

Оценка современной ситуации: Кыргызстан. Анализ вторичных данных

Данное исследование текущей ситуации выполнено на основе информации, опубликованной в открытых источниках, которая анализировалась с помощью метода картирования или классификации данных. В работе, в частности, использовались 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;

ГФСТМ — Глобальный фонд для борьбы со СПИДОМ, туберкулезом и малярией (Глобальный фонд);

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

КГН – ключевые группы населения;

ЛЖВ — люди, живущие с ВИЧ;

ЛУИН — люди, употребляющие инъекционные наркотики.

МСМ — мужчины, имеющие половые

контакты с мужчинами;

НПО – неправительственная организация;
ОЗГН — основные затронутые группы населения;

ОЗТ — опиоидная заместительная терапия;

ПИШ — программы предоставления стерильных игл и шприцев;

СР — работники секс-индустрии, секс-работники.

Оценка численности различных групп населения и распространённости ВИЧ-инфекции

Таблица 1. Оценочная численность групп населения^a

Группа	Кол-во	Год
Оценочное число ЛЖВ в стране ^b	9 102	2015
Оценочная численность ЛУИН ^c	25 000	2012
Оценочная численность МСМ ^d	22 000	2013
Оценочная численность СР ^d	7 100	2013

^a Оценочные данные получены с помощью инструмента для анализа данных ЮНЭЙДС AIDSInfo

^b Республиканский центр СПИД, 2016.

^c Skutelnichuk et al., 2014

^d Данные комплексного био-поведенческого (сероэпидемиологического) исследования, 2013.

Кыргызстан — одна из семи стран мира с самыми высокими темпами роста эпидемии ВИЧ за последние 10 лет (ПРООН, 2014), на пике, в 2012 году, было зарегистрировано 724 новых случая. В 2015 году в стране было зарегистрировано 605 новых случаев заболевания (Республиканский центр СПИД, 2016). Оценочная численность людей живущих с ВИЧ, (ЛЖВ) по данным, полученным с помощью системы Spectrum (ЮНЭЙДС, 2014), в 2015 году составляет 9 102 человек. Считается, что эпидемия по-прежнему находится в концентрированной стадии развития, поскольку, хотя показатель распространенности среди общего населения не достигает 1%, в нескольких основных группах населения этот показатель превышает 5 %.

На конец 2015 года с инъекционным путем передачи (при инъекционном потреблении наркотиков) было связано 57 % от общего числа зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции, и 26,9 % от числа новых случаев, зарегистрированных в 2015 году. В том же году на долю полового пути передачи приходилось 65 % новых случаев ВИЧ-инфекции (Республиканский центр СПИД, 2016).

К группам, наиболее подверженным распространению ВИЧ, относятся: люди, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН); секс-работники (СР); мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами (МСМ); заключенные в учреждениях пенитенциарной системы. Согласно данным комплексного био-поведенческого исследования за 2013 год, показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди ЛУИН снизился с 14,6 % в 2010 году до 12,4 % в 2013 году, а среди СР за тот же самый период он снизился с 3,5 % до 2 %. Среди заключенных показатель распространенности ВИЧ-инфекции за период с 2010 по 2013 гг. сократился почти вдвое — с 13,7 % до 7,6 %. МСМ — единственная группа населения, в которой распространенность ВИЧ-инфекции значительно выросла — с 1,1 % в 2010 году до 13,3 % в 2013 году.

Оценочная численность ЛУИН составляет 25 000 человек, что почти в три раза превышает данные официальной статистики (по официальным данным, которые цитируются в статье Skutelnichuk et. al. 2014, численность ЛУИН на начало 2014 года не превышала 9 007 человек).

Охват услугами по профилактике ВИЧ-инфекции

Таблица 2. Охват профилактикой в сфере ВИЧ

Охват программами профилактики	Планируемый охват ^a		Число охваченных за год (некумулятивно) ^b			
	N	%	2014		2015	
Предоставление услуг профилактики для ЛУИН ^c	15 000	60	14 356	57%	нет	нет
Предоставление ОЗТ для ЛУИН ^d	1 250	5	1 246	5%	1 234	5%
Предоставление услуг профилактики для МСМ ^e	6 600	30	2 203	10%	нет	нет
Предоставление услуг профилактики для СР ^e	4 260	60	4 902	69%	нет	нет

^a Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, 2012. Процентные целевые показатели установлены в программе; числовые значения рассчитывались для данного документа на основе оценочных данных о численности групп населения, приведенных в Таблице 1.

^b В качестве знаменателя при расчете оценочного числа охваченных взяты данные об оценочной численности групп населения, приведенные в Таблице 1.

^c Приводимый кумулятивный целевой показатель охвата взят из *Государственной программы по стабилизации эпидемии ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 2012–2016 гг.* (утверждена постановлением Правительства Кыргызской Республики от 29 декабря 2012 года № 867). Число охваченных за год — число ЛУИН (включая заключенных в пенитенциарных учреждениях), получающих минимальный пакет услуг (консультирование в связи с ВИЧ-инфекцией и получение стерильных игл, спиртовых салфеток и презервативов) в 2014 году.

