

Оценка программных и финансовых показателей: Россия

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;

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, в отд. Городах РФ 2013
Оценочная численность ЛЖВ в стране	1 300 000	2015	
Оценочная численность ЛУИН	2 500 000	2015	16%**
Оценочная численность МСМ	1 500 000	2015	14%**
Оценочная численность СР	1 000 000	2015	13%**

* *Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора, Справка «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2015 г. По данным, предоставленным территориальными центрами по профилактике и борьбе со СПИД».*

** *Страновой координационный механизм 2014, Концептуальная записка для Глобального фонда (Concept Note to the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria).*

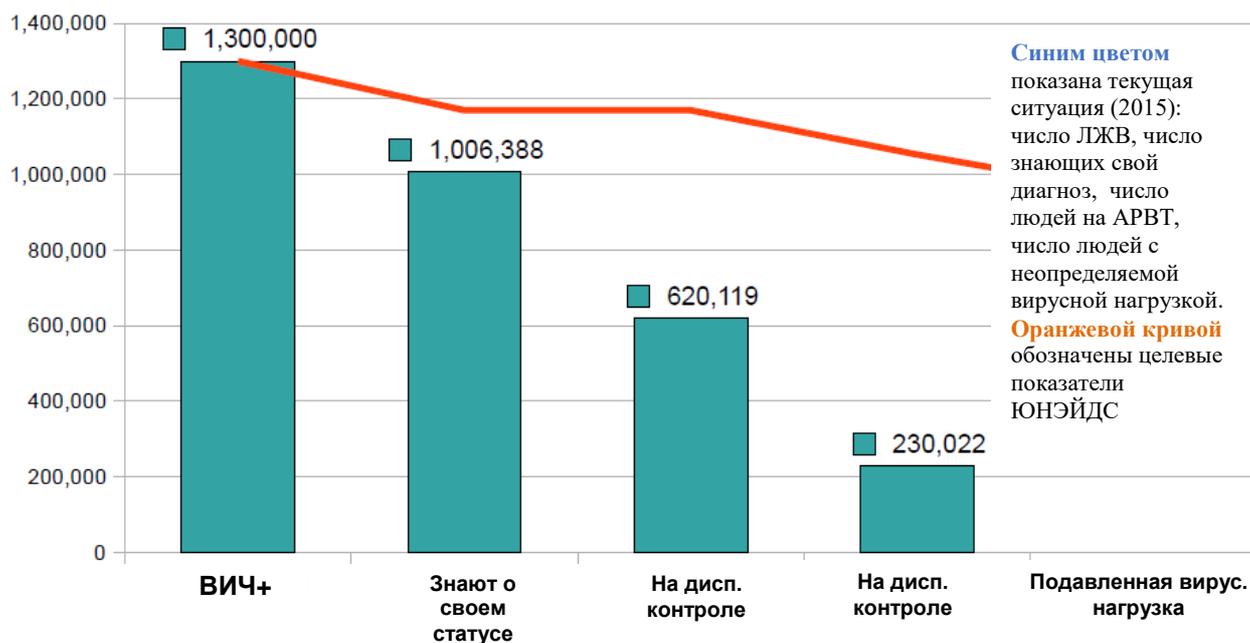
Россия — страна с самыми большими масштабами развития эпидемии ВИЧ-инфекции, которая из концентрированной стадии может перейти в генерализованную эпидемию. В 2015 году оценочная численность людей живущих с ВИЧ (ЛЖВ) составляла 1 300 000 человек. Самые свежие данные о распространенности ВИЧ-инфекции среди людей употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН) и мужчин практикующих секс с мужчинами (МСМ) относятся к 2011 году, что демонстрирует низкий интерес к организации в стране мониторинга эпидемиологической ситуации в социально изолированных группах и сообществах. Однако показатель распространенности ВИЧ среди ЛУИН за 2011 год, который достигал 16-36,5 % (в отдельных городах, Страновой координационный механизм, 2014), и общее сокращение имеющихся в стране программ профилактики ВИЧ-инфекции с того года дают основание предполагать, что в этой группе показатель распространенности заболевания является одним из самых высоких в регионе.

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 России 1 170 000 человек должны знать свой диагноз; 1 053 000 человек должны получать АРВТ; и не менее чем у 947 700 из них вирусная нагрузка должна быть снижена до неопределяемого уровня.

*Рисунок 2. Каскад услуг для лечения ВИЧ-инфекции**



*По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом

** Общее число зарегистрированных ЛЖВ (включая умерших ЛЖВ, поскольку этих данных на январь 2015 года не было опубликовано в открытых источниках).

Если исходить из того, что, по различным оценкам, численность ЛЖВ в России в настоящее время составляет 1 300 000 человек, получаем следующие цифры: свой диагноз в стране знают 77,4 % ЛЖВ, состоят на учете 47,7 %, а получают АРВ-терапию 17,7 %. Данные о подавлении вирусной нагрузки в открытых источниках не публикуются. В Российской Федерации необходимы серьезные улучшения в таких областях, как тестирование на ВИЧ, включение в систему лечения и обеспечение высокой приверженности к терапии.

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	нет	13 197	14 023	нет	нет
Общее число ЛУИН, охваченных ОЗТ	0	0	0	0	0

Общее число MSM, охваченных услугами для профилактики ВИЧ-инфекции	нет	7 000	7 500	нет	нет
Общее число SR, охваченных услугами для профилактики ВИЧ-инфекции	нет	11 998	14 180	нет	нет

** По информации, представленной в концептуальной записке, подготовленной для Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Страновой координационный механизм, 2014)*

В Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», которая является основным документом, определяющим национальную стратегию противодействия ВИЧ/СПИДУ, установлен ряд показателей по ВИЧ-инфекции, но ни один из них не связан с профилактикой (за исключением одного: «Доля лиц с диагнозом ВИЧ-инфекции, установленным впервые в жизни, находящихся в учреждениях, исполняющих наказания, от общего числа больных с диагнозом ВИЧ-инфекции, установленным впервые в жизни», который может быть интерпретирован как показатель из сферы профилактики) (Правительство Российской Федерации, 2014).

