

Оценка программных и финансовых показателей: Казахстан

Это краткое исследование текущей ситуации выполнено на основе информации, опубликованной в открытых источниках, которая анализировалась с помощью метода картирования или классификации данных. Использовались, в частности, материалы опросов и обследований, научных исследований, проектов в сфере здравоохранения и официально опубликованных национальных докладов, а также данные, полученные из медицинских информационных систем и баз данных для рутинного мониторинга в сфере здравоохранения. Отдельный сбор данных в рамках данного исследования не проводился.

Список сокращений:

АРВТ — антиретровирусная терапия;

ИФА — метод иммуноферментного анализа, используемый при проведении лабораторных исследований;

ЛЖВ — люди, живущие с ВИЧ;

ЛУИН — люди, употребляющие инъекционные наркотики;

МСМ — мужчины, имеющие секс с мужчинами.

ОЗГН — основные затронутые группы населения;

ОЗТ — заместительная терапия опиоидной зависимости;

ПИШ — программы предоставления стерильных игл и шприцев РЦПБ;

СПИД - Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД;

СР — секс-работники.

Оценка численности различных групп населения и распространенности ВИЧ-инфекции

Таблица 1 Оценка численности групп населения

Оценочная численность групп населения	Оценочная численность*	Год	Распространенность ВИЧ-инфекции, %
Оценочная численность ЛЖВ в стране (Spectrum)	26 690 ^c	2015	0,103 ^c
Оценочная численность ЛУИН	128 700 ^c	2015	8,2 ^b
Оценочная численность МСМ	27 890 ^b	2014	3,2 ^b
Оценочная численность СР	19 050 ^c	2015	1,3 ^b

^a AIDSInfo data tool

^b AIDSInfo data tool

^c РЦПБ СПИД, 2016

В Казахстане по официальным данным Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД на 01.01.2016 года зарегистрировано 26 690 случаев ВИЧ-инфекции, умерло от СПИД 6 938 человек (РЦПБ СПИД, 2016). В возрастной группе 15-49 лет численность людей живущих с ВИЧ (ЛЖВ) составила 16 466 случаев (92,9%), распространенность - 0,182% (РЦПБ СПИД, 2016). Темпы ежегодного прироста числа новых случаев и зарегистрированных смертей среди ЛЖВ приостановились около 2010 года (World Bank, 2016).

В 2015 году в возрастной группе 15-49 лет зарегистрировано 16 466 случаев ВИЧ (92,9% от всех новых случаев в 2015). По данным самоотчета, 57,7% от всех новых случаев в 2015 году можно отнести к половому гетеросексуальному пути передачи, 33% - парентеральному, при употреблении наркотиков (РЦПБ СПИД, 2016).

По данным дозорных эи надзоров, выявлена высокая – 8,2% (>5%)

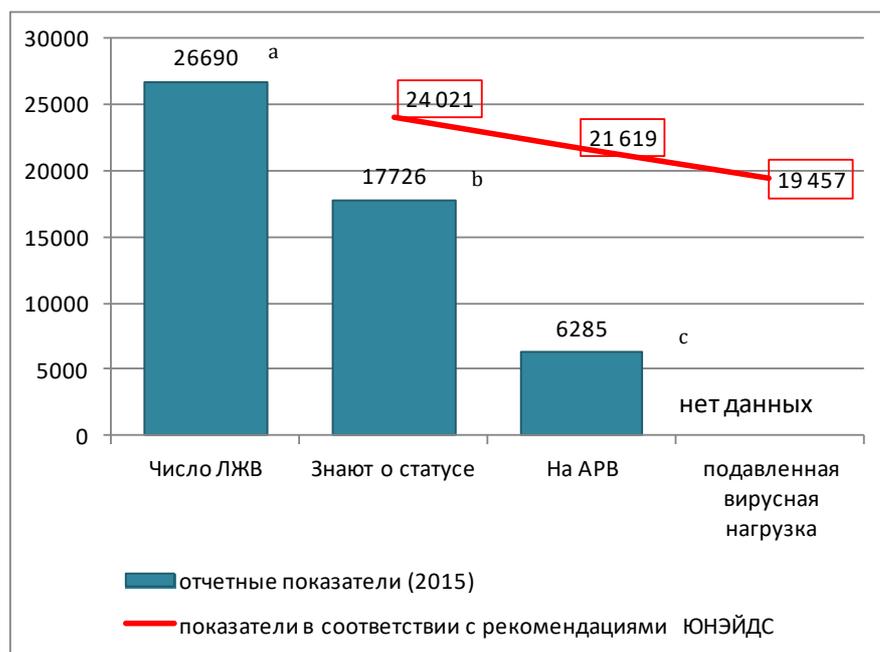
распространенность ВИЧ-инфекции среди людей употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН); значительная – 2,9% в местах лишения свободы и 3,2% - среди мужчин практикующих секс с мужчинами (МСМ) (РЦПБ СПИД, 2016).

Каскад услуг для лечения ВИЧ-инфекции

Стратегия ускорения ЮНЭЙДС (*UNAIDS Fast-Track Strategy — «Ускорение: прекращение эпидемии СПИДа к 2030 году»*), которая была объявлена в 2014 году, направлена на расширение масштабов противодействия ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов в целях прекращения эпидемии до 2030 года. В Стратегии определены следующие цели: к 2020 году 90% всех ЛЖВ должны знать свой ВИЧ-статус; 90% тех, у кого диагностирована ВИЧ-инфекция, должны получать АРВТ; и у 90% людей, получающих АРВТ, вирусная нагрузка должна быть снижена до неопределяемого уровня.

Исходя из этой разработанной ЮНЭЙДС стратегии «90–90–90», в Казахстане 24 021 человек должны знать свой диагноз; 21 619 человек должны получать АРВТ; и не менее чем у 19 457 из них вирусная нагрузка должна быть снижена до неопределяемого уровня. На графике ниже показана разница рекомендованных показателей с отчетными на 2015 год.

