

## Оценка текущей ситуации: Республика Беларусь Анализ вторичных данных

Этот краткий обзор текущей ситуации выполнен 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, но для верификации полученных данных по выявленным барьерам, препятствующим доступу к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией, отдельно были проведены фокус-группы с представителями основных затронутых групп населения, людей, живущих с ВИЧ, и специалистами, которые предоставляют услуги для вышеописанных групп населения.

### *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 — работники секс-бизнеса, секс-работники.

## Общая информация

По состоянию на 1 января 2016 г. в стране зарегистрировано 19 827 случаев ВИЧ-инфекции (Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2016). Показатель распространенности ВИЧ составил 162,0 на 100 тыс. населения, а заболеваемость выросла на 27,2% по сравнению с 2015 годом (там же). В 2015 году выявлено 2 305 ВИЧ-положительных. Показатель заболеваемости составил 24,3 на 100 тысяч населения (за аналогичный период 2014 года – 19,1). Темп прироста – 27,2%. Большинство новых случаев ВИЧ-инфекции концентрируется в возрастной группе 30-39 лет (ВОЗ, 2014).

Кумулятивное число случаев СПИДа на 01.01.2016г. – 5 134, в том числе за 2015 год данный диагноз установлен 490 пациентам (2014 г. – 474). Среди ВИЧ- позитивных пациентов умерло 4 449 человек (в том числе в стадии СПИДа – 2 521). За 2015 год умерло 454 человека (2014г. – 497), в том числе в стадии СПИДа – 257 (2014г. – 273). Показатель смертности снизился по сравнению с 2014 годом и составил 4,8 на 100 тысяч населения (2014г. - 5,2 на 100 тысяч) (ВОЗ,2014).

## 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, 2015
Оценочная численность ЛЖВ в стране	35 000	2015	
Оценочная численность ЛУИН	75 000	2012	25,1%**
Оценочная численность МСМ	60 000	2014	5,7%**
Оценочная численность СР	22 000	2014	6,8%**

\*AIDSInfo database

\*\* Министерство здравоохранения, 2016

Республика Беларусь находится в стадии концентрированной эпидемии ВИЧ-инфекции; заболевание затрагивает все уязвимые группы, но преимущественно распространено среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН). Из оценочного количества ЛУИН 75 000 человек приблизительно 18 450 употребляют опиоиды (Евразийская сеть снижения вреда, 2015).

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



\* Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2016

## 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	2014	2015
Общее число ЛУИН, охваченных ПИШ	29 775	нет	31 318*	39 491**
Общее число ЛУИН, охваченных ОЗТ	1 083	нет	1 066*	978**
Общее число МСМ, охваченных услугами для профилактики ВИЧ-инфекции	4800	нет	6 182*	6 693**
Общее число СР, охваченных услугами для профилактики ВИЧ-инфекции	1034	нет	6 808*	6 299**

\* Министерство здравоохранения, 2015

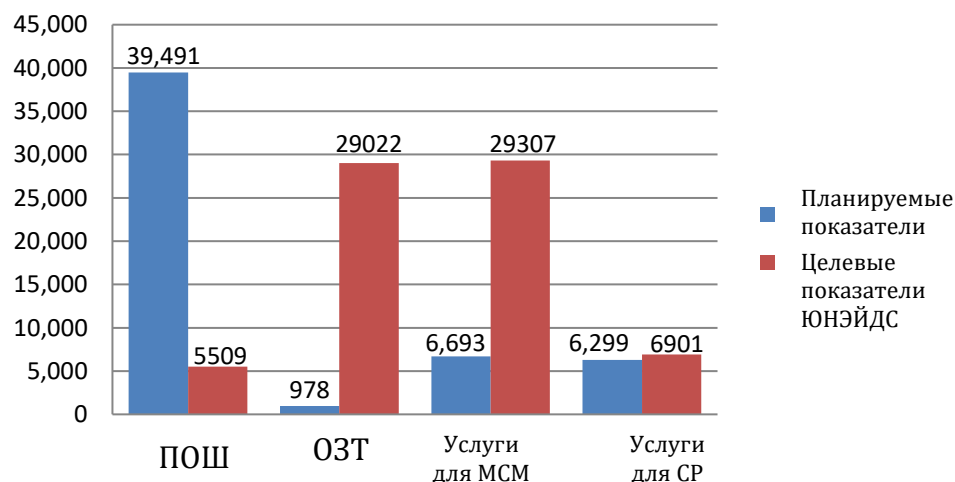
\*\* Министерство здравоохранения, 2016

Основные принципы государственной политики, призванные обеспечить адекватные меры в ответ на ситуацию по ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь, изложены в Государственной программе профилактики ВИЧ-инфекции на 2011–2015 гг. Программы по комплексной профилактике ВИЧ среди ЛУИН являются одним из приоритетных направлений этой госпрограммы профилактики.