^d Кумулятивный охват по оценочной численности ЛУИН (см. оценочные данные из *Государственной программы по стабилизации эпидемии ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 2012–2016 гг.*, утвержденной постановлением Правительства Кыргызской Республики № 867 от 2012 года).

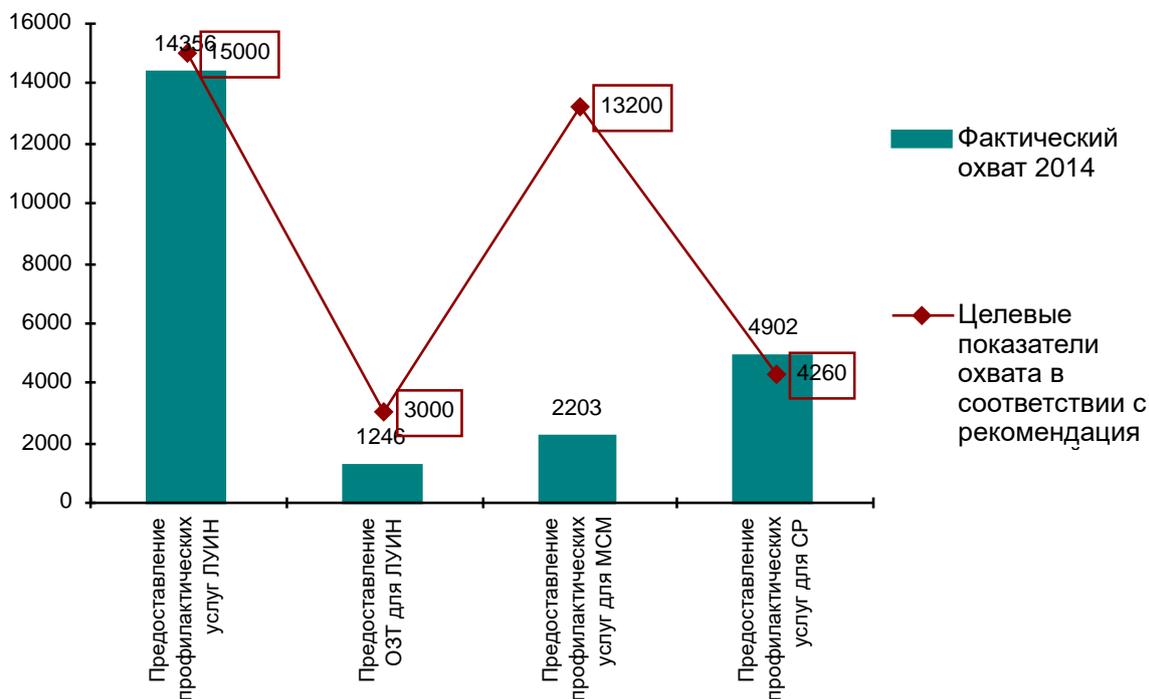
^e Кумулятивный охват ОГЗН (см. оценочные данные, приводимые в Таблице 1) — оценочная численность получающих минимальный пакет профилактических услуг; целевой показатель определен в *Государственной программе по стабилизации эпидемии ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 2012–2016 гг.*, утвержденной постановлением Правительства Кыргызской Республики № 867 от 2012 г.

В *Государственной программе по стабилизации эпидемии ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике*, принятой в 2012 году, определены целевые показатели охвата услугами профилактики, ухода и лечения в связи с ВИЧ-инфекцией для ряда приоритетных групп населения, в том числе групп, наиболее сильно затронутых эпидемией (ЛУИН, СР, МСМ), на 2012–2016 гг. Согласно этому документу, высококачественными услугами профилактики, лечения и ухода должны быть охвачены не менее 60 % всех ЛУИН (включая и тех, кто не состоит на официальном учете) и их партнеров; к концу 2016 года минимальный пакет услуг должны получать 60 % СР и 30 % МСМ.

В соответствии с рекомендациями ЮНЭЙДС, услугами для профилактики ВИЧ-инфекции должны быть охвачены 60 % всех основных затронутых групп населения (ОЗГН). Кроме того, 40 % ЛУИН с опиоидной зависимостью должны получать качественные услуги опиоидной заместительной терапии (ОЗТ). Данных по оценке количества людей с опиоидной зависимостью по Кыргызстану в проанализированных источниках нет; на наркологическом учете в 2014 году состояло около 7 500 человек (Skutelnichuk et. al. 2014). Эта цифра и взята

для расчета 40% количество нуждающихся в ОЗТ. На приведенном ниже графике показано несоответствие между установленными кумулятивными показателями и целевыми показателями годового охвата, рекомендованными ЮНЭЙДС.