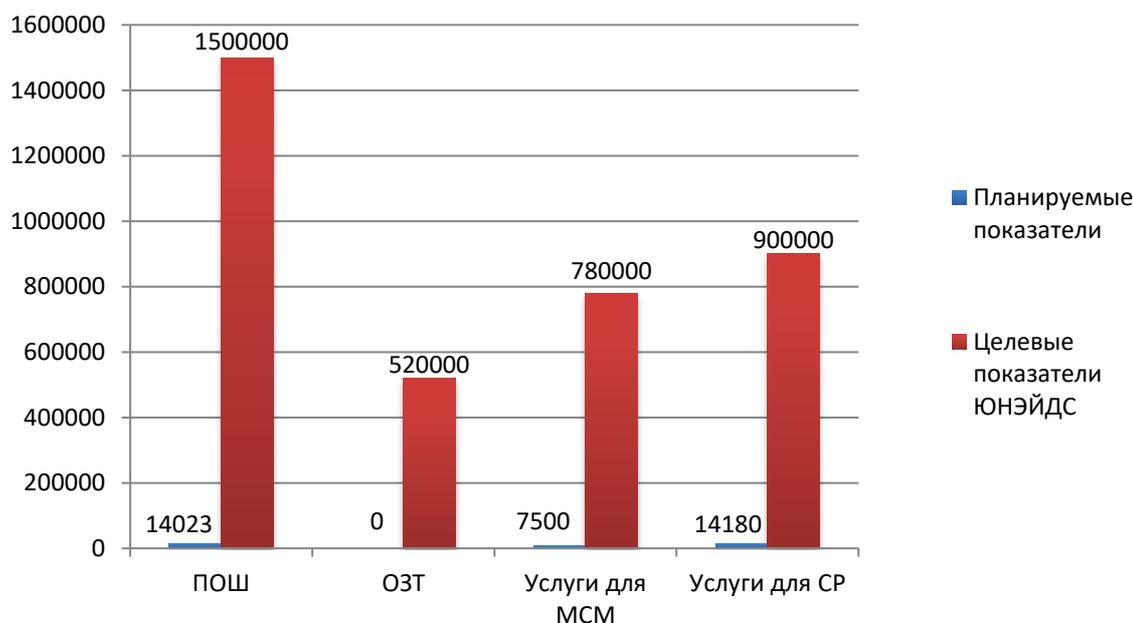
В официальных отчетах РФ данные по профилактике ВИЧ-инфекции среди основных групп населения не приводятся. В отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер противодействия СПИДУ (Global AIDS Response Progress Reporting, GARPR) за 2015 год информация о профилактике ВИЧ-инфекции в России ограничена данными о профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку, которые обсуждаются достаточно подробно, и некоторыми данными по пост-контактной профилактике среди медицинских работников (Министерство здравоохранения, 2015). В самом свежем статистическом бюллетене российского Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом (2015) о профилактике ВИЧ-инфекции вообще ничего не говорится.

Комплексный пакет услуг для профилактики ВИЧ-инфекции среди основных затронутых групп населения (ОЗГН) в формате, рекомендованном ЮНЭЙДС, не входит в национальный пакет ответных мер для противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа в России. Ни в одном официальном стратегическом документе, опубликованном правительством Российской Федерации, не упоминаются ни программы предоставления стерильных игл и шприцев (ПИШ), ни опиоидная заместительная терапия (ОЗТ), ни целевая профилактика среди MSM и секс-работников (SR). Более того, ОЗТ в России законодательно запрещена.

В то же время, некоторые услуги предоставляются ЛУИН, MSM и SR при финансовой поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (СКМ, 2014). Хотя данные по числу людей, ежегодно охваченных в рамках программ негосударственных организаций (НГО), получающих это финансирование, сопоставимы с аналогичными данными по охвату ОЗГН в других странах ВЕЦА, в российском контексте с учетом национальной демографической и эпидемиологической ситуации доля лиц, охваченных услугами, крайне мала. В 2015 году планировалось охватить

услугами 14 023 ЛУИН (в соответствии с рекомендациями ЮНЭЙДС, этот показатель составил бы 1,5 млн. человек), 7 500 МСМ (в соответствии с рекомендациями ЮНЭЙДС, этот показатель должен составлять 780 000 МСМ) и 14 180 СР (соответственно, 900 000 СР, если следовать рекомендациям ЮНЭЙДС) (запланированные показатели взяты на основе заявки СКМ, 2014).

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



* Данные по «планируемому охвату» получены исходя из целевого индикатора на 2015 год в концептуальной записке, подготовленной для Глобального фонда (СКМ, 2014), данные по семи регионам проекта Глобального фонда Иркутская область, Самарская область, Санкт-Петербург, Москва, Свердловская область, Пермский край, Томская область

Тестирование на ВИЧ

Таблица 3. Охват услугами обследования на ВИЧ-инфекцию

Охват обследованиями с использованием ИФА	Целевые показатели планируемые/ожидаемые			Целевые показатели выполненные	
	2014	2015	2016	2014	2015
Все группы населения	нет	нет	нет	29 639 709*	30 661 034***
ЛУИН	нет	нет	нет	241 547**	нет
МСМ	нет	нет	нет	2 781**	нет
СР	нет	нет	нет	нет	нет

* По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом (2014); включая 27 758 194 теста, предоставленных гражданам РФ, и 1 881 515 тестов для иностранных граждан.

**По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом (2015); эта цифра включает 28 275 430 тестов для граждан РФ и 2 385 604 теста для иностранных граждан.