Наращивание охвата ЛУИН профилактическими вмешательствами существенно выросло в последние годы. 12 971 новых ЛУИН были вовлечены в профилактические программы в 2014 и 19 441 – в 2015 (Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2016). Охват программ предоставления стерильных игл и шприцев (ПИШ) приближается к рекомендованному ЮНЭЙДС 60%.

Вместе с тем, охват ЛУИН опиоидной заместительной терапией (ОЗТ) и охват мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ) и секс-работников (СР) профилактикой крайне низкий. Для того, чтобы реализовать рекомендованные ЮНЭЙДС цели по профилактике, Беларуси требуется дополнительно охватить профилактикой ВИЧ 29 307 МСМ и 6 901 СР, а также предоставить услуги ПИШ 5 509 ЛУИН и ОЗТ – для 6 373 человек (чтобы суммарно количество клиентов ОЗТ достигло 40% от оценочного количества людей, употребляющих опиоиды). Фактический охват программ по сравнению с рекомендованным представлен в графике ниже (рис. 1).

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



## Охват услугами тестирования на ВИЧ-инфекцию

Таблица 3. Охват услугами обследования на ВИЧ-инфекцию\*

Охват обследованиями с применением экспресс-тестов*	Целевые показатели планируемые/ожидаемые			Целевые показатели выполненные	
	2014	2015	2016	2014	2015
Все группы населения	нет	нет	нет	нет	нет
ЛУИН	67 500	67 500	нет	8 480	10 757
МСМ	54 000	54 000	нет	1 390*	2 194
СР	19 800	19 800	нет	2 939*	1 940

Охват обследованиями с использованием ИФА**	Целевые показатели планируемые/ожидаемые			Целевые показатели выполненные	
	2014	2015	2016	2014	2015
Все группы населения	нет	нет	нет	нет	нет
ЛУИН	67 500	67 500	нет	4 870	5 487
МСМ	54 000	54 000	нет	67 500	67 500
СР	19 800	19 800	нет	54 000	54 000

\*Министерство здравоохранения, 2015

\*\*Данные министерства Санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения Республики Беларусь (по запросу)

Роль в тестировании ключевых групп имеет важное значение в эпидемиологической картине. Известно, что в 2015 году из 2 305 новых случаев ВИЧ-инфекции, по крайней мере, 37% были среди ключевых групп (794 новых случаев - ЛУИН; 58 новых случаев – МСМ). К сожалению, информация по СР нет.

Основной особенностью Республики Беларусь является низкий охват тестирования. Так, только пятая часть ЛУИН, менее 10% СР и менее 5% МСМ прошли тестирование на ВИЧ-инфекцию в 2015 году (по данным Министерства здравоохранения, 2015). Также не совсем ясно, почему процент прошедших тестирование среди МСМ снизился в 2015 году на 34% по сравнению с 2014 годом.

Согласно рекомендациям ЮНЭЙДС, услуги тестирования должны предоставляться на таком уровне, чтобы ими было охвачено не менее **75 %**

**ОЗГН ежегодно.** Для Республики Беларусь это означает, что тестирование ежегодно должны проходить 56 250 ЛУИН, 45 000 МСМ и 16 500 СР.

Тестирование в Республике Беларусь для ОЗГН в 2015 г. осуществлялось так же и на базе НПО в рамках профилактических проектов. СР имели возможность обратиться за услугами по ДКТ в 17 крупных городах страны, МСМ – в 13, а для ЛУИН были доступны услуги 27 анонимных консультативных пунктов по перенаправлению их в медицинские учреждения для прохождения тестирования на ВИЧ, включая работу 6 мобильных пунктов консультирования и тестирования (МП КТ), которые предлагали услуги по ДКТ. ГАПР-2015, стр. 35-36

В 2014 году на базе наркологических диспансеров и клинических больниц функционировало 18 пунктов ПЗТ. (ВОЗ-2014, стр. 14) На 1 января 2016 г. заместительную терапию получили 978 человек (на 01.01.2015г.- 1 066 человек)<sup>1</sup>. По словам респондентов фокус-групп, тестирование на ВИЧ в пунктах ПЗТ проводится на регулярной основе.

