инфекции является максимально эффективным и соответствует принципу «цена-качество»		
<i>Индикаторы:</i>		
• # и % стран региона ВЕЦА, в которых утвержденные национальные протоколы лечения ВИЧ-инфекции соответствуют международным стандартам • Ежегодная аналитическая справка по результатам мониторинга доступа к АРВ-лечению в странах (Regional Policy Brief(s) on access to ARV treatment development) • # и % стран, в которых закупка и поставка АРВ-препаратов происходит вовремя за средства ГБ		
2.1.	Проведение переговоров с представителями фармацевтических компаний, в том числе, в рамках совместной инициативы ITPC EECA & ECUO – EECA SAB.	На протяжении реализации всей стратегии. Секретариат ВЦО ЛЖВ, Организации ЛЖВ в странах.
2.2.	Проведение мониторинга доступа к АРВ-лечению, включая мероприятия по привлечению ЛЖВ в программы АРВ-лечения на ранних стадиях ВИЧ-инфекции и по формированию приверженности к АРТ в странах ВЕЦА.	На протяжении реализации всей стратегии. Организации ЛЖВ в странах.
2.3.	Приведение национальной законодательной и нормативной базы по вопросам организации закупок лекарственных средств в соответствие с условиями обеспечения бесперебойности АРВ лечения.	На протяжении реализации всей стратегии. Организации ЛЖВ в странах.
2.4.	Приведение национальной законодательной и нормативной базы по вопросам интеллектуальной собственности и патентного права в соответствии с нормами, обеспечивающими максимальную конкуренцию и условия, необходимые для снижения цен.	На протяжении реализации всей стратегии. Секретариат ВЦО ЛЖВ, Организации ЛЖВ в странах.
2.5.	Участие представителей ВЦО ЛЖВ в консультациях и встречах международного и национального уровней, посвященных подготовке предложений для изменения политик и процедур в обеспечении доступа к АРТ.	По мере необходимости. Секретариат ВЦО ЛЖВ, Организации ЛЖВ в странах.
2.6.	Проведение общественных кампаний (организация круглых столов, пресс-конференций, общественных слушаний, выступлений перед парламентом и других мероприятий).	На протяжении реализации всей стратегии. Организации ЛЖВ в странах.
2.7.	Проведение мониторинга обеспечения АРВ-препаратами за средства государственного бюджета (общественный мониторинг закупок АРВ препаратов).	На протяжении реализации всей стратегии. Организации ЛЖВ в странах.
2.8.	По инициативе организаций ЛЖВ создание и поддержка рабочей группы по лечению при соответствующем государственном органе или министерстве. Состав группы: Члены ВЦО ЛЖВ, чиновники МЗ, ОР ГФ, ЮНЭЙДС, ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНДП, представители других министерств и регуляторных органов по лекарствам, ГО, юристы, представители научного сектора.	На протяжении реализации всей стратегии. Организации ЛЖВ в странах.

ПР 3: Организации ЛЖВ способны проводить эффективные общественные кампании с целью обеспечения устойчивости программ АРВ-лечения ВИЧ-инфекции за средства государственного бюджета <i>Индикаторы:</i> # и % общественных кампаний, инициированных сообществом ЛЖВ, которые привели к появлению или улучшению существующих политик и процедур, способствующих обеспечению устойчивости программ лечения ВИЧ-инфекции за средства государственного бюджета		
3.1.	Проведение обучающих семинаров, встреч и консультаций для представителей организаций-участниц ВЦО ЛЖВ, согласно их потребностям.	Ежегодно. Секретариат ВЦО ЛЖВ, привлечённые тренеры.
3.2.	Оказание технической помощи организациям ЛЖВ - членам ВЦО ЛЖВ в вопросах обеспечения доступа к АРТ в странах ВЕЦА.	На протяжении реализации всей стратегии. ВЦО ЛЖВ, члены ВЦО ЛЖВ, эксперты.
3.3.	Сбор и распространение лучших практик в области обеспечения доступа к АРТ, включая услуги по привлечению и удержанию пациентов в программах лечения, в странах ВЕЦА.	На протяжении реализации всей стратегии. Секретариат ВЦО ЛЖВ, Организации ЛЖВ в странах.
3.4.	Проведение мониторинга выполнения реализации Стратегии ВЦО ЛЖВ.	На протяжении реализации всей стратегии. Секретариат ВЦО ЛЖВ, члены ВЦО ЛЖВ, привлечённые эксперты.
ПР 4: Доступ к АРВ-лечению расширен <i>Индикаторы:</i> • # и % стран, в которых реализуются пилотные и широкомасштабные программы привлечения ЛЖВ на ранних стадиях ВИЧ-инфекции в программы лечения • % увеличения ЛЖВ, начавших АРВ-лечение согласно новым рекомендациям ВОЗ		
4.1.	Проведение широкомасштабных пилотных кампаний по повышению осведомленности населения и уязвимых к ВИЧ групп о доступности лечения ВИЧ-инфекции и важности раннего тестирования.	На протяжении реализации всей стратегии. Секретариат ВЦО ЛЖВ, Организации ЛЖВ в странах.
4.2.	Проведение мероприятий по организации тестирования среди общего населения, используя также целевой подход с акцентом на группы, уязвимые к ВИЧ-инфекции (например: недели тестирования, круглые столы, встречи с людьми, принимающими решения в отношении возможности расширения доступа к тестированию).	На протяжении реализации всей стратегии. Секретариат ВЦО ЛЖВ, Организации ЛЖВ в странах.
4.3.	Разработка (и/или адаптация уже существующих мировых лучших практик) и внедрение модели привлечения ЛЖВ в программы лечения ВИЧ-инфекции на ранних стадиях заболевания и их удержания в программах лечения в странах региона ВЕЦА.	На протяжении реализации всей стратегии. Секретариат ВЦО ЛЖВ, Организации ЛЖВ в странах, эксперты.

4.4.	Создание и поддержка работы площадки для диалога ЛЖВ и MARPs с медицинскими структурами и медицинским персоналом (КАБ «Врач-пациент»).	На протяжении реализации всей стратегии. Секретариат ВЦО ЛЖВ, Организации ЛЖВ в странах, партнеры из числа MARPs.
4.5.	Проведение информационных кампаний, направленных на работу с мифами вокруг АРВТ и противодействие СПИД-диссидентству.	На протяжении реализации всей стратегии. Секретариат ВЦО ЛЖВ, Организации ЛЖВ в странах.