****По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом.*

Общее число обследований методом ИФА, проводимых в России ежегодно, впечатляет — в одном только 2015 году такое обследование прошли 30 661 034 человека, из них 28 275 430 обследованных (19,92 %) относились к общему населению (ФНМЦ СПИД, 2015). В то же время на долю представителей ОЗГН приходилось менее 1 % этих обследований, что означает, что из всего лишь 9,7 % ЛУИН обследование в 2014 году проходили 0,2 % (там же). Данные о доступности услуг по обследованию на ВИЧ-инфекцию для СР в официальных отчетах не представлены.

Согласно рекомендациям ЮНЭЙДС, услуги тестирования должны предоставляться на таком уровне, чтобы ими было охвачено не менее 75 % ОЗГН ежегодно. Для России это означает, что ежегодно тестирование должны проходить 1 875 000 ЛУИН, 1 125 000 МСМ и 1 125 000 СР — или в общем итоге 4 125 000 тестов методом ИФА среди всех ОЗГН. Хотя цифра четыре миллиона тестов на ВИЧ кажется огромной, она составляла бы всего 14,58 % всех тестов, проводимых в России ежегодно.

В ходе проведенного анализа данных и по результатам проведенных фокус-групп определены следующие барьеры, препятствующие доступу ЛЖВ и ОЗГН к тестированию на ВИЧ:

- в России действует административная ответственность за сокрытие источника инфицирования, а также за употребление наркотиков и секс-работу – нормы, способствующие стигматизации ключевых групп населения, которые не мотивируют ОЗГН и ЛЖВ проходить обследование на ВИЧ
- высокий уровень стигмы является одним из критических факторов, препятствующих расширению охвата тестированием среди СР¹
- экстренная диагностика с помощью экспресс-тестов доступна лишь в небольших объемах и предусмотрена для скрининга образцов донорской крови, обследования беременных, поступивших в роддом без результатов обследования на ВИЧ.² Использование быстрых тестов для обследования ОЗГН в рамках государственных программ не предусмотрено, но встречается в рамках деятельности НГО, которые получают финансирование из Глобального фонда и нескольких частных доноров
- ограниченный доступ к обследованию на ВИЧ в малых населенных пунктах и в неспециализированных медицинских учреждениях без клинических на то показаний

“Согласно законодательству РФ, каждый гражданин имеет право на бесплатное тестирование, но согласно системе обязательного медицинского страхования (ОМС), человек, который пожелал пройти тестирование не в

¹ The Influence of Stigma and Discrimination on Female Sex Workers' Access to HIV Services in St. Petersburg, Russia

² Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции у взрослых / Мазус А. И., Каминский Г. Д., Зимица В. Н. и др. — М., 2014.

СПИД Центре, а в поликлинике, должен записаться к терапевту, а терапевт должен дать ему направление на тестирование, но в системе ОМС прописано, по какой причине может терапевт его направить – это 113 код, то есть наличие клинических проявлений. Всё. Если их нету, то извините – идите платите.”³ Провайдер услуг

- отсутствие или низкое качество до и после тестового консультирования при проведении тестирования на ВИЧ

“Первый раз я сдавала в районной поликлинике. Там неточный тест пришел. Еще пока ни да, ни нет. И для того, чтобы пересдать, я поехала в Центр, там есть специальное отделение, можно и анонимно, и по паспорту сдать. ... мне прямо по телефону озвучили диагноз положительный. Никак меня не подготовили, не сказали, чтоб приехала. Я приехала потом туда. Там я столкнулась с первичным приемом, там тоже был дяденька, который тоже очень грубо со мной пообщался, обвинил во всем меня, что пожинаю свои плоды.”, Женщина, 29 лет

“Женщина там мне сказала, что надо было вести такой образ жизни, чтоб ничем не заразиться. А когда уже у врача был, то врач и медсестра уже сказали, что впереди еще долгая и счастливая жизнь. И я поверил им как-то.” Мужчина с ВИЧ, 27 лет

Выводы:

- фокус и организация процесса обследования на ВИЧ не совпадает с тенденциями развития эпидемии ВИЧ/СПИДа
- высокий уровень стигматизации и нарушения прав ЛЖВ и ОЗГН
- низкое качество до и после тестового консультирования
- отсутствует алгоритм проведения тестирования на ВИЧ целенаправлено среди ОЗГН
- роль сообществ в проведении тестирования на ВИЧ среди ОЗГН практически не упоминается в информации, опубликованной в открытых источниках

Диспансерный учет (Д-учет)

Процедура подтверждения положительного теста на ВИЧ предусматривает забор двух проб крови, проводится методом ИФА и подтверждается иммуноблотом.⁴ Этот процесс занимает не меньше двух недель, в результате чего контроль за пациентами между двумя заборами крови может быть утрачен: пациенты могут не получить результаты первого теста, либо подтверждающего второго теста. Кроме того, это отрицательно влияет на включение пациентов в систему услуг по

³ Здесь и дальше по тексту курсивом выделены высказывания участников фокус-групп, которые приведены с сохранением стиля респондента

⁴ Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции у взрослых / Мазус А. И., Каминский Г. Д., Зимица В. Н. и др. — М., 2014.