Можно предположить, что причинами низкого охвата ОЗГН тестированием на ВИЧ являются:

- Дискриминационное законодательство. Национальный закон № 345-3 “О предупреждении распространения заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека” 2012 года разрешает проведение обязательного тестирования на ВИЧ среди некоторых категорий работников и обязательное тестирование на ВИЧ, если лицо уклоняется или отказывается пройти обязательное тестирование или если имеются «достаточные основания полагать о наличии у человека ВИЧ ...». Также, раскрытие информации о состоянии здоровья разрешается по запросу Министерства здравоохранения, Министерства внутренних дел, принудительная изоляция и лечение при наличии заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения (включая ТБ), могут быть обязательными.
- Отсутствие услуг по непосредственному проведению ДКТ на базе сообществ или НПО. Быстрое (экспресс) тестирование официально не утверждено Минздравом и не рассматривается как метод диагностики ВИЧ-инфекции; Быстрые тесты проводились только в рамках некоторых пилотных исследований под руководством ПРООН. (ВОЗ-2014, стр. 9)
- Высокий уровень стигматизации в малых населенных пунктах из-за отсутствия корректной информации о ВИЧ/СПИДе. Большинство респондентов фокус-групп отмечали сложности прохождения тестирования на ВИЧ в малых населенных пунктах. *«И там отношение к ВИЧ другое. То есть это как прокаженный.»*<sup>2</sup> *«... как-только человек приходит, сразу начинает работать сарафанное радио, что вот кто-*

---

<sup>1</sup> ГАПР – 2015 Отчет о прогрессе, с.31 – 34

<sup>2</sup> здесь и далее по тексту курсивом представлены цитаты участников фокус-групп, которые приведены с сохранением стиля автора

*то приходил тестироваться. Часто ко мне люди из Калинкович приезжают сюда, из других городов, только чтоб не узнал никто на месте там.»*

- Качество до и после тестового консультирования. Совершенно разный опыт прохождения ДКТ обнаружился у респондентов фокус-групп: встречалось и качественное проведение ДКТ и полное его отсутствие, в том числе и без ведома пациента. *«На сегодняшний день у всех именно в обязательном порядке берут кровь на ВИЧ. Даже против как бы против твоего желания.»*
- Негативное отношение медицинского персонала к ЛЖВ, в частности к ОЗГН: встречались ситуации, когда из-за негативного отношения медицинского персонала, представитель ЛУИН уходил из медицинского учреждения, так и не сделав тест на ВИЧ.
- Высокая стоимость экспресс теста в аптеках, которую отмечали представители МСМ.
- Страх раскрытия ВИЧ-статуса часто отмечали представители СР.

## **Выводы**

- несмотря на относительно большое количество профилактических сайтов для СР, ЛУИН и МСМ, охват тестированием на ВИЧ остается крайне низким среди этих групп, так же как и охват профилактическими услугами ОЗГН в целом
- причины низкого охвата тестированием ОЗГН в рамках профилактических программ, требуют более детального изучения, особенно в вопросах уровня квалификации и загруженности аутрич и социальных работников, которые проводят консультирование ОЗГН
- отсутствует нормативно-правовая база для использования быстрых тестов
- действующим законодательством Республики Беларусь предусмотрены широкие возможности для принудительного тестирования и лечения ВИЧ-инфекции и Тб. Эти положения нарушают права человека и не соответствуют международным рекомендациям

## **Диспансерный учет (Д-учет)**

По результатам проведенного анализа барьеров были выявлены следующие препятствия в привлечении ЛЖВ в систему здравоохранения:

- процедура подтверждения положительного теста на ВИЧ в Беларуси предусматривает забор двух проб крови, в результате чего контроль за пациентами между двумя заборами крови может быть утрачен. ВОЗ-2014, стр. 9 *«Могут сказать по ЛУИН. Для них очень долгое время проходит от момента тестирования до постановки на учет. Пациенту, который сдал анализ, анонимно или нет, нужно посетить медучреждение не менее 5 раз. Мы просто проверяли, сколько раз ему приходится ходить в учреждение, сдавая анализы или за результатом. Для человека, принимающего наркотики – это очень большой промежуток времени.»*