Рисунок 2. Каскад услуг для лечения ВИЧ-инфекции



^a Spectrum, 2015

^b Из числа официально зарегистрированных (РЦПБ СПИД, 2016)

^c По данным диспансерного учета (РЦПБ СПИД, 2016)

Опираясь на расчетное число ЛЖВ в 26 690 человек (расчет с помощью программы Spectrum), получаем следующие цифры: свой диагноз в стране знают 66 % ЛЖВ, из которых состоят на учете 47,7 %, чуть более одной третьей которых получают АРВ-терапию 17,7 %. Данные о доле получающих АРВТ с неопределяемым уровнем вирусной нагрузки в открытых источниках не публикуются. Необходимы серьезные улучшения в таких областях, как тестирование на ВИЧ, включение в систему лечения и обеспечение высокой приверженности к терапии в Казахстане.

Охват услугами по профилактике ВИЧ-инфекции

Таблица 2. Охват профилактикой в сфере ВИЧ

Охват услугами для профилактики ВИЧ-инфекции	Целевые показатели планируемые/ожидаемые			Целевые показатели выполненные	
	2014	2015	2016	2014	2015
Общее число ЛУИН, охваченных ПИШ	70 000	70 000	70 000	83 784 ^a	61 133 ^a
Общее число ЛУИН, охваченных ОЗТ	600	600	600	266 ^b	292 ^c
Общее число МСМ, охваченных услугами для профилактики ВИЧ-инфекции	10 000	10 000	10 000	6 793 ^d	6 660 ^e

Общее число СР, охваченных услугами для профилактики ВИЧ-инфекции	15 000	15 000	15 000	17 097 ^d	16 995 ^e
--	--------	--------	--------	---------------------	---------------------

^a Рассчитано от процента охвата, указанного в отчете РЦПБ СПИД (2016) и оценочного числа ЛУИН в республике (AIDSInfo data tool)

^b МЗСР РК, 2015

^c МЗСР РК, 2016

^d РЦПБ СПИД, 2015

^e РЦПБ СПИД, 2016

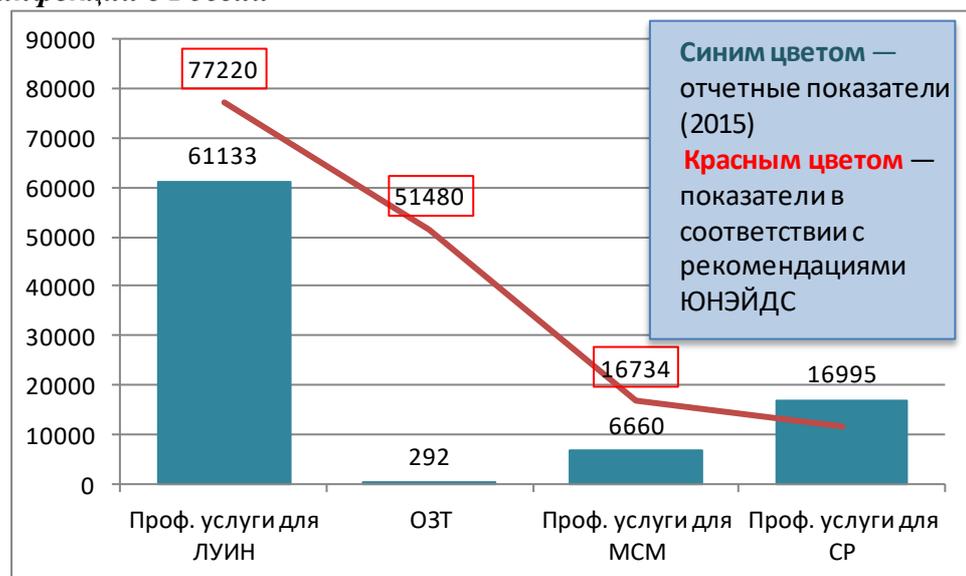
В государственную программу по развитию здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы было включено два показателя по ВИЧ:

- Удержание распространенности ВИЧ-инфекции среди общего населения в возрасте 15-49 на уровне 0,2-0,6% к 2015 году,
- Удержание распространенности ВИЧ-инфекции среди заключенных на уровне < 5%.

Постановлением Правительства Республики Казахстан от 29 января 2011 года № 41 был утвержден план мероприятий по разделу ВИЧ/СПИД на 2011-2015 годы, включавший профилактику ВИЧ-инфекции в группах населения, ключевых для эпидемии ВИЧ-инфекции, включая ЛУИН, секс-работников (СР), лиц, лишенных свободы, и МСМ. Постановлением предусмотрено обеспечение шприцами и презервативами через стационарные и мобильные пункты доверия и в дружественных медкабинетах, тестирование, консультирование, опиоидная заместительная(ОЗТ) и антиретровирусная(АРТ) терапии.

В соответствии с рекомендациями ЮНЭЙДС, охват ключевых групп населения профилактическими программами должен составлять 60%. В рамках реализации программы значительная часть СР (по данным РЦПБ СПИД, 2016 - 89% от расчетного числа, что превышает рекомендованный уровень охвата) получила услуги профилактики ВИЧ-инфекции. В то же время, показатели охвата профилактическими программами на 2015 год составили 48% для ЛУИН и лишь 24% - для МСМ, что (РЦПБ СПИД, 2016). Также недостаточным был охват ЛУИН программами ОЗТ. По рекомендациям ВОЗ охват ОЗТ должен составлять 40% от числа людей с опиоидной зависимостью. В официальных отчетах не приводится расчетного числа людей с опиоидной зависимостью, но говорится о том, что в 2013 году 86,7% процента всех ЛУИН употребляли героин в течение последнего года, при том что число ЛУИН в 2013 составляло 112 740 человек (МСАД, 2014). Таким образом, в качестве расчетного числа людей с опиоидной зависимостью можно брать 97 746 (и маловероятно, что это число уменьшилось к 2015 году, по крайней мере общее расчетное число ЛУИН увеличилось), тогда рекомендованные 40% будут составлять 39 098 человек. Фактический же охват, согласно отчету РЦПБ СПИД за 2015 год (2016), составил менее одного процента нуждающихся в ОЗТ. Следующий график (Рис. 1) демонстрирует разницу между рекомендованным уровнем охвата и отчетными значениями показателей на 2015 год.