лечению и уходу в связи с ВИЧ. Данное предположение подтверждается высказываниями респондентов:

- *«Я сдавал почти целый год. Первый раз сдавал, потом не приходил.» Мужчина, принимает АРТ*
- *«В лечебных учреждениях берут только на ИФА. Зачастую, пациент выписывается и тогда только приходит анализ.» Провайдер*
- *«У меня брали тест в больнице, и я раньше времени выписала оттуда. Результат соответственно я не узнала. Я даже не знала, что анализ такой брали. И в результате о моем диагнозе было сообщено в СПИД-центр на Соколенке, но мне никто не сказал. Я ходила 1,5 года, не зная о том, что являюсь носителем. Хотя вот там знали, и была заведена карточка. Меня не оповестили. Я узнала о диагнозе аж потом, когда в аварию попала.» Женщина, принимает АРТ*
- *«Информирование людей. Вот мой диагноз был известен, но меня не проинформировали. И таких людей много, которые ходят с диагнозом, но не знают. Как-то организовать это. Ну, потому что, в связи с моей опасной для здоровья профессией, надо знать, наверно, больше.» Женщина, СР*

Большой объем и соответствующая стоимость исследований, которые назначаются при первичном приеме у врача-инфекциониста в СПИД-центре (согласно протоколу диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией, 2014., с.12.), зачастую являются непреодолимым препятствием при постановке ЛЖВ на Д-учет, что приводит к откладыванию пациентом посещения больницы и затягивает процесс, предшествующий началу приема АРТ:

- *«УЗИ. Печени, почек. Гастроскопия. В Саратове в СПИД-центре получила такой список», - ответила респондентка на вопрос о том, какие анализы требовались при постановке на Д-учет*
- *«Раньше всё было бесплатно, и мы даже получали одно время талончики на томографию. Сейчас, конечно, никаких талончиков. Некоторые анализы, например, гормоны, не относящиеся к ВИЧ-инфекции, но тем ни менее, в СПИД Центре они уже платные. Даже для ВИЧ-положительных», Женщина*

Для ЛЖВ без регистрация по месту жительства, получение услуг в связи с ВИЧ-инфекцией по месту их проживания и работы на бесплатной основе практически не возможно:

- *«Потому что я меняла место жительства дважды и нужно было пройти много обследований врачей, бесплатные врачи меня не принимали. Для того, чтобы сдать и пройти все, УЗИ, мне нужно было много денег. У меня их не было. Я вынуждена была снимать жилье, питаться. В том числе, нужно было ходить на работу, свободного времени не было. И теперь, когда я временно без работы, я готовлюсь встать на учет, на терапию. Но опять-таки, нужно сдать много анализов. В Москве не очень-то все двери открыты, потому что у меня нет регистрации, будет она у меня только подмосковная. И пока что не знаю, куда идти. Пришла я недавно в Федеральный СПИД-центр, и там врач пошел мне на встречу, сказал, что он принимает только местных и без определенного места*

жительства, но раз мне так дорого сдать лабораторные анализы, то возьмет хоть вирусную нагрузку бесплатно.» Женищина, 29 лет

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

ЛЖВ не всегда имеют корректную информацию о течении заболевания, и об услугах, которые предоставляются для них, что зачастую приводит к негативным для них последствиям и влияет на качество и длительность их жизни:

- *«Я вот про себя могу сказать, почему я не хотела вставать на учёт. Я видела, что вокруг меня много ВИЧ-положительных и всё нормально у них, не дохнут как мухи. Живут с этим диагнозом. И смысл мне бежать вставать на учёт? Мне было всё равно – встану я, не встану. Зачем? Встают на учёт, чтоб получать какие-то услуги в этом специализированном центре. Мне эти услуги на тот момент не нужны были. Когда они мне понадобились – я поехала и встала на учёт, начала пользоваться этими услугами.» Женищина, 37*

Кроме этого, большинство респондентов, среди причин по которым они не хотели приходить в СПИД-центр и становиться на Д-учет, называли следующие: неверие в правильность первого результата, негативное отношение медицинского персонала, особенно к ЛЖВ из числа ОЗГН, отсутствие корректной информации об услугах, которые предоставляются в СПИД-центре:

- *«У меня был страх, что вот начнут узнавать точки, кто с кем, где кололся, кому колол. Такие вопросы.» Представитель ЛУИН*
- *«Я столкнулась с этим при постановке на учет, меня прямо допрашивали. Где с кем, сколько человек.» Представительница СР*
- *«Допрос был. Сидел дядя и спрашивал, с кем я еще употребляла или спала.» Представительница СР и ЛУИН*

Выводы:

- процедура подтверждения диагноза ВИЧ-инфекция и объем проводимых исследований при постановке на Д-учет требует пересмотра, особенно для внутренних мигрантов
- отсутствие информационной и психосоциальной поддержки ЛЖВ, которые недавно узнали о своем ВИЧ статусе, имеет негативное влияние на процесс привлечения ЛЖВ в систему здравоохранения

Лечение ВИЧ-инфекции и назначение АРТ

В отличие от профилактики, целевые индикаторы по лечению ВИЧ-инфекции четко определены в государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения». В число ключевых индикаторов программы включены следующие: «Доля лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, состоящих на диспансерном учете, от числа выявленных» и «Доля лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, получающих

антиретровирусную терапию, от числа лиц, состоящих на диспансерном учете» (Правительство Российской Федерации, 2014). По первому показателю, который отражает процент ЛЖВ, включенных в систему медицинской помощи (диспансерного учета), были установлены следующие значения: 72,2 % в 2014 году и 73,4 % в 2015 году. Что касается показателя охвата АРВТ среди ЛЖВ, включенных в систему медицинской помощи, то на указанные годы он был установлен на уровне 29,3 % и 29,5 %, соответственно (там же).

По данным странового доклада, представленного в ЮНЭЙДС, в 2014 году 34 % взрослых ЛЖВ, находящихся на диспансерном учете, получали лечение от ВИЧ-инфекции, в 99 % — антиретровирусные препараты (МЗ, 2015). В 2015 году АРВТ в России получали 230,022 человека — что составляет 37 % взрослых ЛЖВ, состоящих на диспансерном учете, 28 % всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции или 19 % от общего числа ЛЖВ (ФНМЦ СПИД, 2015).