- время от первого тестирования и до подтверждения положительного результата может длиться до двух месяцев и больше, а некоторые респонденты узнали о том, что они уже давно состоят на учете в СПИД центре при первичном его посещении, но бывают и исключения: *«В моем случае, мне повезло, консультанты Позитивного движения посадили меня в машину, в сопровождении, еще было несколько человек таких же как я, и нас завезли в Центр СПИДа, и там без очереди нас провели и все сделали.»*
- постанова на Д-учет осуществляется по месту регистрации ЛЖВ, что так же вызывает дополнительные сложности у ЛЖВ, которые живут в другом месте.
- большой объем исследований, которые назначаются при первичном приеме у врача-инфекциониста в СПИД-центре, включая по необходимости, осмотр уролога, ЛОР, гинеколога, офтальмолога, гастроэндоскопию, колоноскопию, онкоосмотр, приводит к откладыванию пациентом посещения больницы и затягиванию процесса, предшествующего началу приема АРТ. Этот вопрос актуален для всех групп – работающие ЛЖВ не могут себе позволить потратить около 2,5 недель на такое полное обследование, а представители ЛУИН и СР и подавно не будут проходить эти исследования. *«Как правило, максимальный период, за который мы получим уже все результаты необходимых анализов, это около 1,5-2 недель. То есть в течении 2-х недель у нас будет полная картина состояния здоровья пациента.»* Но фактически, такой объем обследований проводится дольше, потому что посещение врачей происходит в разных кабинетах и требует посещение различных медицинских учреждений. *«Чтоб получить в Минске талончик на УЗИ, легче вообще это все платно сделать, потому что будешь ждать года полтора, просто чтобы сделать УЗИ брюшной полости.»* *«Вот у меня, например, была такая проблема: ты должен срочно и на этой неделе пойти и обследоваться. А у тебя же могут быть какие-то другие дела.»*
- многие НПО, оказывающие услуги по тестированию, используют практику сопровождения клиентов в СПИД центр для их постановки на Д-учет, несмотря на то, что такой вид услуги не всегда входит в обязанности социальных работников. Если с клиентами-МСМ такая практика работает, то с СР – нет. По словам большинства респондентов-провайдеров услуг, они просто убегают при удобном случае. *«Мы тоже так пробовали делать. Но пока они просто убегают. Пока приехали в поликлинику и пошел человек к врачу сказать, что там партия пришла, а их уже нет.»*
- уголовная ответственность за распространение ВИЧ-инфекции, является самым основным барьером, препятствующим своевременному обращению ЛЖВ, в частности ОЗГН, в СПИД-центр

*«Мне вообще не хотелось становиться на учет, потому что я понимаю, что это уголовная ответственность, за оказание услуг сексуального характера за деньги и так далее.»*



*«Просто боятся банальной уголовной ответственности, поэтому, боятся постановки на учёт. Это, наверное, не только наша {МСМ} целевая группа, это, наверное, и у наркопотребителей тоже.»*

*«Хочу еще сказать за группу МСМ. Для них чем опасно – они понимают, знают, что после того, как поставлен диагноз, он должен сообщать своим половым партнерам о наличии диагноза. А что значит сообщать половым партнерам – это значит, что ты лишен полностью сексуальной жизни.»*

*«И сколько специалисты объясняют на до тестовом консультировании, что нужно идти дальше и становиться на учет, они {СР - примечание} просто не идут, потому что тут уже вступает в силу ответственность, вплоть до уголовной. И они просто с этим живут, не принимают терапию, не знают до конца свой статус, но знают, что ВИЧ где-то там когда-то был, как они говорят.»*

## **Выводы**

- процедура подтверждения диагноза ВИЧ-инфекция и объем проводимых исследований при постановке на Д-учет требует пересмотра
- система взаимосвязи ЛЖВ, в частности ОЗГН, с услугами по лечению и уходу, требует усовершенствования: лишь 30% людей, с положительным результатом теста на ВИЧ проходили повторный тест и имели доступ к услугам по уходу (ВОЗ-2014, стр.9)
- **криминализация ВИЧ-инфекции является одним из основных препятствий для СР и МСМ в получении медицинской помощи в связи с ВИЧ-инфекцией**

## **Лечение ВИЧ-инфекции и неопределяемая вирусная нагрузка (ВН)**

По данным на 31 декабря 2015 года лечение ВИЧ получали 7392 ЛЖВ (Министерство здравоохранения, 2016), что составляет 21,12% от всех ЛЖВ Беларуси. Эффективное лечение, приведшее к неопределяемому уровню вирусной нагрузки, зафиксировано у 2 757 человек.

Государственной программой наряду с финансированием закупки АРВ препаратов за счет средств грантов Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией предусмотрена закупка АРВ препаратов за средств республиканского бюджета, план которой на 2016 год размещен на сайте Министерства здравоохранения<sup>3</sup>. Важно отметить, что в Республике Беларусь наблюдается средний уровень цен на лекарственные средства для лечения ВИЧ-инфекции, - по результатам мониторинга доступа к АРВ-лечению, проведенного силами сообществ.

---

<sup>3</sup> Приказ МЗ РБ «Об утверждении годового плана централизованных государственных закупок лекарственных средств за счет средств республиканского бюджета».

В выводах Миссии ВОЗ - Январь 2014 г. «Лечение и уход в связи с ВИЧ/СПИДом в Беларуси», упоминается, что будущие закупки АРВ могут оказаться под угрозой после того, как ГФ прекратит прямое финансирование после 2015 года. До сих пор ГФ отвечал за закупки всех АРВ. Система прогнозирования должна строиться на стандартных операционных процедурах, а не на системе, при которой каждый регион подает свою заявку в Министерство здравоохранения. В Миссии ВОЗ от 2016 года<sup>4</sup> встречается упоминание о том, что база данных по лечению ВИЧ и АРТ находится на экспериментальной стадии.