Рисунок 1. Дефицит реализуемых программ для профилактики ВИЧ-инфекции в России*



*по данным РЦПБ СПИД (2016)

Охват услугами обследования на ВИЧ-инфекцию

В рамках государственной программы по развитию здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011- 2015 годы целевой показатель по обследованию общего населения на ВИЧ-инфекцию составлял 10% от населения каждой области (МЗСР РК, 2016). Значительное внимание программа уделяет обеспечению ключевых групп населения услугами обследования (в т.ч. экспресс-тестированием) на ВИЧ-инфекцию. По данным отчета РЦПБ СПИД (2016), в 2015 году 73,6% от всех обследованных на ВИЧ-инфекцию ЛУИН, 94% - MSM и 82% - СР прошли обследование экспресс-методом.

Таблица 3. Охват услугами обследования на ВИЧ-инфекцию

Охват обследованиями (ИФА + экспресс-тесты)	Отчетные показатели			
	2014		2015	
	N	%*	N	%*
Все группы населения	2 490 727 ^a	14,3	2 721 269 ^b	15,4
ЛУИН	55 257 ^c	48	50 756 ^d	39
MSM	2 808 ^c	10	1 824 ^d	6,5
СР	12 264 ^c	61,5	18 764 ^d	80,2

* От общего числа (для ключевых групп – от оценочных, см. Табл. 1)

^a рассчитано от процента населения, охваченного услугами тестирования на ВИЧ (РЦПБ СПИД, 2015)

^b рассчитано от процента населения, охваченного услугами тестирования на ВИЧ (РЦПБ СПИД, 2016)

^c РЦПБ СПИД 2015

^d РЦПБ СПИД 2016

Согласно рекомендациям ЮНЭЙДС, услуги тестирования должны предоставляться на таком уровне, чтобы ими было охвачено не менее 75% представителей ключевых групп ежегодно. Для Казахстана это означает, что ежегодно тестирование должны проходить 95 850 ЛУИН, около 30 000 МСМ и 14 00 СР — или в общем итоге около 140 000 тестов среди всех ОЗГН. Следовательно охват тестированием на ВИЧ среди ЛУИН практически в два раза и многократно увеличить тестирование на ВИЧ МСМ.

В Республике Казахстан ежегодно на ВИЧ- инфекцию тестируется более 2-х миллионов человек, охват тестированием населения составил - 14%. ГАРП, 2016, стр. 2. Функционирует 147 пунктов, где предоставляется полный пакет услуг для ЛУИН (ГАРПР, 2016, стр. 8) и 32 дружественных кабинета для диагностики и профилактики ИППП. Дружественные кабинеты, расположенные при центрах СПИД и др. медицинских организациях являются структурными подразделениями службы СПИД. Осуществляются выезды мобильных бригад, состоящих из сотрудников СПИД центров и аутрич-работников в места дислокации СР и МСМ для проведения профилактических работ.

Всего, и как показано на рисунке выше, за 2015 года на ВИЧ-инфекцию обследовано 18 764 СР, в том числе и экспресс-методом 15 403, - 82%, 1824 МСМ (экспресс методом 1706) – 27,6%, 50 756 ЛУИН (39% от количество ЛУИН по быстрой оценки ситуации и 84% от прямого охвата профилактическими услугами). (ГАПР, 2016, стр. 5-6) Согласно этим данным, охват тестированием ЛУИН и СР, от тех, кто был охвачен профилактическими программами, достаточно высокий – 84% и 82 % соответственно, а охват МСМ тестированием – крайне низок на фоне других групп и составляет всего 27,6%. Причины, по которым охват МСМ тестированием в рамках профилактических программ находится на таком низком уровне, к сожалению не удалось выяснить в рамках данного анализа.

В Казахстане на протяжении нескольких лет поддерживающая заместительная терапия (ПЗТ) реализуется в формате пилотного проекта, который внедряется в 10 городах Казахстана, с участием в программе 292 пациентов, что далеко не соответствует имеющимся потребностям. ГАПР-2016, стр. 14-15 По словам респондентов, тестирование на ВИЧ проводится всем клиентам ПЗТ с неподтвержденным диагнозом на регулярной основе.

По данным ГАПР, 2016, стр. 8 при выявлении ТБ во всех противотуберкулезных учреждениях проводят консультирование и тестирование на ВИЧ -инфекцию, и охват тестированием по республике достиг 98% всех зарегистрированных случаев ТБ.

В ходе проведенного анализа данных и по результатам проведенных фокус-групп определены институциональные, законодательные и индивидуальные барьеры, препятствующие доступу ЛЖВ и ОЗГН к тестированию на ВИЧ.

Институциональные барьеры:

- в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 28 июля 2010 года № 552 «Об утверждении Правил медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекции» спектр учреждений, которым разрешено проводить тестирование на ВИЧ, значительно ограничен (в приказе тест на ВИЧ рассматривается как «медицинская процедура»). В приложении к Приказу упомянуты только областные и городские центры профилактики и борьбы со СПИДом в качестве учреждений, которым разрешено проводить первичный скрининг на ВИЧ. Возможность расширения тестирования и консультирования в связи с ВИЧ на базе организаций сообществ весьма ограничена в свете жестких правил в отношении проведения ВИЧ-тестирования только сертифицированным медицинским персоналом и/или на базе лицензированных медицинских учреждений. И как результат, доступ к услугам тестирования и консультирования в связи с ВИЧ для уязвимых групп населения ухудшается по причине не соответствующей нуждам географической и временной доступности. ВЦО ЛЖВ, 2015, стр. 14-16
- ограниченный доступ к обследованию на ВИЧ в малых населенных пунктах отмечали большинство респондентов *«Тяжело. Услуга она малодоступна потому что это деньги на дорогу, нужно доехать до центра. Как правило люди не так часто проходят эти тесты.» «Там во-первых население думает, а зачем это нужно куда-то ехать и вообще сдавать такие анализы.»¹*
- слабая координация между службами ВИЧ и других критически важных услуг для ЛУИН, в частности, для снижения вреда. Провайдеры услуг в любом типе программы часто могут не знать о доступных услугах, и, возможно, даже не знать об услугах, которые их собственные клиенты получают в других местах. {1}

Законодательные барьеры:

- карательное законодательство в отношении ЛУИН, стигматизацию в связи с употреблением наркотиков и ВИЧ, а также риск насилия со стороны полиции, что существенно затрудняет доступ ЛУИН к услугам по тестированию и лечению в связи с ВИЧ {1}
- ЛУИН часто подвергаются принудительному и обязательному тестированию на ВИЧ. Перечень условий для обязательного тестирования на ВИЧ ЛУИН в Казахстане включают: партнеры, использующие инъекционные наркотики вместе и регистрация в наркологических службах через каждые 6 месяцев {2}
- Статья 326 Кодекса об административных правонарушениях предусматривает ответственность за уклонение от обследования и лечения лиц, находящихся в контакте с ВИЧ-инфицированными, больными СПИДом, ИППП, туберкулезом, лиц, признанных страдающими от алкогольной или наркотической зависимости, либо в отношении которых имеются «достаточные данные», что они без

¹ Здесь и далее по тексту курсивом выделены высказывания участников фокус-групп, которые приведены с сохранением стиля респондента

назначения врача употребляют наркотические средства или психотропные вещества

- Статьи 115 и 116 Уголовного кодекса предусматривают наказание непосредственно за заражение и подвергание заражению ВИЧ и ИППП.

Среди индивидуальных барьеров выделены следующие:

- безразличие к своему здоровью и / или неверие в то, что ВИЧ-инфекция имеет отношение и к тебе, если ты не употребляешь наркотики или не занимаешься секс-работой *«Я же не наркоман, не проститутка, у меня ВИЧ не может быть.»*
- отсутствие информации о том, что лечение ВИЧ-инфекции существует и доступно в стране *«Вот вчера у женщины выявился ребёнок, а она не хотела приезжать. Потому что она считала, что лечения нет, что ребёнок её всё равно умрёт.»*
- страх, и не без оснований, остаться без медицинской помощи, потерять работу и быть отвергнутым обществом останавливает ЛЖВ узнавать о своем ВИЧ-статусе
- чувство стыда из-за того, что родственники могут узнать о ВИЧ-статусе человека *«Менталитет у нас совсем другой, мы воспитаны по-другому, то из-за этого тоже бывают проблемы, что родственники узнают, что это стыдно как говорится.»*

Несмотря на то, что 2015 году 27 неправительственных организаций получили государственный социальный заказ для работы по профилактике ВИЧ-инфекции (ГАПР, 2016, стр. 13), респонденты как и из числа провайдеров услуг так и представители сообществ так же отмечали о том, что профилактические программы из-за недостаточного финансирования проводятся в очень ограниченном формате, что в свою очередь негативно сказывается на привлечении ОЗГН в программы тестирования на ВИЧ. *“Нет у нас. Даже на данный момент у нас презервативов нет. И не обследуется, как раньше, на 10 инфекций. Сейчас одна -- ВИЧ. А если нет презервативов и нет обследования, никто не идёт обследоваться.”*

Выводы

Несмотря на существующие данные по довольно высокому охвату СР и ЛУИН тестированием на ВИЧ в рамках государственного финансирования профилактических программ, ряд барьеров, препятствующих доступу к тестированию на ВИЧ, все же существует в Республике Казахстан:

- действующим законодательством Казахстана предусмотрены широкие возможности для принудительного тестирования и лечения ВИЧ и ИППП. Эти положения нарушают права человека и не соответствуют международным рекомендациям
- низкий доступ к тестированию в малых населенных пунктах существенно ограничивает доступ к тестированию на ВИЧ, в частности ОЗГН
- программы снижения вреда и профилактики среди ОЗГН не в полной мере соответствуют потребностям целевых групп в большей степени из-за ограниченного финансирования этих программ

- причины низкого охвата программами тестирования на ВИЧ среди MSM требует детального рассмотрения
- несмотря на высокие показатели охвата тестированием ОЗГН в рамках профилактических программ, охват тестированием ЛУИН в целом по стране составил 39% в 2015 году (данные по охвату СР и MSM от оценочного числа этих не удалось найти в открытых источниках)

Диспансерный учет (Д-учет)

Практически все респонденты, участвующие в фокус-группах, с благодарностью отзывались о работе СПИД центров (в частности СПИД центров в Алматы и Семипалатинске) и отмечали дружелюбное, уважительное отношение психолога, медсестер и врачей к ним.

«И я хотела бы отметить, кто обращался в другие медицинские учреждения, так как разговаривают в СПИД центр, с нами нигде не разговаривают. Я имею ввиду уважительно, понимающе, скорее всего они даже не смотрят на то, что ты в употреблении активном и все равно разговаривают как с человеком, как должны разговаривать. Я была удивлена как разговаривают. По сравнению с другими учреждениями как в СПИД центр нигде так лаково не разговаривают.»

В СПИД-центре, помимо врача-инфекциониста, есть дерматолог, гинеколог, стоматолог, все услуги и анализы бесплатные со слов респондентов. Процесс их регистрации в СПИД центре занимал немного времени, а врачи и психолог предоставили всю необходимую информации о ВИЧ/СПИДе.

«Я также стала на учет. Все было бесплатно. Мне посоветовали с психологом пообщаться. Я пообщалась с психологом. Не с первого раза, а несколько раз пришлось мне с ней общаться. Также спасибо медсестрам, потому что медсестры самые первые, которые с нами общаются и спасибо большое СПИД центр, потому что в первую очередь на помощь всегда приходит СПИД центр».

При этом, практически все респонденты отмечали негативное отношение медицинского персонала в других медицинских учреждениях и случаи нарушения конфиденциальности, о чем также свидетельствуют и результаты анализа ВЦО ЛЖВ-2015, стр. 21-22.

«У меня есть знакомая, она попала в больницу. Ее сбил машина, она попала в больницу. Вышел с реанимации врач, стоит полно у нас народу. Он говорит Вы знаете, что у нее ВИЧ статус положительный? У нее взяли анализы. Мы говорим, она знает. А там был водитель, который ее сбил, ему же это галочка водителю. Он говорит ой, значит наркоманка, значит ненормальная. То, что он ее сбил ему это тоже на руку. Я подхожу к врачу и говорю – ладно я, ладно она, но тут посторонние люди стоят. Он вообще даже не заморочился, развернулся и ушел. Также ее перевели в палату тоже самое было. Ее положили в коридоре. Вот это было буквально три месяца назад.»