Рисунок 1. Фактический охват ОЗГН и рекомендации ЮНЭЙДС



Целевые показатели охвата ЛУИН и СР услугами профилактики, определенные в программе противодействия ВИЧ-инфекции, близки к рекомендованным ЮНЭЙДС. В 2014 году они были практически выполнены (по данным, представленным в рамках отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер противодействия СПИДу/GARPR). Однако в программах профилактики для MSM планируемый охват в два раза ниже рекомендованного; более того, как показывают данные из самого последнего национального доклада, фактически достигнутые показатели годового охвата в 2014 году оказались еще в три раза меньше запланированных. Программами ОЗТ для ЛУИН фактически охвачено менее одной десятой от рекомендованного числа клиентов (хотя целевые показатели, установленные в государственной программе, выполнены).

Охват услугами обследования на ВИЧ-инфекцию

В 2014 году всего было обследовано на ВИЧ-инфекцию 436 347 человек, из которых 20% - ЛУИН, 17,5% - СР и 1,2% - MSM (Страновой отчет, 2015). Для улучшения доступа к тестированию на ВИЧ в 2012 году разработано и утверждено руководство по экспресс-тестированию по околодесневой жидкости. В 2014 г. был подписан приказ о расширении экспресс-тестирования на 9 НПО. Всего экспресс-тестирование проводят обученные сотрудники 19 НПО. Результаты тестирования быстрыми тестами представителей ключевых групп населения (КГН) на базе НПО приведены в таблице ниже (Mansfield M., 2015).

Таблица 3. Охват услугами обследования на ВИЧ-инфекцию

ОЗГН	Оценочная численность ОЗГН ^a	Кол-во обследованных ^b		Рекомендуемый показатель числа обследованных ^c	
		N	%	N	%
ЛУИН	25 000	10 750	43	18 750	75
МСМ	22 000	8 800	40	16 500	75
СР	7 100	3 969	55,9	5 325	75

^a Более подробную информацию о приводимых оценочных данных см. в Таблице 1.

^b Данные комплексного био-поведенческого (сероэпидемиологического) исследования, 2013.

^c Согласно рекомендациям ЮНЭЙДС

Охват обследованиями с применением экспресс-тестов	Целевые показатели планируемые/ожидаемые		Целевые показатели выполненные ^a		
	2014	2015	2013	2014	2015
Все группы населения	нет	нет	1 730	1 178	1 207
ЛУИН	нет	нет	нет	нет	нет
МСМ	нет	нет	нет	нет	нет
СР	нет	нет	нет	нет	нет

^a Республиканский центр СПИД, 2016

Охват обследованиями с использованием ИФА	Целевые показатели планируемые/ожидаемые		Целевые показатели выполненные ^a		
	2014	2015	2013	2014	2015
Все группы населения	нет	нет	24 357	27 891	26 957
ЛУИН	нет	нет	нет	нет	нет
МСМ	нет	нет	нет	нет	нет
СР	нет	нет	нет	нет	нет

*Республиканский центр СПИД, 2016

Стратегия ускорения ЮНЭЙДС (*UNAIDS Fast-Track Strategy — «Ускорение: прекращение эпидемии СПИДа к 2030 году»*), объявленная 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 (антиретровирусную терапию) АРВТ; и у 90 % людей, получающих АРВТ, вирусная нагрузка должна быть снижена до неопределяемого уровня. Исходя из этой разработанной ЮНЭЙДС стратегии «90–90–90», к концу 2015 года в Кыргызстане 8 192 человека должны были знать свой диагноз, встать на учет и войти в программы лечения; 7 373 человека должны были получать АРВТ; и не менее чем у 6 635 человек вирусная нагрузка должна была быть снижена до неопределяемого уровня.

Если исходить из того, что, по оценкам, численность ЛЖВ в Кыргызстане составляла 9 102 человек, получаем следующие цифры: в стране свой диагноз знали 56 % ЛЖВ, а получали АРВ-терапию 42 % людей, у которых была диагностирована ВИЧ-инфекция. Нет информации о числе пациентов с достигнутой вирусной супрессией. Существующий разрыв в достигнутых показателях охвата лечением по сравнению с показателями, рекомендованными ЮНЭЙДС, говорит о необходимости значимых улучшений в таких областях, как тестирование на ВИЧ, включение в программы лечения и обеспечение высокой приверженности к лечению у пациентов.

Диспансерный учет (Д-учет)

. В Кыргызской Республике ключевые группы населения получают медицинские услуги независимо от приписки населения.