Зафиксированные НПО и сообщества ЛЖВ в 2015 и в 2016 годах сообщения об отказе в предоставлении пациентам АРВ-препаратов, в том числе и на сайте <http://pereboi.by/posts/>, подтвердили опасения Миссии ВОЗ и до сих пор вызывают обеспокоенность в отношении стабильности и непрерывности системы закупок и поставок АРВ-препаратов.

Важно отметить, что по результатам мониторинга доступа к АРТ в Республике Беларусь, проводимом сообществом ЛЖВ, планирование закупок АРТ осуществляется с учетом буферного запаса, который составляет 25% от годовой потребности в АРТ. Достаточна ли эта мера для предупреждения возможных перебоев в поставках АРВ-препаратов в будущем – не известно.

В ответ на существующие вызовы и для предотвращения перебоев в закупках и поставках АРТ в будущем, РОО «Белорусская Сеть ЛЖВ» осуществляет мониторинг закупок АРТ и проводит переговоры с представителями всех заинтересованных сторон.

В дополнение к сложностям в системе планирования, закупок и поставок АРВ-препаратов и средств для проведения клинического мониторинга лечения ВИЧ-инфекции, были выявлены другие барьеры, препятствующие участию ЛЖВ и ЛЖВ/ОЗГН в программах АРТ:

- низкий охват ЛУИН услугами ПЗТ в целом, и услугами по ВИЧ/ТБ в частности на существующих сайтах ЗПТ: несмотря на то, что спрос намного выше и специалисты-наркологи готовы предложить ПЗТ еще 2000 потребителей наркотиков, зарегистрированных в наркологических диспансерах, возможности таких центров практически исчерпаны; только 2 сайта ПЗТ из 18, предоставляет услуги в связи с ВИЧ и Тб
- условия участия в программах ЗПТ: пациент может получить доступ к услугам ПЗТ, только если он регистрируется как потребитель наркотиков, что влияет на то, как быстро ЛУИН получит доступ к услугам, а также на возможности заниматься определенными профессиями и иметь водительские права. Кроме этого, клиенты ПЗТ должны приходить в центры ПЗТ ежедневно, поскольку законодательно запрещено выносить метадон из центров ПЗТ. Метадон не включен в

---

<sup>4</sup> WHO mission on ART optimization in Belarus March 30-31, April 1, 2016

- перечень основных лекарственных препаратов, а бупренорфин, который можно назначать в таблетках, в Беларуси не зарегистрирован<sup>5</sup>
- зависимость программ ПЗТ от внешнего финансирования: государство покрывает только зарплату для сотрудников сайтов ЗПТ, а медикаментозное лечение оплачивается за счет ГФ.<sup>6</sup> Устойчивость программ ЗПТ усложняется высокой текучестью персонала и отсутствием стандартных операционных процедур по прогнозированию и закупке препаратов
  - Высокий уровень стигмы и само стигматизации среди ЛЖВ и ОЗГН: 42% ЛЖВ подвергались физическому преследованиям или угрозам из-за своего статуса, 25% указывают на проблемы с трудоустройством из-за наличия ВИЧ-инфекции; большинство ЛЖВ обвиняют себя и чувствуют стыд.<sup>7</sup> Распространена практика, когда государственные учреждения при приеме на работу требуют справку о том, что кандидат не является пациентом наркодиспансера
  - Отсутствие специализированных услуг по формированию приверженности с учетом потребностей целевых групп. Миссия ВОЗ-2014 года на странице 12 так же отмечает, что молодые люди, живущие с ВИЧ, получают ограниченную поддержку для усиления приверженности, что может отражаться на данных о проблемах, касающихся приверженности лечению.

Кроме этого, регистрация клиентов ПЗТ в государственном реестре потребителей нелегальных наркотиков (аналогично пациентам наркодиспансеров) способствует стигматизации и может иметь последствия для дальнейшего трудоустройства.<sup>8</sup>

Огромное количество мифов и отсутствие корректной информации о лечении ВИЧ-инфекции и страх разглашения диагноза у ЛЖВ препятствуют своевременному началу приема АРТ:

*«Они говорят, что знают, что терапия помогает их еще быстрее убить только. С чего они взяли – говорят, что слышали отзывы от людей, которые на терапии, как к ним относится лечащий врач.»*

*«Боятся, что узнают их диагноз, боятся, что это по поликлиникам пойдёт. Боятся, что на работу потом не устроятся, боятся, как дома к этому отнесутся, как это общество воспримет.»*

*«Это страх, недостаток информации об этой болезни и непонимание вообще, что с этим делать. Страшно сказать родственникам. Я не знаю, как сказать. Мои родственники не знают до сих пор. Я боюсь потерять общение с ними.»*

---

<sup>5</sup> ВОЗ-2014, стр. 14

<sup>6</sup> Sönnnerborg, A., Raben, D., Subata, E., & Klinte, J. (2015). HIV Programme Review in Belarus.