Россия — одна из немногих стран в регионе, которая приводит информацию о предоставлении АРВТ для ЛУИН в свои официальные доклады. Согласно отчетности, предоставляемой в рамках подготовки GARPR, в 2014 году АРВ-терапию получали 26 % ВИЧ-инфицированных ЛУИН, состоящих на диспансерном учете (МЗ, 2015). При этом, данные, полученные в ходе исследования «Системные барьеры доступа к лечению ВИЧ для людей, употребляющих инъекционные наркотики в России: качественное исследование» демонстрируют, что по всей России ЛУИН непропорционально получают АРТ. В опросе специалистов из 20 регионов России респонденты из двух регионов открыто заявили о том, что ЛУИН не подходят для получения АРТ и/или будут получать его, только если их состояние ухудшилось до степени развития множественных оппортунистических инфекций.

«Я встречал такое, что инфекционисты отдают предпочтение людям, которые не употребляют наркотики.»

Всего в открытом доступе было обнаружено три документа, регламентирующих оказание медицинской помощи взрослым ЛЖВ:

- стандарты первичной медико-санитарной помощи при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией), утверждены приказом Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 года N 1511н
- «Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции у взрослых в РФ» 2013, Рекомендации одобрены Профильной комиссией по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции Министерства здравоохранения Российской Федерации и Национальной вирусологической ассоциацией.
- протоколы диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией, утвержденные на Пленуме правления Национального научного общества инфекционистов

Согласно действующему законодательству клинические рекомендации должны создаваться и утверждаться профессиональными сообществами, поэтому и национальные клинические рекомендации и протоколы диспансерного наблюдения теоретически могут регламентировать назначение АРВ-лечения для взрослых по всем субъектам РФ. Насколько эти рекомендации соответствуют

последним международным стандартам лечения ВИЧ-инфекции у взрослых – не известно, так же как и то, какими рекомендациями руководствуются врачи-инфекционисты, которые как и назначают АРВ-лечение так и подают запросы по формированию закупок АРВ-препаратов на следующий период.

Кроме открытого вопроса по регламенту назначения АРВ-лечения были выявлены следующие барьеры при его назначении:

- «лабиринтообразная бюрократия», особенно процесс записей на прием и оценка готовности к лечению, которая очень сильно усложняла систему и отнимала много энергии и времени у пациентов⁵
- отсутствие регистрации по месту жительства
- большое количество платных анализов перед началом АРТ
- чрезмерно высокая нагрузка врачей-инфекционистов. По разным оценкам в РФ насчитывается до 10000 инфекционистов, но лишь небольшая часть (500-700) врачей на самом деле лечат ВИЧ-инфицированных пациентов (85 центров СПИДа). В среднем, приходится 1500 ЛЖВ на 1 инфекциониста.⁶

«Переполненность СПИД-центра. Мне мой врач предложила перейти в мой город, набрать там побольше терапии.»

- необходимость выделять пациенту от 6 часов (если с дорогой) до трех дней (в случае отсутствия регистрации по месту жительства) для посещения СПИД-центра, сдачи всех необходимых анализов и получения АРТ, на регулярной основе (как правило, 1 раз в три месяца)

Среди участников фокус-групп были ЛЖВ, которые отказались принимать АРВ-лечение из-за отсутствия корректной информации о нем, отрицания самого заболевания и страхов в следствии этого:

- *“Я не вдаюсь особо в подробности. Что-то про клетки, нагрузку, что скоро умрешь. А я бегаю на работу, что мне. Зачем мне что-то менять?”*
- *“Я отказываюсь, потому что мне сказали, что начнешь пить еще это... Я плохо осведомлена, один одно скажет, другой другое. Я постоянно боюсь. Сказали, что если начну пить, то еще хуже будет. У меня и так сейчас туберкулез.”*
- *“У меня страх, что если начну пить, то вылезет все остальное. Еще хуже будет. А так я себя чувствую нормально.”*
- *“Одно время я отказывалась от того, что качество жизни пострадает. Надо вести активный образ жизни, а принимать таблетки по часам...”*

Для некоторых респондентов причиной отказа от АРВ-лечения являлась нестабильная ситуация с обеспечением АРВ-лечения в России:

- *“Вообще у меня есть знакомый, которому половину препаратов дают, половину нет. Куда-то бегают, вообще неудобно. И я смотрю и думаю, принимать ли мне. Там дали, тут нет. Я слышала, что терапию, когда начинаешь принимать, то принимаешь пожизненно, а вдруг вот не будет препаратов. Не знаю.”*

⁵ Результаты исследования «Системные барьеры доступа к лечению ВИЧ для людей, употребляющих инъекционные наркотики в России: качественное исследование», с.16
⁶ IPSOS Healthcare (2013) Examining the Infrastructure of the Russian And USA Health Care Systems With Respect to The Management of HIV Patients.

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

Важно отметить, что ситуация с доступом к АРВ-лечению и с тем, как организован прием пациентов в СПИД-центре, сильно отличается, в зависимости от места регистрации респондентов: ЛЖВ, состоящие на Д-учете в больших городах, как правило, жаловались на большие очереди перед кабинетами врачей и на ситуацию с перебоями в выдаче АРВ-препаратов, а ЛЖВ-жители маленьких городов, как правило, оставались довольны и отношением врачей в СПИД-центре и не имели страхов, связанных с перебоями в закупках АРВ-препаратов:

- *«Прихожу, никого и нет. Просто прихожу, беру в регистратуре карточку свою и все.»*
- О постановке на Д-учет по месту проживания:
«Я и не пыталась. Не вижу смысла. Я не думаю, что это имеет смысл. Я там получаю терапию постоянно, плюс я получаю ту терапию, которую я получаю. А тут (прим.: В Москве, - место проведения фокус-группы), насколько я слышала, например, на группах, постоянные перебои какие-то. У нас там перебоев нет и вроде как не предвидится, поскольку малое количество людей. То есть, уже знает СПИД-Центр какое количество есть, под это количество выделяет необходимое количество препаратов, и перебоев никаких нет.»