Взятие на диспансерный учет в Кыргызстане является одной из ключевых проблем континуума услуг. На учете состоит 76,7% (4330) из ЛЖВ, знающих свой статус. В 2014 г. среди КНГ выявлено при содействии НПО 305 ЛЖВ, но только 91 из них были взяты на диспансерный учет. Остается проблемой поздняя диагностика ВИЧ, особенно в группе ЛУИН. Доля ЛЖВ с уровнем $CD4 \leq 350$ и наличием клинических симптомов ВИЧ на момент установления диагноза составила 40%. В 2013 г. 66% новых случаев ЛЖВ-ЛУИН имели уровень $CD4$ менее 200.¹

Барьеры диспансеризации для ЛУИН²:

- *низкая социальная адаптация большинства ЛУИН: отсутствие прописки, документов, удостоверяющих личность, постоянного места жительства, работы, миграцию (в пределах и за пределами страны);*
- *отсутствует должная мотивация к сохранению собственного здоровья;*
- *не желание ЛЖВ/ЛУИН и их партнеров проходить своевременное медицинское обследование и лечение;*
- *ЛУИН редко обращаются за медицинскими услугами в силу отсутствия денег, времени и желания.*
- *недостаточное качество социального сопровождения и механизмов переадресации из НПО в службу СПИДа*

Лечение ВИЧ-инфекции и назначение АРТ

Показания к АРТ в Кыргызстане являются: уровень $CD4 \leq 500$ кл/мкл, преимущество отдается

¹ HIV Programme Review in Kyrgyzstan. Evaluation report. December 2014. M. Mansfeld, M.i Ristola, G. Likatavicius\ WHO 2015. p13

² Дерябина А., Дооронбекова А. Интегрированное био-поведенческое исследование среди половых партнеров людей, употребляющих инъекционные наркотики, в Кыргызской Республике. — Бишкек, 2015.

пациентам с CD4 \leq 350 клеток/ мкл. Вне зависимости от уровня CD4 АРТ назначается пациентам с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ, гепатитами В и С, беременным, ВИЧ – позитивным партнерам из дискордантных пар.³

Стандартом первой линии АРТ является режим из 2 NRTI и третий компонент 1 NNRTI или усиленный ингибитор протеазы. Схемы на основе AZT применяются 65%, TDF — 6,2% и на основе ABC — 3,1%. Режимы из 3 NRTI (AZT+ABC/AZT+TDF/ABC+TDF+3TC) получают 796 пациентов как первую линию. АРТ на основе ингибиторов протеазы получают 18.5% в качестве первой линии лечения.

В среднем, стоимость АРВ-препаратов первой линии составила 198 USD , второй 620 USD на пациента в год.⁴

В республике 76 учреждений здравоохранения предоставляют АРВ. Антиретровирусные препараты закупают за счет средств ГФ и распределяются между службами СПИД (7 областных, 1 городской), далее в районные Центры Семейной Медицины.

Пересмотрен клинический протокол «Антиретровирусная терапия взрослых и подростков». На 1 января 2015 г. АРТ получали 1718 человека, что составляет 28,5%, из них 375 детей и 176 человек, находящихся в местах лишения свободы.

Среди получающих АРТ в соответствии с национальным протоколом 34,7% ЛУИН, 6,6% дети с вертикальной трансмиссией и 0,5% МСМ. ЛЖВ, получающие АРТ и ОЗТ, составляет 9,3%. В пенитенциарной системе находятся 488 ЛЖВ, из них 176 (36%) получают АРТ.

Для получения АРТ пациент должен посетить центр СПИДа не мене 4-5 раз, что может быть серьезным барьером для пациентов из отдаленных районов.⁵

Подавление вирусной нагрузки (ВН)

В республике Кыргызстан согласно национальным стандартам вирусной нагрузки проводится перед началом лечения, через 4, 12, 24, 36 недель, через год после начала лечения⁶, что не соответствует рекомендациям ВОЗ, приводит к высоким финансовым потерям.

В 2014 г. не было перебоев поступления антиретровирусных препаратов⁷. Количество ЛЖВ (взрослых и детей) на АРТ спустя 12 месяцев после его начала составило в 2014 г. 85%, а получающие АРТ спустя 60 месяцев 78,4% в 2014 году.⁸

Из 1718 ЛЖВ получающих АРТ вирусная нагрузка (ВН) была определена у 1111 ЛЖВ, у 720 (64,8%) не превышала 1000 копий/мл.¹¹

- «Часто вначале проявляются побочные эффекты и им тяжело привыкнуть, за счет этого многие бросают лечение. Миграция. Очень часто у нас пациенты работают в

³ Клинические протоколы по ВИЧ-инфекции принят Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утвержден Приказом МЗ КР №29 от 22.01.2015г

⁴ HIV Programme Review in Kyrgyzstan : Evaluation report : December 2014 / Maiken Mansfeld and Matti Ristola (WHO Collaborating Centre for HIV and Viral Hepatitis) and Giedrius Likatavicius. — WHO, 2015 p28

⁵ HIV Programme Review in Kyrgyzstan. Evaluation report. December 2014. M. Mansfeld, M.i Ristola, G. Likatavicius\ WHO 2015. p19

⁶ Клинические протоколы по ВИЧ-инфекции принят Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утвержден Приказом МЗ КР №29 от 22.01.2015г