Отсутствует нормативный документ, позволяющий оказывать диспансеризацию и предоставление АРТ мигрантам; при этом мигранты могут получать профилактические услуги по ВИЧ. (Kazakhstan Report NCPI, 2013)

Выводы

Самыми большим препятствиями в получении медицинской помощи в СПИД центре являются отсутствие гражданства Республики Казахстан, географическая удаленность СПИД центров (в частности, отсутствие средств для оплаты проезда пациентов в СПИД центр) и наличие камер наблюдения у входа в СПИД центр, согласно результатам проведенных фокус-групп с ЛЖВ, ЛЖВ/ОЗГН и провайдеры услуг.

Лечение ВИЧ-инфекции и супрессия вирусной нагрузки (ВН)

Согласно Протоколу диагностики, лечения ВИЧ-инфекции и СПИД (по данным МЗСР (2016), приведен в соответствии с рекомендациями ВОЗ, 2013), в 2015 году 79% (7 929) ЛЖВ имели клинические (в зависимости от стадии заболевания), иммунологические показания к антиретровирусной терапии; из них получали АРВ – 6 285 (79,3%).

За 2015 год впервые взято на лечение – 2 226 ЛЖВ, при этом возобновили лечение – 516. Прервали лечение по различным причинам 982 пациента. 65% пациентов, из числа прервавших вышли из программы лечения в связи с отказом, низкой приверженностью и побочными/токсическими эффектами от АРТ (РЦПБ СПИД, 2016).

Начиная с 2009 года, обеспечение закупки АРВ препаратов в Казахстане производится без привлечения международных финансовых источников (МЗСР РК, 2016).

По результатам проведенного мониторинга доступа к АРВ-препаратам в Республике Казахстан силами сообществ, были определены следующие барьеры, препятствующие доступу к качественному и бесперебойному АРВ-лечению:

- пре-квалификации ВОЗ лекарственных средств при закупке лекарственных средств в Республике Казахстан не является обязательной²
- перебой в обеспечении лекарственным средством для лечения ВИЧ-инфекции МНН лопинавир/ритонавир – торговое наименование Алувия, дозировка 200/50 мг, в городах Павлодар и Караганда наблюдались на протяжении 2015 - 2016 годов (в Республике Казахстан, также возникали угрозы перебоев, в том числе и с детскими формами лекарственных средств (<https://www.youtube.com/watch?v=bUt69XAT910>)).
- высокую стоимость АРВ-препаратов показал анализ цен на основные препараты для лечения ВИЧ-инфекции закупленные в Республике Казахстан на 2015 год (закуп 2014 года, проведенный для использования

² ПП РК от 30 октября 2009 №1729, "Правила организации и проведение закупа лекарственных средств ..." Глава 1, общие положения, п.19"список лекарственных средств"
http://adilet.zan.kz/rus/docs/P090001729_

лекарственных средств в 2015 году). Например, Абакавир (МНН) 300 мг таб производства Милан Лабораториз стоимостью в 2,58 \$ США закупается в Грузии по стоимости в 0.1832 \$ США от такого же производителя или тот же Абакавир производства ВииВ Хелскер в России закупается по 1.0932 \$ США за 1 таблетку 300 мг, а в Казахстане – за 2.64 \$ США за 1 таблетку от этого же производителя)
http://arv.ecuo.org/site/index/?PurchaseFilter%5Bcountry_id%5D=&PurchaseFilter%5Bfinance_source_id%5D=&PurchaseFilter%5Bmanufacturer_id%5D=&PurchaseFilter%5Bmedicine_id%5D=26&PurchaseFilter%5Bform_id%5D=14

Тенофовир (МНН) 300 мг, цена закупки препарата -- 2,54 \$ за таблетку брендированного препарата производства Гилеад Сайенсиз, является значительно ниже цены, по которой закуплен этот же препарат этого же производителя в Литве (15,15 \$ за таблетку), но значительно выше цены, полученной в соседней Республике Кыргызстан за таблетку генерического препарата производства Гетеро Лабз (0,125 \$ за таблетку).

По результатам проведенных фокус-групп было определено, что наиболее распространенными причинами отказа от АРВ-лечения по личным обстоятельствам являются сильные побочные эффекты и употребление наркотических средств или алкоголя, а среди институциональных барьеров отмечаются задержки в выдаче АРВ-препаратов и невозможность получать АРВ-лечение в местах лишения свободы и, если возникнет такая необходимость, в случае стационарного лечения в тубдиспансере или другой больнице. Так же респонденты не хотят рассказывать своим родственникам о заболевании и о лечении, поэтому отказываются от него.

Эти же причины влияют и на соблюдение ими приверженности к АРТ, несмотря на то, что со слов респондентов, в СПИД центрах, весь медицинский персонал говорит всем о необходимости приема АРТ. Респонденты из числа СР, принимающих АРВ-лечение, говорили о том, что забывают принимать АРТ после работы ночью. *«Так как всю ночь работаю, утром уснула и забыла.»* Респонденты-представители МСМ поднимали вопрос отсутствия групп-взаимопомощи для МСМ и консультирования специально для этой целевой группы.

Кроме этого, многие респонденты отмечали барьеры, связанные с удаленностью и неудобным месторасположением СПИД-центров и о необходимости регулярно его посещать для получения АРВ-препаратов, что представляется сложным из-за отсутствия у них средств на проезд в СПИД-центр.

Так же респонденты отмечали отсутствие корректной информации о лечении ВИЧ-инфекции и отсутствие или недостаточность услуг по формированию приверженности и социальному сопровождению. Провайдеры так же говорили об отсутствии финансирования именно на мероприятия по привлечению и удержанию ЛЖВ в программах АРВ-лечения, как раз на то, чтобы искать «потерявшихся» клиентов.

По результатам проведенного онлайн-анкетирования в 2015 году НП “Е.В.А.”, было обнаружено, что женщины из отдаленных сельских районов в Казахстане чаще всего лишены возможности получения АРТ -- в зимние месяцы дороги заносит, многие мужья просто не понимают необходимость постоянного доступа

к препаратам и часто не отпускают в ОЦ СПИД.