Также были выявлены другие причины отказа ЛЖВ от АРВ-лечения:

- сильные побочные эффекты – самая распространенная причина наряду с неудобствами из-за лечения
- употребление алкоголя или наркотиков, переезд или миграция – равнозначные по значимости и занимающие второе место в рейтинге причин
- неверие в АРВ лечение, отсутствие времени и непонимание правил приема таблеток – меньше всего влияют на решение пациентов о начале приема АРТ

Кроме этого, большое влияние на степень готовности респондентов к АРТ, влияет поддержка от друзей или семьи и страх о том, что близкие люди могут узнать о ВИЧ-статусе респондента:

- *“Например, у меня на работе никто не знает, что я болею чем-то. И каждый раз отпрашиваться с работы неудобно.”*
- *«Я, например, знаю, что те, кто тщательно скрывает свой статус, вот он находится в офисе, и по времени он не может пить, потому что боится, что узнают. Или там в семье кто-то из родственников не в курсе, что человек на терапии...”*

Выводы:

- доступ ЛЖВ к АРВ-лечению в России все еще крайне низкий, несмотря на регулярное увеличение количества ЛЖВ, начавших прием АРТ
- доступ представителей ОЗГН к АРВ-лечению оценить не возможно из-за отсутствия данных, но по охвату ЛУИН программами АРТ и по охвату

- ОЗГН программами тестирования, можно сделать предположение, что доступ ЛЖВ/ОЗГН к АРВ-лечению крайне низкий
- вопрос национальных документов, регламентирующих лечение ВИЧ-инфекции, требует дальнейшего изучения, как и их соответствие международным стандартам и степень их влияния на качество оказания медицинской помощи при ВИЧ-инфекции
 - система организации оказания медицинской помощи, отсутствие информационной и психологической поддержки, угрозы перебоев АРВ-препаратов, имеют негативное влияние на готовность ЛЖВ начинать АРВ-лечение

Подавление вирусной нагрузки (ВН)

При отсутствии новых данных о количестве ЛЖВ на АРТ с подавленной вирусной нагрузкой и с разбивкой по ОЗГН сложно оценить эффективность программ АРВ-лечения.

К институциональным, финансовым и экономическим барьерам, которые препятствуют достижению показателя ЮНЭЙДС «у 90% ЛЖВ, которые принимают АРТ, ВН не определяется», можно отнести следующие:

- несоответствие номенклатуры закупок в РФ по ряду критериев международным рекомендациям, в частности: пациенты РФ имеют крайне ограниченный доступ к схемам, содержащим тенофовир, отсутствует комбинированный препарат тенофовир/эмтрицитабин (или ламивудин)/эфавиренз в одной таблетке, крайне ограничен доступ к комбинированным препаратам «вся схема в одной таблетке», двукратное увеличение объемов закупок ставудина в 2015 году по сравнению с 2014 годом, несмотря на явную рекомендацию Всемирной организации здравоохранения по отказу от использования данного препарата⁷

“Ну вот Трувада, например, сейчас её нету и мне пришлось разбить... Сложность в том, что в течении года его точно не будет. Возможно, через год Трувада появится. А в свое время, я перешла на эту Труваду, потому что легко принимать, не так много таблеток нужно пить, а теперь обратно.”

- так называемую «децентрализацию» закупок, согласно постановлению Правительства №1438 о передаче полномочий и финансов на закупку препаратов для лечения ВИЧ и вирусных гепатитов В и С субъектам РФ, в рамках которой вместо нескольких десятков аукционов на закупку АРВ-препаратов, которые проводил Минздрав РФ, было объявлено несколько тысяч аукционов в 83 субъектах РФ⁸
- увеличение стоимости АРВ-препаратов в следствии «децентрализации» закупок: разница между максимальной и минимальной ценой составляла

⁷ Закупки АРВ-препаратов в 2015 г.: Теория относительности, с.51

⁸ Закупки АРВ-препаратов в 2014 году: Хроники децентрализации, с.11

от 1,01 до 42 раз⁹, а цены на основные схемы лечения в несколько раз превышают минимальные цены в мире¹⁰

- проблемы в обеспечении препаратами для лечения ВИЧ-инфекции: отказами в выдаче препаратов или заменой препаратов по причине перерывов в поставках, а также отказами в назначении АРВ-терапии по причине дефицита лекарств¹¹

“Мне поменяли терапию и я не хотела её пить. Даже бросала 2 раза”, “3 раза меняли. Меняли, потому что не было в аптеке и из-за прерывания.”, “На месяц часто дают.” “Было даже на неделю.”, “В этом году 5 раз мне выдавали на месяц.”

- расположение и график работы СПИД-центра

“Также доступ к лечению...то, что у нас оно хромает. Особенно, если люди по каким-либо причинам переезжают из одного региона в другой. У человека лечение остается по основному месту регистрации, хотя это сейчас очень сложный такой вопрос, особенно географически.”

“Такие территориальные трудности есть по всей стране, а иногда вообще колоссального размера, где нужно проехать почти 700км до своего СПИД Центра.”

- отсутствие мультидисциплинарного ведения пациентов-ЛЖВ и ОЗГН совместно с другими специалистами, например, специалистами по ТБ, психологами и социальными работниками.¹² Группы поддержки есть только в федеральных центрах СПИДА.¹³
- отсутствие утвержденных национальных стандартов и клиент ориентированных услуг по сопровождению ЛЖВ и ЛЖВ/ОЗГН крайне необходимы для увеличения эффективности программ АРВ-лечения, особенно в условиях отсутствия программ заместительной поддерживающей терапии в стране.