⁷ Страновой отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на ВИЧ-инфекцию: Кыргызская Республика : Отчетный период: январь – декабрь 2014 г. / Министерство здравоохранения Кыргызской Республики. — Бишкек, 2015

⁸ HIV Programme Review in Kyrgyzstan : Evaluation report : December 2014 / Maiken Mansfeld and Matti Ristola (WHO Collaborating Centre for HIV and Viral Hepatitis) and Giedrius Likatavicius. — WHO, 2015 p27

России, Казахстане...Они приходят к нам, мы на 6 месяцев выдаем, а когда заканчивается – они не могут забрать»

В 2104 году 84,6% ЛЖВ прошли скрининг на ТБ. На 1 января 2015 года на учете состояло 679 больных с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ, из них 421 получает АРТ (62%). Профилактическое лечение котримоксазолом получают практически все больные с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ. Профилактическое лечение изониазидом получали 17,6% ЛЖВ в 2014 году.⁹

В Республике Кыргызстан утвержден клинический протокол «Лечение сочетанной формы туберкулеза и ВИЧ среди взрослых и подростков».

В 2104 г. 84,6% ЛЖВ прошли скрининг на ТБ.

На 1 января 2015 г. на учете состояло 679 больных с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ, из них 421 получает АРТ (62%). Профилактическое лечение котримоксазолом получают практически все больные с сочетанной инфекцией.

Профилактическое лечение изониазидом получали 17,6% ЛЖВ в 2014 году.

Из 219 умерших ЛЖВ в 2014 году, от туберкулеза умерло 73 человек, что составляет 33%.

Каскад услуг для лечения ВИЧ-инфекции

Согласно целевому показателю, определенному государственной программой противодействия ВИЧ-инфекции на конец 2016 года, лечением должно быть охвачено 80 % тех, кто нуждается в АРВ-терапии (Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, 2012). Однако к концу 2015 года в программы лечения было включено только 2 105 человек (23 % от оценочной численности ЛЖВ) (Республиканский центр СПИД, 2016).

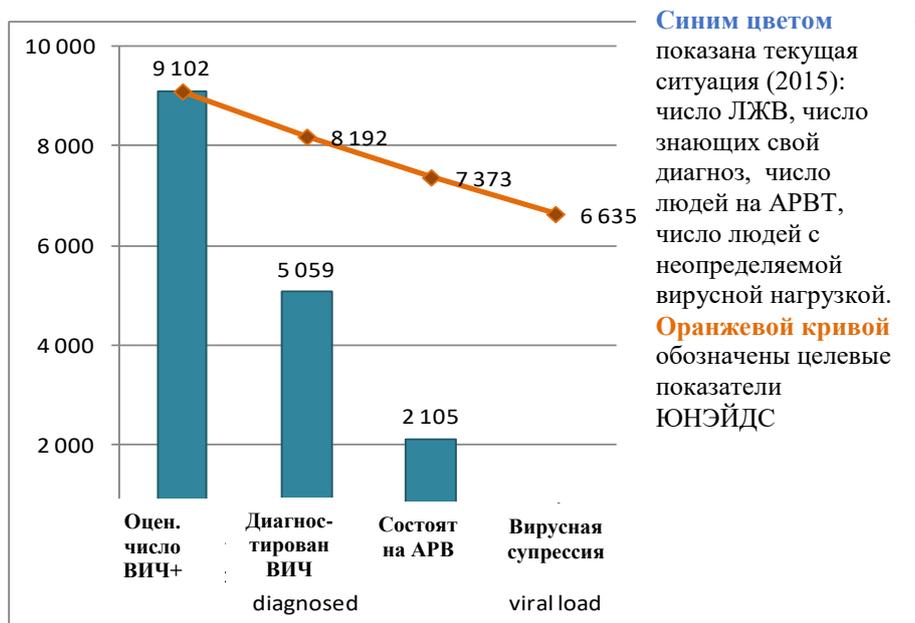
Значительно выросло число ЛЖВ, начинающих принимать АРВ-терапию. Число новых пациентов, принятых в программы АРВ-терапии, достигло 891 — это вдвое превышает аналогичный показатель предыдущих лет (445 человек в 2013 г., 231 человек в 2012 г. и 229 человек в 2011 г.). Число ЛЖВ, получающих АРВТ в пенитенциарной системе, увеличилось с 73 человек в 2013 году до 176 человек в 2014 году. Однако этот показатель резко снизился в 2015 году, когда лишь 390 новых пациентов из числа ЛЖВ начали принимать АРВ-терапию. В то же время, количество ЛЖВ, возобновивших лечение после прерывания, увеличилось почти втрое по сравнению с 2014 годом (Республиканский центр СПИД, 2016), что, вероятно, свидетельствует об определенных проблемах с обеспечением приверженности к лечению и удержанием пациентов в программах.