<sup>7</sup> Показатель уровня стигмы в Беларуси / Республиканское общественное объединение «Белорусское сообщество людей, живущих с ВИЧ», 2013 г.

<sup>8</sup> Sönnnerborg, A., Raben, D., Subata, E., & Klinte, J. (2015). HIV Programme Review in Belarus.

*«И даже страшно, что на работу не сможешь устроиться. Вот общество тебя не примет и всё. А если работаешь, то страшно, что тебя уволят, потому что рано или поздно это же дойдёт до начальства.»*

Другими, но не менее важными, причинами, из-за которых ЛЖВ отказываются начинать АРВ-лечения или не соблюдают приверженность к нему, являются: отсутствие консультирования по вопросам ВИЧ/СПИДа, о чем говорили большинство респондентов, отсутствие самих АРВ-препаратов, перебои в их наличии. О страхе побочных эффектов или об их наличии так же сообщали многие респонденты, особенно из числа ЛУИН, жалуясь на их несовместимость с метадонном.

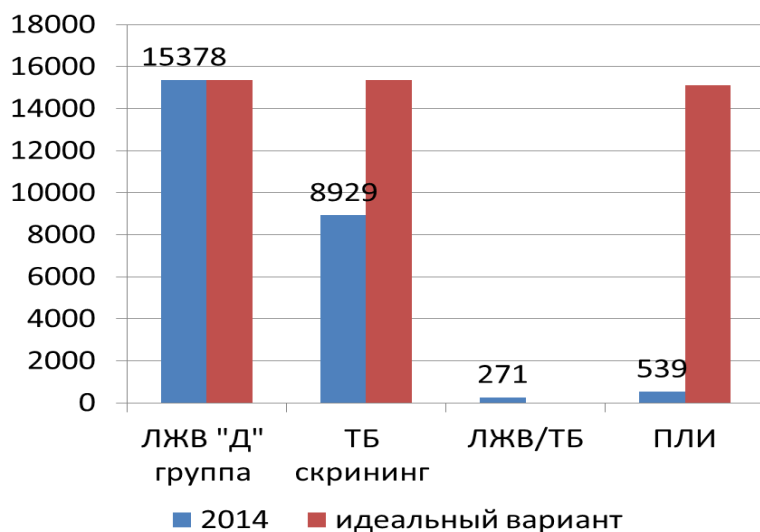
Несмотря на то, что для повышения приверженности к АРТ в стране была организована работа 6 мультидисциплинарных команд и созданы пункты социального сопровождения лиц, инфицированных ВИЧ (ГАПР-2015, стр. 25), респондентами фокус-групп было отмечено отсутствие законодательной базы для привлечения немедицинских работников в систему медицинского обслуживания в связи с ВИЧ-инфекцией.

### **ВИЧ и Туберкулез**

Все пациенты с ТБ должны проходить тест на ВИЧ; приказ МЗ не позволяет пациентам отказаться от теста на ВИЧ. Пациентов, имеющих ВИЧ, также проверяют на симптомы ТБ. ВОЗ-2014, стр.15

Как видно из диаграммы ниже, если скрининг на Тб проводится для больше чем половины ЛЖВ, состоящих на Д-учете, то профилактика изониазидом проводилась в 2014 году совсем в ограниченном количестве, несмотря на национальные рекомендации по назначению профилактики туберкулеза (ТБ) изониазидом всем ЛЖВ.

*Диаграмма. Охват скринингом на ТБ и профилактикой изониазидом.\**



\* WHO TB country profile, 2014

## **Выводы**

- Учитывая предыдущий опыт обеспечения лекарственных средств для лечения ВИЧ-инфекции и сохраняющуюся угрозу прерывания АРВ-лечения в будущем, можно предположить, что система закупок и поставок лекарственных средств для лечения ВИЧ-инфекции требует усовершенствования, а мониторинг выполнения своевременной закупки АРТ со стороны сообществ требует продолжения
- Криминализация наркопотребления, низкий охват услугами ПЗТ и условия участия в программах ПЗТ являются существенными барьерами для реализации профилактических программ и вовлечения ЛУИН в континуум услуг.
- Недостаточность интегрированных услуг препятствуют повышению уровня приверженности и удержания пациентов в программах лечения ВИЧ и Тб
- Недостаточный объема и спектр клиент ориентированных услуг по формированию приверженности к АРТ для ЛЖВ имеет негативное влияние на соблюдение режима приема АРТ пациентами.