Доверительные отношения, которые сформировались между пациентом и врачом, способствуют формированию приверженности ЛЖВ к АРТ:

- *“Перед схемами...раньше нет, а сейчас – да. Мы обсуждаем всё, смотрим хронические заболевания, побочные эффекты, есть ли риск какой-то...”*

⁹ Закупки АРВ-препаратов в 2014 году: Хроники децентрализации, с.27

¹⁰ Закупки АРВ-препаратов в 2015 г.: Теория относительности, с.52

¹¹ Закупки АРВ-препаратов в 2014 году: Хроники децентрализации, с.7

¹² HIV in Russia: Dynamics, Challenges, Recommendations / http://www.ipsos.com/marketing-healthcare/sites/ipsos.com/marketing-healthcare/files/carrousel/PharmExec_Article_HIV_in_Russia.pdf

¹³ IPSOS Healthcare (2013) Examining the Infrastructure of the Russian And USA Health Care Systems With Respect to The Management of HIV Patients.

- “У меня было всего 2 схемы. Первая схема была всего месяц Кинеувир, Ретонавир и Тезидоловудин. Вызывало побочный эффект и мне очень тяжело было. Ну и при моей инициативе и поговорив с врачом я поменяла.”
- “Мне предложили заменить Кивексум на какой-то препарат российского производства. Его можно разделить на 2 приема – на утро и на вечер. Что меня устраивает, потому что от Кивексуа у меня такое плохое самочувствие, потому что там большая дозировка. Я отказалась.”

В дополнение к выводам, определенным в ходе проведенного анализа барьеров, важно отметить ряд наблюдений, полученных в ходе проведения фокус-групп:

- ЛЖВ, которые узнали о своем ВИЧ статусе более чем 10 лет назад, отмечали более негативное отношение медицинского персонала к ним, чем респонденты из числа ЛЖВ, которые узнали о своем ВИЧ-статусе, в период после 2012 года, что все же косвенно, но свидетельствует о положительном изменении отношений медицинских работников к ЛЖВ.
- Практически все респонденты из числа ЛЖВ и ЛЖВ/КГН положительно отзывались о ранее существующих психосоциальных и информационных услугах для ЛЖВ и их близких. Высоко была отмечена работа и ценность консультантов по принципу “равный-равному”, и высказывалось сожаление о том, что подобные услуги больше не предоставляются.

ВИЧ-инфекция и Туберкулез (Тб)

По данным Национального отчета^[11] мерах по борьбе с ВИЧ/СПИД за 2014 год (стр.7-8), подавляющее большинство ВИЧ-позитивных лиц, состоящих на диспансерном учете, проходят обследование для выявления туберкулеза. Всего из общего числа лиц, в крови которых выявлены антитела к ВИЧ (742 631 человек), зарегистрировано 55 051 случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией (7,4%), из них в 68% был выявлен активный туберкулез (37 698 случаев). Число взрослых с ВИЧ-инфекцией, которые получали комбинированное АРВ-лечение в соответствии с национальным протоколом лечения и начали лечение в связи с туберкулезом в течение 2014 года – 21 634 пациентов.

Данные по охвату скринингом на Тб и охвату профилактикой изониазидом среди ЛЖВ не было обнаружено в отрывках источниках. Но по результатам фокус-групп, можно предположить, что скрининг на Тб среди ЛЖВ на Д-учете в СПИД-центре, проводится регулярно. *“Проводится анкетирование. Без флюорографии и манту терапию ты фиг получишь. И скрин делают.”*

Важно отметить, что «вертикализация системы», по большей части унаследованная из советской системы здравоохранения, подрывает доступ пациентов с ко-инфекцией к АРТ, а также подрывает приверженность пациентов с ТБ, по сути лишая их возможности завершения лечения.

Официальных данных об усилиях, направленных на интеграцию услуг по Тб и ВИЧ не было найдено в открытых источниках, но по результатам фокус-групп можно сделать предположение, что данный вопрос решается при помощи выделения отдельной ставки фтизиатра в штатном расписании СПИД-центра, при этом вопрос финансирования препаратов по профилактике Тб остается открытым.

“На сегодняшний день по городу Москва, на базе СПИД Центра есть и работает фтизиатр. Что касается Московского областного Центра – его нету. И получается, что мы как врачи нарушаем некий закон и уже заведомо ВИЧ-инфицированного человека мы отправляем в тубдиспансер. То есть в очаг. Это неправильно. На сегодняшний день стоит вопрос чтоб открыть ставку фтизиатра, который будет на базе Пушкинского СПИД центра принимать, но здесь говорится о том, что это для профилактики, это люди, у которых статус ниже 350. Но опять же стоит проблема, что нету препаратов по профилактике туберкулёза.”

“Внедрение в СПИД Центры узких специалистов, которые вели бы диспансеризацию непосредственно уже там. Всё в одном учреждении.”

Выводы:

- Необходимость в длительных и довольно частых территориальных передвижениях требует наличия времени и материальных затрат пациентов, что негативно влияет на соблюдение приверженности к АРТ
- Учитывая, что ТБ является наиболее значимой причиной смерти людей с ВИЧ в России, слабая интеграция услуг в связи с заболеваниями ВИЧ/Тб ставит под угрозу предпринятые усилия, направленные на стабилизацию эпидемий по этим заболеваниям
- Система лекарственного обеспечения имеет существенное влияние как на расширение доступа к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией, так и на эффективность программ лечения ВИЧ-инфекции в целом
- Несмотря на то, что в России отсутствуют программы лечения наркомании при помощи ЗПТ, альтернативные программы или модели оказания помощи ЛУИН в связи с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом не отражены в регламентирующих документах
- Опираясь на данные, полученные в результате проведенного анализа можно предположить, что мониторинг наличия и спектра всех существующих в РФ услуг, направленных на привлечение и удержание ЛЖВ и ОЗГН в программы лечения ВИЧ-инфекции, не проводится

Финансирование мер противодействия ВИЧ

За последние три года расходы национального бюджета на здравоохранение в России резко сократились. В октябре 2015 года российское правительство объявило, что планирует увеличить вдвое расходы на лечение и профилактику

ВИЧ-инфекции в 2016 году — с 300 млн. долл. США до 600 млн. долл. США. Однако средства на это не были предусмотрены при формировании бюджета.