Стратегия ускорения ЮНЭЙДС (*UNAIDS Fast-Track Strategy — «Ускорение: прекращение эпидемии СПИДа к 2030 году»*), объявленная 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», к концу 2015 года в Кыргызстане 8 192 человека должны были знать свой диагноз, встать на учет и войти в программы лечения; 7 373 человека должны были получать АРВТ; и не менее чем у 6 635 человек вирусная нагрузка должна была быть снижена до неопределяемого уровня.

⁹ Страновой отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на ВИЧ-инфекцию: Кыргызская Республика : Отчетный период: январь – декабрь 2014 г. / Министерство здравоохранения Кыргызской Республики. — Бишкек, 2015 стр 13

Если исходить из того, что, по оценкам, численность ЛЖВ в Кыргызстане составляла 9 102 человек, получаем следующие цифры: в стране свой диагноз знали 56 % ЛЖВ, а получали АРВ-терапию 42 % людей, у которых была диагностирована ВИЧ-инфекция. Нет информации о числе пациентов с достигнутой вирусной супрессией. Существующий разрыв в достигнутых показателях охвата лечением по сравнению с показателями, рекомендованными ЮНЭЙДС, говорит о необходимости значимых улучшений в таких областях, как тестирование на ВИЧ, включение в программы лечения и обеспечение высокой приверженности к лечению у пациентов.

Рисунок 2. Каскад услуг для лечения ВИЧ-инфекции



Выявленные барьеры в доступе ключевых групп населения к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией

- Недостаточная работа с целью повышения эффективности социального сопровождения на Д-учет пациентов, выявленных во время тестирования на базе НПО;
- Недостаточное развитие интегрированных сервисов и низкий охват ОЗТ создает для ЛУИН барьер в доступе к диспансерному наблюдению и имеет негативное влияние на соблюдение приверженности ЛУИН к АРТ.
- Серьезной проблемой остается высокий уровень стигматизации ЛЖВ и представителей КГН.
- Отсутствие системы мониторинга «потерь» пациентов с позитивным результатом скринингового теста, выполненного на базе НПО.
- Длительный период обследования перед назначением АРТ может явиться барьером для пациентов из отдаленных районов.
- Низкий уровень мотивации пациентов к АРТ должен быть в центре внимания как НПО, так и ЛПУ.
- Недостаточная система социального сопровождения и перенаправления пациентов негативно влияет на охват АРТ представителей КГН.
- Высокий уровень трудовой миграции, сложности своевременного получения АРТ для трудовых мигрантов приводят к нарушениям приверженности к лечению.
- Побочные и токсические эффекты АРТ требуют регулярного мониторинга и менеджмента.
- Оптимизация алгоритма лабораторного наблюдения за лечением будет способствовать эффективному использованию ресурсов.
- Пациенты имеют недостаточный уровень знаний о лечении и возможности получить услуги в связи с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ.
- Причины недостаточного охвата ЛЖВ профилактическим лечением изониазидом требуют изучения.

Финансирование мер противодействия ВИЧ

Таблица 4. Общий запланированный объем бюджета и фактический объем расходов по программным областям

Общий запланированный объем бюджета и фактический объем расходов по программным областям	2013			2014		
	Запланированный бюджет, долл. США	Фактические расходы, долл. США	Доля в расходах по всем программным областям (%), 2014 ^b	Запланированный бюджет, долл. США	Фактические расходы, долл. США	Доля в расходах по всем программным областям (%), 2015 ^b
Профилактика ВИЧ/СПИДа	нет	нет	49,3	нет	нет	49,3
Профилактика ВИЧ среди ЛУИН	нет	нет	40,9	нет	нет	40,9
Профилактика ВИЧ-инфекции среди МСМ	нет	нет	нет	нет	нет	нет

Профилактика ВИЧ-инфекции среди СР	нет	нет	нет	нет	нет	нет
Лечение ВИЧ/СПИДа	нет	нет	13,5	нет	нет	13,5
<i>АРВТ</i>	нет	нет	нет	нет	нет	нет
<i>Лечение других ОИ</i>	нет	нет	нет	нет	нет	нет
<i>Услуги по уходу и поддержке для ЛЖВ</i>	нет	нет	нет	нет	нет	нет
ПРОЧИЕ расходы	нет	нет	37,2	нет	нет	37,2
Итого	нет	13 400 000^а	100	нет	9 000 000^а	100

^а AIDSinfo онлайн. Следует отметить расхождения в информации, имеющейся на момент представления данного документа: согласно отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер противодействия СПИДу (GARPR), объем затрат в 2014 году составил в общей сложности 15 978 696 долл. США.

^б Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, 2012.