## Финансирование мер противодействия ВИЧ

Общий запланированный объем бюджета и фактический объем расходов по программным областям	2014		2015	
	Фактически объем расходов	Доля в программ ных расходах, 2014*	Фактически объем расходов	Доля в программн ых расходах, 2015**
<b>Профилактика ВИЧ/СПИДа</b>	1 335 5876	59.10%	8 075 819	55.50%
Профилактика ВИЧ среди ЛУИН	2 041 870	9.04%	1 306 175	8.98%
Профилактика ВИЧ- инфекции среди MSM	289 995	1.28%	189 327	1.30%
Профилактика ВИЧ- инфекции среди СР	472 285	2.09%	302 761	2.08%
<b>Лечение ВИЧ/СПИДа</b>	<b>6 124 268</b>	<b>27.10%</b>	<b>4 452 614</b>	<b>30.60%</b>
АРВТ (лабораторный мониторинг)	376 779	1.67%	182 099	1.25%
Лечение ОИ	1 834 057	8.12%	1 144 777	7.87%
Услуги по уходу и поддержке для ЛЖВ	116700	0.52%	61 650	0.42%
<b>ПРОЧИЕ расходы</b>	<b>3 118 631</b>	<b>13.80%</b>	<b>8 078 199</b>	<b>13.90%</b>
<b>ИТОГО</b>	<b>22 598 776</b>	<b>100,00 %</b>	<b>20 606 632</b>	<b>100,00 %</b>

\*NASA, 2014

\*\*NASA, 2015

Основными источниками средств для лечения ВИЧ / СПИДа в Республике Беларусь являются государственные органы власти (центральные и местные бюджеты) - 69,4% (NASA, 2016). Кроме того, существенную часть расходов составляет финансирование международных организаций и фондов. Так,

Глобальный фонд и ООН, ПЕПФАР и другие международные НПО покрывают 30,6% финансовых затрат в данной области (NASA, 2016).

Основываясь на последнем национальном отчете NASA в 2015 году общий объем расходов на ВИЧ был 20,61 миллионов долларов США, что отражает сокращение расходов на 2% по сравнению с 2014 г. (22,6 млн долларов).

Что касается отдельных компонентов расходов на ВИЧ, никаких существенных изменений не наблюдается в расходах в течение последних 2-х лет. Большинство расходов на ВИЧ было направлено на уход и лечение (30,6%), а также профилактику среди общего населения и профилактику передачи ВИЧ от матери к ребенку. В целом, в стране существует нехватка финансовых ресурсов для противодействия ВИЧ-инфекции среди ключевых уязвимых групп населения.

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

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

- **5 509 ЛУИН** дополнительно должны получить доступ к ПИШ;
- **6 373 ЛУИН** дополнительно должны получить доступ к ОЗТ;
- **29 307 МСМ** дополнительно должны получить доступ к услугам по профилактике ВИЧ-инфекции;
- **6 901 СР** дополнительно должны получить доступ к услугам по профилактике ВИЧ-инфекции;
- **20 958 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 приблизительная оценка на основании средних годовых объемов расходов на одного клиента.

*Расчеты производились по формуле:*

$$FGt = PGpwid*ECpwid + PGost*ECost + PGmsm*CCmsm + PGsw*ECsw + PGart*ECart$$

- 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);
- **ECost** - расходы на ОЗТ на одного клиента;
- **ECmsm** – расходы на профилактику ВИЧ на одного МСМ (получены делением расходов на на профилактику ВИЧ для МСМ в 2015 году в целом, поделенные на количество охваченных МСМ в 2015);
- **ECsw** – расходы на профилактику ВИЧ на одного СР (получены делением расходов на на профилактику ВИЧ для СР в 2015 году в целом, поделенные на количество охваченных СР в 2015);
- **ECtesting** – расходы на тестирование на ВИЧ среди ключевых групп;
- **ECart** – расходы на АРВТ на одного клиента (получены делением расходов на закупку препаратов АРВТ в 2015 году в целом, поделенные на количество клиентов АРВ-терапии 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.

На основании финансовых данных, полученных из Национального отчета 2015 года, и а также доклада GARP 2015 года мы имеем возможность оценить затраты на 1 человека в течение года. Так, в 2015 году примерно 33 доллара США было потрачено на ЛУИН; приблизительно 28 долларов США - на МСМ; приблизительно 48 долларов США - на СР. Расходы на лечение ВИЧ, в среднем, составляли 447 доллара на человека в год (расчет сделан без учета лечения оппортунистических инфекций). Расходы на одного клиента на ОЗТ невозможно высчитать, опираясь на опубликованные данные Национального отчета. В связи с этим для расчетов была использована удельная стоимость 612,2 долларов из отчета Евразийской сети снижения вреда (2015).