Среди участников программ ПЗТ, на конец декабря 2014 года, из 224 пациентов, 51 участник ПЗТ жил с ВИЧ, и только 17 человек из них принимали АРТ, что свидетельствует о низком охвате АРВ-лечением участников ПЗТ. (ГАПР-2015, стр. 27) По словам респондентов, в Казахстане работают только 2 сайта ПЗТ, в которых предоставляются услуги по ВИЧ и ТБ. Также встречается упоминание о том, что медицинские работники зачастую не имеют достаточных знаний и навыков для оказания психологической поддержки и консультирования ЛУИН в целом, и ЛУИН, живущих с ВИЧ, в частности. Эти работники не обладают достаточной подготовкой в сфере основ ухода и лечения ВИЧ-инфекции, включая соответствующие методы для мониторинга соблюдения режима лечения у пациентов. {1}

С целью улучшения менеджмента по ТБ/ВИЧ всем больным ТБ проводятся консультирование и тестирование на ВИЧ. При взятии на учет ЛЖВ с отрицательным результатом скрининга на ТБ направляют к фтизиатру для назначения химиопрофилактики изониазидом (ПИ). С января 2013 года ЛЖВ включены в группу исследования на ТБ с использованием ускоренных методов диагностики (G- Xpert). Во всех регионах страны назначены ответственные специалисты по взаимодействию между службами по вопросам ТБ/ВИЧ на всех уровнях ПТО, в Республиканском центре СПИД (РЦ СПИД) и Республиканском научно-практическом центре медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН). ГАПР 2016, С.8

Данные Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД (письмо № 06-756 от 22.08.2016 года) на 31.07.2016 (кумулятивные данные) демонстрируют ситуацию с охватом ОЗГН медицинскими услугами в связи с ВИЧ-инфекцией, а именно: только 40% ЛУИН из всех зарегистрированных ВИЧ-инфицированных состоят на Д-учете и 68% ЛУИН от состоящих на Д-учете принимают АРТ. В то время как из 75% MSM, состоящих на Д-учете от зарегистрированных получают АРТ только 35%. И меньше всего охват СР – 20% от зарегистрированных ВИЧ-инфицированных СР состоят на Д-учете всего лишь 20% и из них 47% принимают АРТ. Учет дезаггированных данных по ВН среди ЛЖВ на АРТ, не ведется, что не дает возможности проанализировать информацию об эффективности АРВ-лечения именно в этих группах.

Таблица. Дезаггированные данные по ОЗГН на 31.07.2016

	Зарегистрировано	На Д-учете		На АРТ	
ЛУИН	14 529	5929	40%	4 090	68%
MSM	302	229	75%	79	35%
СР	291	59	20%	28	47%
СР/ЛУИН	118	16	14%	0	

Данные Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД (письмо № 06-756 от 22.08.2016 года) на 31.07.2016 (кумулятивные данные) также демонстрируют ситуацию с эффективностью программ АРТ: количество ЛЖВ на АРТ, 24 месяцев после начала приема лечения составляет 1039 из 1405 начавших (74%). А количество людей, получающих АРТ с неопределяемой ВН составляет 3

416 из 6 285 по итогам 2015 года, что составляет 54%. Причины такого показателя могут быть разные – и не эффективность самой схемы АРВ-лечения и низкий уровень приверженности к АРТ – и требуют дальнейшего изучения.

Выводы

- Очевидно, что Республика Казахстан планирует осуществить существенный скачок в расширении доступа к АРТ в 2017 году, о чем свидетельствуют темы прироста ЛЖВ на АРТ за последние три года (2013 г – 4333 человек, 2014 г – 5598 человек, 2015 г – 7355 человек) и планы страны на 2016 год – 8 500³ человек на АРТ. При сохранении таких же высоких темпов расширения доступа к АРВ-лечению, в следующем, 2017 году, можно ожидать быстрого достижения страной второй цели ЮНЭЙДС -- 90% ЛЖВ получают АРВ-лечение
- Наблюдаемый крайне высокий уровень цен на лекарственные средства для лечения ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан требует немедленного вмешательства и серьезной деятельности по снижению цен на препараты
- Риск возникновения перебоев в Республике Казахстан сохраняется, потому как по словам пациентского сообщества ЛЖВ, удалось решить или предотвратить конкретные ситуации с перебоем в 2015 и в 2016 годах, но не решить эту проблему в целом
- Отсутствие программ формирования приверженности и / или социального сопровождения, с использованием принципа «равный-равному» и учитывая потребности MSM и СР, имеет негативное влияние на соблюдение приверженности ЛЖВ к АРТ, усугубленное отсутствием корректной информации об АРВ-лечении
- Низкий охват программами ПЗТ на фоне высокого уровня распространения ВИЧ-инфекции среди ЛУИН является одним из самых основных препятствий в достижении целей ЮНЭЙДС “90-90-90”, ведь только 40% ЛУИН находится на Д-учете включены в систему оказания медицинской помощи в связи с ВИЧ-инфекцией
- Клинический протокол ведения пациентов с ВИЧ инфекцией соответствует рекомендациям ВОЗ 2013 года, что требует пересмотра
- Катастрофически низкие показатели по привлечению СР в систему оказания медицинской помощи, особенно СР/ЛУИН, требуют немедленных действий и внимания, так же как и низкий охват MSM медицинскими услугами, особенно на фоне малого доступа MSM к услугам тестирования на ВИЧ-инфекцию.

³ Ответ №06-756 от 22.08.2016г. на запрос ОФ «СПС ЛЖВ Казахстана» исх. № 22 от 16.08.2016г. РГП на ПХВ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД»

Финансирование мер противодействия ВИЧ

По страновым отчетным данным (AIDSInfo data tool), наибольшая часть финансирования мероприятий противодействия ВИЧ-инфекции в последние годы покрывалась за счет республиканского и местного бюджетов (РЦПБ СПИД, 2016). В соответствии с госпрограммой развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» (2011-2015), в 2011-2014 годах менее 20% общего финансирования мероприятий противодействия ВИЧ-инфекции поступало из международных источников, наибольшую часть которых предоставляли гранты Глобального Фонда (более 90% в 2012, около 80% в 2011 и 2013 годах). Начиная с 2013 года в страну также поступают средства PEPFAR (66,5% общего международного финансирования в 2014 году).