Отследить данные по финансированию в сфере ВИЧ и сопоставить их с современным охватом видами вмешательств с наибольшим уровнем воздействия, а также с имеющимися пробелами в реализации программ в России не представляется возможным. И эта проблема связана, по-видимому, не с засекреченностью информации о финансировании, а главным образом с тем, что не существует всесторонней, комплексной системы, которая бы позволяла рассчитать планируемый бюджет на профилактику, обследования и лечение в сфере ВИЧ из бюджетов всех уровней — как федерального, так и регионального — и отследить расходы на федеральном и региональном уровнях.

В результате имеются либо очень обобщенные финансовые данные, либо отдельные данные о расходах различных региональных органов власти, которые не анализируются в центре.

С уверенностью можно сказать, что, в отличие от большинства других стран региона, доля международной помощи в расходах, связанных с противодействием ВИЧ в Российской Федерации, является низкой. В то же время, программы профилактики среди ОЗГН финансируются главным образом — если не исключительно — международными донорами, например, Глобальным фондом.

Выводы

- Сокращение общего объема расходов на здравоохранение в России в 2014–2016 годах свидетельствует о том, что теперь стране необходимо добиваться *value for money* — то есть максимальных результатов за счет рационального использования имеющихся денежных средств, если эта страна с высоким бременем ВИЧ-инфекции хочет выполнить поставленные цели для прекращения СПИДа к 2020 году.
- Поскольку в стране нет ни системы национального уровня, позволяющей отслеживать все расходы, связанные с ВИЧ, ни систематического анализа отслеживаемых данных по охвату основных групп населения видами вмешательств с наибольшим уровнем воздействия, то невозможно отследить неэффективные расходы и потери ресурсов, выделяемых на цели противодействия ВИЧ. Это ограничивает возможности лиц, ответственных за принятие решений, в повышении технической эффективности программ противодействия ВИЧ или принятии решений о рациональном перераспределении ресурсов.
- Имея рекордные абсолютные показатели численности основных групп населения для данного региона, российские органы власти не устанавливают целевых показателей по охвату ОЗГН услугами для профилактики ВИЧ-инфекции и не представляют данных о количестве людей, получающих такие услуги. Неясно также, почему в официальных российских документах секс-работники даже не упоминаются среди основных групп населения.

- Хотя по данным 2015 года 16 % новых случаев ВИЧ-инфекции в стране были связаны с употреблением наркотиков, доступ к обследованию на ВИЧ получали менее 10 % ЛУИН. Это означает, что ресурсы на обследование 28 миллионов российских граждан были потрачены нерационально — ведь не была обследована группа населения, в которой выявляется большинство новых случаев ВИЧ-инфекции.
- При сравнительно большом числе ЛЖВ, знающих свой ВИЧ-статус (77 %), в России очень низкий процент ЛЖВ получает АРВ-терапию (17,7 %). Это может объясняться тем, что ведению пациентов из основных групп населения и целенаправленной работе с ними для повышения приверженности к лечению не уделяется приоритетного внимания. Отсутствует один из ключевых видов услуг — заместительная терапия опиоидной зависимости.
- Даже если бюджет, выделяемый в России на цели противодействия ВИЧ, в 2016 году был бы увеличен вдвое, как обещано правительством, — нынешний сценарий определения приоритетов и существующие системы мониторинга не позволят обеспечить эффективное распределение дополнительных ресурсов таким образом, чтобы добиться лучших результатов в выполнении целевых индикаторов для прекращения эпидемии СПИДа.

Рекомендации

Для достижения рекомендованных ЮНЭЙДС целевых показателей «90–90–90» в России необходимо:

- Создать системы мониторинга расходов, которые позволят отслеживать финансовую информацию из бюджетов федерального и регионального уровней и анализировать, как распределяются бюджетные средства по различным видам деятельности (в том числе на профилактику, обследование, АРВТ и меры для улучшения приверженности пациентов к лечению);
- Провести анализ эффективности программ в сфере противодействия ВИЧ на страновом уровне в целях сокращения нерационального использования финансовых ресурсов, потенциально возможного за счет больших объемов нецелевого тестирования на ВИЧ-инфекцию и высоких административных расходов;
- Организовать исследования национального масштаба для изучения распространенности ВИЧ-инфекции во всех ОЗГН;
- Ввести программы ОЗТ и предоставлять профилактические услуги, финансируемые государством, для всех ОГЗН в соответствии с рекомендациями ЮНЭЙДС;
- Обеспечить своевременное начало АРВТ и необходимую поддержку для удержания пациентов в программах медицинской помощи за счет улучшения кейс-менеджмента в группах ЛУИН, СР и МСМ, проведения

программ консультирования по принципу «равный равному», программ поддержки с привлечением «равных» консультантов для повышения приверженности пациентов к АРВ-терапии, и предоставления ОЗТ для ВИЧ-положительных ЛУИН.

Список литературы:

Страновой координационный механизм 2014, *Концептуальная записка для Глобального фонда (Concept Note to the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria)*.

Федеральный закон от 14.12.2015 N 359-ФЗ «О федеральном бюджете на 2016 год».

Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора (ФНМЦ СПИД).

Министерство здравоохранения РФ 2015, *Национальный доклад Российской Федерации о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой в ходе 26-й специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН*. Отчетный период: 2014. Москва.

Правительство Российской Федерации 2014, *Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»*.

Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора, *Справка «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2015 г. По данным, предоставленным территориальными центрами по профилактике и борьбе со СПИД»*.