В Государственной программе по стабилизации эпидемии ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 2012–2016 гг. — основном документе, определяющем реализуемую при поддержке государства систему мероприятий по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией — запланировано, что 15,4 % всех расходов должно финансироваться за счет национальных средств (с финансированием остальных расходов за счет средств, полученных от международных партнеров). Самая большая часть средств (49,39 %) из общего запланированного бюджета государственной программы была выделена для проведения мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции в целевых группах, включая ЛУИН и их партнеров, СР, МСМ и молодежь. Однако анализ фактических расходов, проведенный Всемирным банком, показывает, что в совокупности управленческие и другие расходы программы, связанные с управлением персоналом и людскими ресурсами, составляли 56 % национальных расходов в сфере противодействия ВИЧ в 2013 году. Более того, анализ соотношения «затраты—охват» в программах показывает, что для программ профилактики уровень затрат в расчете на одного человека в Кыргызстане выше, чем в соседнем Казахстане (например, в Кыргызстане уровень затрат в ПИШ составляет 116 долларов США на человека — по сравнению с 56 долл. США на человека в Казахстане). В то же время, в программах лечения уровень затрат в Кыргызстане ниже (862 долл. США на человека в Кыргызстане по сравнению с 2 279 долл. США в Казахстане). Хотя авторы доклада предупреждают, что для более веских выводов необходимо проведение углубленного, подробного анализа, в докладе делается предположение о том, что техническая эффективность анализируемых программ может быть недостаточной (Hetzner A.J., 2016).

По отчетным данным, общий объем государственных расходов в сфере противодействия ВИЧ неуклонно увеличивался: за период с 2011 по 2013 гг. он вырос с 5 700 000 долл. США до 17 600 000 долл. США (AIDSinfo онлайн). Согласно данным, представленным в рамках подготовки отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер противодействия СПИДу (GARPR), фактическая доля национальных расходов в сфере ВИЧ, финансируемая правительством Кыргызстана, превышает запланированную (23,8 % общего бюджета в 2013 году и 43 % — в 2014 году). Основным внешним партнером, предоставляющим финансирование, является Глобальный фонд (Hetzner A.J., 2016) — он обеспечивал 74 % объемов международного финансирования в 2013 году и 60 % — в 2014 году. В 2013 году страна начала получать средства для финансирования мероприятий в сфере противодействия ВИЧ от ПЕПФАР; в 2014 году из этого источника обеспечивалось почти 18 % от общего объема международного финансирования, полученного страной

(AIDSinfo онлайн).

Несмотря на значимую поддержку, которую международные партнеры обеспечивают с 2009 года, Всемирный банк прогнозирует возможное сокращение объемов международного финансирования, выделяемого для поддержки национальных мер противодействия ВИЧ в регионе ВЕЦА, и предупреждает о том, что это может нанести ущерб устойчивой реализации национальных мер противодействия ВИЧ в долгосрочной перспективе (Hetzner A.J., 2016).

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

Данные о мерах противодействия ВИЧ/СПИДу в Кыргызстане, которые публикуются в официальных источниках, демонстрируют следующие пробелы в реализации программ:

- Еще 644 ЛУИН должны получить доступ к ПИШ
- Еще 1 766 ЛУИН должны получить доступ к ОЗТ
- Еще 4 397 МСМ должны получить доступ к услугам по профилактике ВИЧ-инфекции
- 0 СР дополнительно должны получить доступ к услугам по профилактике ВИЧ-инфекции
- Еще 8 000 ЛУИН должны получить доступ к обследованиям на ВИЧ
- Еще 7 700 МСМ должны получить доступ к обследованиям на ВИЧ
- Еще 1 356 СР должны получить доступ к обследованиям на ВИЧ
- Еще 5 268 ЛЖВ 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.³

Расчеты производились по формуле:

$$FGt = PGprev/pwid*ECpwid + Pprev/msm*CCmsm + Pprev/sw*ECsw + PGart*CEart,$$

Где FGt — общий объем недостающего финансирования,

PGprev — дефицит по программным областям,

EC — расходы на одного клиента.

³ Значения программных расходов на одного человека приводятся по цитируемым данным из аналитического исследования Всемирного банка по расходам и затратам программы противодействия ВИЧ-инфекции в Кыргызстане (Hetzner A.J., 2016). Следует отметить, что в расчет не включены средства, необходимые для финансирования дополнительных услуг по обследованию на ВИЧ, ввиду отсутствия данных об уровне затрат по данным услугам в Кыргызстане.

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:

$$\text{FGt} = 1\,766 \cdot 116,38 + 4\,397 \cdot 449,13 + 1\,356 \cdot 103,65 + 0 + 5\,268 \cdot 861,55$$

$$\text{FGt} = 6\,859\,546,49 \text{ долл. США}$$

Вывод о том, что ежегодный дефицит финансирования в Кыргызстане составляет 6 859 546,49 долл. США, следует использовать с осторожностью. С помощью этих данных можно привлечь внимание государственных органов к проблеме недостаточного финансирования национальной программы противодействия ВИЧ-инфекции; их можно использовать для того, чтобы побудить правительство к проведению более точных расчетов для выяснения удельной себестоимости мероприятий/вмешательств с наибольшим уровнем воздействия — и к принятию мер для совершенствования механизмов распределения и технической эффективности программ в сфере противодействия ВИЧ.