Таблица 2. Финансирование мер противодействия ВИЧ

Финансирование программ противодействия (отчетные показатели)	2014		2015	
	N	%	N	%
Профилактика ВИЧ	5 914 393	13,68	1 558 923	4,59
Профилактика ВИЧ среди ЛУИН	1 073 330	2,48	899 292	2,65
Профилактика ВИЧ среди МСМ	438 975	1,02	366 662	1,08
Профилактика ВИЧ среди СР	2 315 475	5,36	586 750	1,73
Обследование на ВИЧ-инфекцию	3 056 142	7,07	2 405 177	7,07
Лечение ВИЧ	14 471 232	33,47	16 534 975	48,64
АРТ	221 832	0,51	174 086	0,51
Лечение ОИ		0,00	289 992	0,85
Уход и поддержка ЛЖВ	739 773	1,71		0,00
Другие расходы	19 793 961	45,78	13 496 685	39,70
ВСЕГО	43 235 727	100	33 995 760	100

По результатам анализа расходов на мероприятия по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции, проведенного Мировым банком, 56% всех страновых расходов на ВИЧ пришлось на расходную статью «управление», что частично может быть связано с практикой учета расходов на оплату кадров отдельно от стоимости программ. Вследствие такого варианта учета стоимость профилактических программ в расчете на одного клиента в Казахстане ниже, чем в других странах региона. Вместе с тем, необходимо учитывать, что при планировании расходов на будущие программы оплату работников программ нужно будет добавлять отдельно.

Кроме того, сравнительный анализ показывает, что стоимость расходов на одного пациента программ АРВТ в Казахстане 2 279 долларов, что практически в два раза выше, чем в среднем по региону - 1 203 долларов. (World Bank, 2016).

Потребности в финансировании для восполнения дефицита по мероприятиям с наибольшим уровнем воздействия

Данные о противодействии ВИЧ/СПИДу в Казахстане, которые публикуются в официальных источниках, демонстрируют следующие пробелы в программных областях:

16 087 ЛУИН дополнительно должны получить доступ к ПИШ

38 806 ЛУИН дополнительно должны получить доступ к ОЗТ

10 074 МСМ дополнительно должны получить доступ к услугам по профилактике ВИЧ-инфекции

45 769 ЛУИН дополнительно должны получить доступ к обследованиям на ВИЧ

19 094 МСМ дополнительно должны получить доступ к обследованиям на ВИЧ

15 333 ЛЖВ дополнительно должны получать АРВТ

Данные о финансировании, имеющиеся в открытых источниках, не позволяют точно рассчитать удельную себестоимость затрат на профилактику и тестирование для основных групп населения, а также на АРВТ, и не дают возможности сделать точные прогнозы относительно того, какой бюджет необходим для покрытия дефицитов в программных областях. Поэтому в рамках исследования сделана грубая оценка на основании средних годовых объемов расходов на одного клиента.

Расчеты производились по формуле:

$$FGt = PGpwid * ECpwid + PGmsm * CCmsm + PGsw * ECsw + (PGtesting/pwid + PGtesting/msm + PGtesting/sw) * ECtesting + PGart * ECart$$

Где **FGt** — общий объем недостающего финансирования

PG — дефицит по программным областям

EC — расходы на одного клиента

ECpwid – расходы на ПИШ на одного клиента (получены делением расходов на ПИШ в 2015 году в целом, поделенные на количество клиентов ПИШ в 2015)

ECmsm – расходы на профилактику ВИЧ на одного MSM (получены делением расходов на профилактику ВИЧ для MSM в 2015 году в целом, поделенные на количество охваченных MSM в 2015)

ECsw – расходы на профилактику ВИЧ на одного СР (получены делением расходов на профилактику ВИЧ для СР в 2015 году в целом, поделенные на количество охваченных MSM в 2015)

ECtesting – расходы на тестирование на ВИЧ среди ключевых групп (не приводятся для Казахстана из-за отсутствия данных по расходам на тестирование для ключевых групп)

ECart – расходы на АРТ на одного клиента (получены делением расходов на закупку препаратов АРТ в 2015 году в целом, поделенные на количество клиентов АРТ в 2015), то есть эти расходы не включают в себя диагностику, оплату работу специалистов и уход и поддержку.

Предположим, что дополнительного финансирования для обеспечения ОЗГН услугами тестирования на ВИЧ-инфекцию не потребуется, если ежегодный объем средств на обследования будет перераспределен таким образом, чтобы увеличить количество тестов в группах населения, подверженных наиболее высокому риску инфицирования.

Тогда получаем следующий расчет:

$$\mathbf{FGt = 16\ 087*14,71 + 10\ 074*53,97 + 0*34,52 + 15\ 333*27,81}$$

$$\mathbf{FGt = 1\ 206\ 744, 28 \text{ долл. США}}$$

Если же использовать данные для расчета удельной стоимости программ профилактики и лечения, использованные в Optima (World Bank, 2016), то дефицит финансирования получается значительно выше. Согласно Optima, стоимость лечения на пациента составляет 2279 долларов в год. Это полная финансовая стоимость лечения, включающая не только стоимость антиретровирусных препаратов, как это было сделано выше, в результате которого была получена низкая и малореальная сумма в 27,81 долларов в год. Расход на профилактику на пациента по данным Optima составляет 56,43 долларов на ЛУИН в год и 13,46 – на MSM, что сопоставимо с полученными нами данными. Расход на ОЗТ на клиента, согласно Optima – 378,17 долларов.

С учетом корректировки стоимости АРВТ и добавляя стоимость ОЗТ для необходимого числа пациентов, получаем следующий расчет:

$$\mathbf{FGt = 16\ 087*56,43 + 10\ 074*13,46 + 38\ 806*378,17 + 15\ 333*2\ 278,52}$$

$$\mathbf{FGt = 50\ 655\ 198 \text{ долл. США}}$$

Вывод о том, что ежегодный дефицит финансирования в Казахстане составляет **50 655 198 долларов США**, следует использовать с осторожностью (эта сумма может быть меньше, так как раннее начало АРВТ позволит в значительной степени сократить количество нуждающихся в лечении оппортунистических

инфекций и, соответственно, снизить средние расходы на пациента). Эту сумму можно использовать для того, чтобы привлечь внимание государственных органов к проблеме недостаточного финансирования национальной программы противодействия ВИЧ-инфекции, и чтобы побудить правительство к проведению более точных расчетов для выяснения удельной себестоимости мероприятий — и к принятию мер для совершенствования механизмов аллокативной и технической эффективности программ в сфере противодействия ВИЧ, особенно для АРВТ.