*Тогда получаем следующий расчет:*

$$FGt = 5\ 509*33 + 6\ 373*612,2 + 29\ 307*28 + 6\ 901*48 + 20\ 958*447$$

$$FGt = 14\ 603\ 418 \text{ долл. США}$$



Вывод о том, что ежегодный дефицит финансирования в Беларуси составляет **14 603 418 долларов США**, следует использовать с осторожностью. Его 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.

## Выводы

- Согласно имеющимся данным из официальных источников Республика Беларусь далека от достижения целей 90-90-90. Хотя затраты на уход и поддержку, АРВТ, а также количество ЛЖВ сопоставимы с другими странами региона, в Республике Беларуси имеется серьезное отставание в области тестирования. Это указывает на необходимость изменений к подходу проведения тестирования.
- С учетом относительно большого числа тестов на ВИЧ среди ЛУИН, только 7,38% тестов показали положительный результат в 2015 году, в то время как общий показатель распространенности ВИЧ в этой группе населения оценивается как 25,10%. Подход к тестированию должен быть изменен, чтобы обеспечить доступ для подгрупп ЛУИН с самой высокой уязвимостью к ВИЧ.
- Беларусь имеет высокую долю бюджетных средств, выделяемых на профилактику, что указывает на сбалансированный подход страны к борьбе с эпидемией ВИЧ-инфекции. В то же время, менее четверти бюджета профилактики выделяется на услуги для ключевых групп населения. Перераспределение средств в пределах бюджетных затрат на профилактику может помочь достичь более высокого охвата ключевых групп населения услугами по профилактике и тестированию.
- Остается не ясным, почему профилактика среди MSM получает меньше внимания, чем услуги для СР: в то время как оценочное количество MSM почти в три раза выше, чем число СР, на услуги для секс-работников средств из бюджета было выделено больше. Охват же тестированием на ВИЧ MSM также критически низок, что может привести к большому числу скрытых случаев ВИЧ-инфекции в этой группе населения.
- Беларусь является одной из немногих стран в регионе, которая сообщает данные о неопределяемой вирусной нагрузке у людей, получающих АРВТ. Эта информация имеет стратегическое значение, так как она указывает на то, что, для ВИЧ-инфицированных доступен правильный

выбор режима лечения, консультирования и поддержки приверженности. Тот факт, что только у трети людей, получающих АРВТ, удалось добиться неопределяемого уровня вирусной нагрузки, является индикатором того, что лечение ВИЧ проведено не надлежащим образом, и что необходимо тратить больше, чем 0,42% от общего объема финансирования из национального бюджета на уход и поддержку среди ВИЧ-инфицированных.

- Кроме того, что программы заместительной терапии для живущих с ВИЧ должны быть доступны в более широком масштабе, чтобы предотвратить утечку в каскаде по лечению ВИЧ, с низким уровнем приверженности из-за уличного использования наркотиков.

## Список литературы:

AIDSInfo database, <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo>.

NASA (2014) *Оценка национальных расходов по ВИЧ/СПИДу. Республика Беларусь. Отчетный период: 2014*

NASA (2015) *Оценка национальных расходов по ВИЧ/СПИДу. Республика Беларусь. Отчетный период: 2015*

Всемирная организация здравоохранения 2014 *Лечение и уход в связи с ВИЧ/СПИДом в Беларуси. Отчет оценочной миссии Январь 2014 г.*

Евразийская сеть снижения вреда (2015) *Снижение вреда: аргументы в пользу стратегических инвестиций: Национальный отчет Республики Беларусь. Минск, 2015.*

Министерство здравоохранения Республики Беларусь (2014) *Национальный отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД (по выполнению Политической Декларации по ВИЧ/СПИДу). Республика Беларусь. Отчетный период: январь 2012 г. — декабрь 2013г.*

Министерство здравоохранения Республики Беларусь (2015) *Национальный отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД (по выполнению Политической Декларации по ВИЧ/СПИДу). Республика Беларусь. Отчетный период: январь 2013 г. — декабрь 2014г.*

Министерство здравоохранения Республики Беларусь (2016) *Национальный отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД (по выполнению Политической Декларации по ВИЧ/СПИДу). Республика Беларусь. Отчетный период: 2015 год. (ГАПР-2015)*

Данные министерства Санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения Республики Беларусь (по запросу в рамках исследования)