Выводы

Как и большинство стран Восточной Европы и Центральной Азии, Кыргызстан далек от достижения рекомендуемых целей 90-90-90, но ситуация в Кыргызстане осложняется еще и тем, что существующее национальное финансирование не выделяется ни на профилактику среди ключевых групп населения на АРТ.

В Кыргызстане ЛУИН и секс-работники охвачены услугами по профилактике ВИЧ на уровне, рекомендованном ВОЗ. В то же время, первоначально планировалось охватить профилактикой 30% МСМ (что вдвое меньше, чем планируемый процент охвата ЛУИН и СР), но лишь 10% из них на самом деле были охвачены услугами. Эта ситуация вызывает тревогу, поскольку распространенность ВИЧ среди МСМ уже преодолела порог в 5%, что означает, что в стране существует концентрированная эпидемия ВИЧ-инфекции среди МСМ.

В Кыргызстане чрезвычайно низкий показатель тестирования на ВИЧ среди ключевых групп населения, что ограничивает возможность страны в достижении первой цели “90” – доли людей, живущих с ВИЧ, которые знают о своем статусе. В то время как уровень охвата ЛУИН профилактикой ВИЧ-инфекции вполне достаточен, программы снижения вреда не обеспечивают тестирование для этой группы населения, а также перевод протестированных ВИЧ-положительных на лечение.

Низкие показатели тестирования на ВИЧ среди ЛУИН, низкий уровень доступа к ОЗТ и низкая распространенность охвата технологией кейс-менеджмента и поддержки во время лечения ВИЧ – данные факторы могут объяснять недостаточный охват этой группы населения АРТ.

Для того чтобы уменьшить разрыв между текущим охватом и целями 90-90-90, Кыргызстану, вероятно, потребуется обеспечить национальное финансирование для профилактики ВИЧ-инфекции, тестирование и обеспечение АРТ. Также важно повысить эффективность оказываемых услуг, поскольку в настоящее время почти половина всех расходов в связи с ВИЧ тратится на управление и администрирование программой.

Список источников:

- Hetzner, Alicia J. 2016. Optimizing investments in the Kyrgyz Republic's HIV response («Оптимизация инвестиций в сфере противодействия ВИЧ в Кыргызской Республике»). Вашингтон, округ Колумбия: Группа Всемирного банка [онлайн]. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/264481477977075763/Optimizing-investments-in-the-Kyrgyz-Republic-s-HIV-response> [проверено 9 ноября 2016 г.].
- Mansfeld M., Likatavicius G., Ristola M. 2015 HIV Programme Review in Kyrgyzstan : Evaluation report : December 2014,WHO.
- Skutelnichuk, O., Karipova, A. Temirov, A., & Dooronbekova, A. 2014. Population size estimation of PWID in the Kyrgyz Republic. [Online]. Available from: <http://www.aidscenter.kg/ru/biblioteka.html> . [Accessed 4 November 2016].
- Дерябина А., Дооронбекова А. 2015 Интегрированное био-поведенческое исследование среди половых партнеров людей, употребляющих инъекционные наркотики, в Кыргызской Республике, Бишкек.
- Министерство здравоохранения Кыргызской Республики. 2012. Государственная программа по стабилизации эпидемии ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 2012–2016 гг. Бишкек [онлайн]. URL: <http://cbd.minjust.gov.kg/> [проверено 4 ноября 2016 г.].
- Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС). 2014. База данных AIDSinfo. Женева [онлайн]. URL: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo>. [проверено 4 ноября 2016 г.].
- Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС). 2014. The Gap Report (Доклад Глобальной программы по СПИДу). Женева.
- Республиканский центр СПИД, МЗ Кыргызской Республики. 2015. Статистические данные по ВИЧ и СПИД в Кыргызской Республике (2014). Республиканский центр СПИД, МЗ Кыргызской Республики, Бишкек [онлайн]. URL: <http://www.AIDScenter.kg/ru/> [проверено 4 ноября 2016 г.]
- Республиканский центр СПИД, МЗ Кыргызской Республики. 2016. Статистические данные по ВИЧ и СПИД в Кыргызской Республике (2015). Республиканский центр СПИД, МЗ Кыргызской Республики [онлайн]. URL: <http://www.AIDScenter.kg/ru/> [проверено 4 ноября 2016 г.]
- Годовой отчет о реализации проекта ПРООН в поддержку Правительства Кыргызской Республики, финансируемого Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. 2014. Бишкек [онлайн]. URL: <http://cbd.minjust.gov.kg/> [проверено 4 ноября 2016 г.].
- Результаты дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике 2013. Бишкек.
- Министерство здравоохранения Кыргызской Республики 2015 Страновой отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на ВИЧ-инфекцию: Кыргызская Республика : Отчетный период: январь – декабрь 2014 г..Бишкек.