Нельзя упускать из внимания тот факт, что поддержка международных доноров не будет продолжаться бесконечно. В 2015 году донорская поддержка помогла Казахстану обеспечить 6% бюджета национальной программы по ВИЧ, тем самым закрывая «дыру» в финансировании в 2 373 667 доллара США. Это означает, что общий дефицит национального бюджета на ВИЧ может составлять до 53 028 864 долларов ежегодно. Обеспечив эту сумму из внутристрановых источников, Казахстан сможет независимо от международной поддержки обеспечить свою национальную программу по СПИДу и провести необходимые меры для того, чтобы остановить СПИД.

Выводы

- Несмотря на то, что темпы прироста новых случаев ВИЧ-инфекции были приостановлены, число ЛЖВ в Казахстане растет, увеличивая потребность в обеспечении значительного числа пациентов АРВТ. На данный момент большая часть мероприятий по противодействию ВИЧ в стране покрывается за счет национальных средств, но для преодоления эпидемии и выполнения целевых показателей ЮНЭЙДС Казахстану потребуется вложить значительные дополнительные ресурсы.
- Стоимость услуг лечения ВИЧ-инфекции очень высока (2 279 долларов на одного пациента) и значительно превышает среднюю по региону (1 203 долларов). Если стоимость лечения ВИЧ не будет снижена, то Казахстану потребуется дополнительно вкладывать около 35 миллионов долларов на обеспечение 90% ЛЖВ терапией. С учетом дефицита средств на профилактику среди ключевых групп, эта сумма может составлять более 36 миллионов долларов ежегодно.
- Высокая распространенность ВИЧ-инфекции среди ЛУИН объясняет значительное внимание, которое правительство Казахстана уделяет планированию профилактических программ для людей, употребляющих инъекционные наркотики, и их партнеров. Вместе с тем, данные последних дозорных эпидемиологических надзоров показывают также рост распространенности ВИЧ-инфекции среди MSM, в то время как программы профилактики среди MSM не только отстают в охвате, рекомендованном ЮНЭЙДС, но и имеют значительно меньший доступ к услугам, чем другие ключевые группы.
- При сравнительно большом числе ЛЖВ, знающих свой ВИЧ-статус (66 %), в Казахстане только чуть более трети из них получает АРВ-терапию (35 %). Это может объясняться тем, что ведению пациентов из ОЗГН и целенаправленной работе с ними для повышения приверженности

к лечению не уделяется приоритетного внимания. Недостаточен также охват ЛУИН одним из ключевых видов услуг — заместительной терапией опиоидной зависимости.

Список литературы:

National system of financial monitoring. Electronic database. Reporting period: 2014-2015.

UNAIDS (Joint United Nations Program on HIV/AIDS). 2014. “90-90-90: An Ambitious Treatment Target to Help End the AIDS Epidemic.” Geneva. [Online]. Available from: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/90-90-90>. [Accessed 11 November 2016].

World Bank. 2016. Optimizing investments in Kazakhstan's HIV response. Washington, D.C.: World Bank Group. [Online]. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/197261468496125992/Optimizing-investments-in-Kazakhstans-HIV-response> [Accessed 11 November 2016].

Ганина Л.Ю. и др. *Отчет по оценке численности людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), в Республике Казахстан.* – Алматы, 2016 – Режим доступа : . <http://www.stat.gov.kz/>

Ганина Л.Ю., Елизарьева Л.В., Каспирова А.А. и другие. *Обзор эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан за 2013-2015 гг. Отчет Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД*

Гафарова Нурия, Ганина Лолита, Елизарьева Алла, Жуматаева Гульнар, Мусабекова Жаннат (2014). *Национальный отчет о наркоситуации в Республике Казахстан 2014 (Наркоситуация в 2013 году) (Ред. О. Юсопов).* Павлодар: ОФ «Центр мониторинга за алкоголем и наркотиками». Режим доступа: <http://www.mcadkz.org/assets/files>. – (Дата обращения: 12.11.2016).

Мероприятия по разделу ВИЧ/СПИД из Плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан

МЗСР РК (Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан). *Национальный доклад о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД. Отчетный период: 2015.– Алматы 2016.* [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.rcaids.kz/ . – (Дата обращения: 12.11.2016).

МЗСР РК (Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан). *Национальный доклад о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД. Отчетный период: 2014.* – Алматы 2015. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.rcaids.kz/ . – (Дата обращения: 12.11.2016).

Обзор эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и результаты дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) в Республике Казахстан за 2010 - 2011гг. Л.Ю. Ганина, Н.Ф. Калинин, А.В. Елизарьева с соавторами. Алматы, 2012 – 288 с. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.rcaids.kz/ru/sentinel_surveillance/. – (Дата обращения: 12.11.2016).

Об уточненной численности населения Республики Казахстан на начало 2009-2015 годы // Министерство национальной экономики Республики Казахстан, Комитет по статистике. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.stat.gov.kz/> – (Дата обращения: 12.11.2016).

Об уточненной численности населения Республики Казахстан на начало 2016 года // Министерство национальной экономики Республики Казахстан, Комитет по статистике. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.stat.gov.kz/> – (Дата обращения: 12.11.2016).

РЦПБ СПИД (Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД). *Отчет о деятельности службы СПИД за 2015 год.* [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.rcaids.kz/ . – (Дата обращения: 12.11.2016).

«Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rcaids.kz/ru/>. – (Дата обращения: 12.11.2016).

Сапарбеков М.К., Крюкова В.А. *Развитие эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Казахстане* // *Medicine (Almaty)*. – 2016. – No 3 (165). – P. 24-28. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medzdrav.kz/index.php/izdatelstvo/zhurnal-meditsina>. – (Дата обращения: 12.11.2016).

СПИД. – Алматы: Издательство “Проекта Содействие / ICAP”, 2016. – 262 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.rcaids.kz/ . – (Дата обращения: 12.11.2016).

Центр мониторинга за алкоголем и наркотиками (МСАД) 2014 *Национальный отчет о наркоситуации в Республике Казахстан 2014 год.* – Павлодар 2014. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: mcaadkz.org. – (Дата обращения: 06.12.2016).