

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).

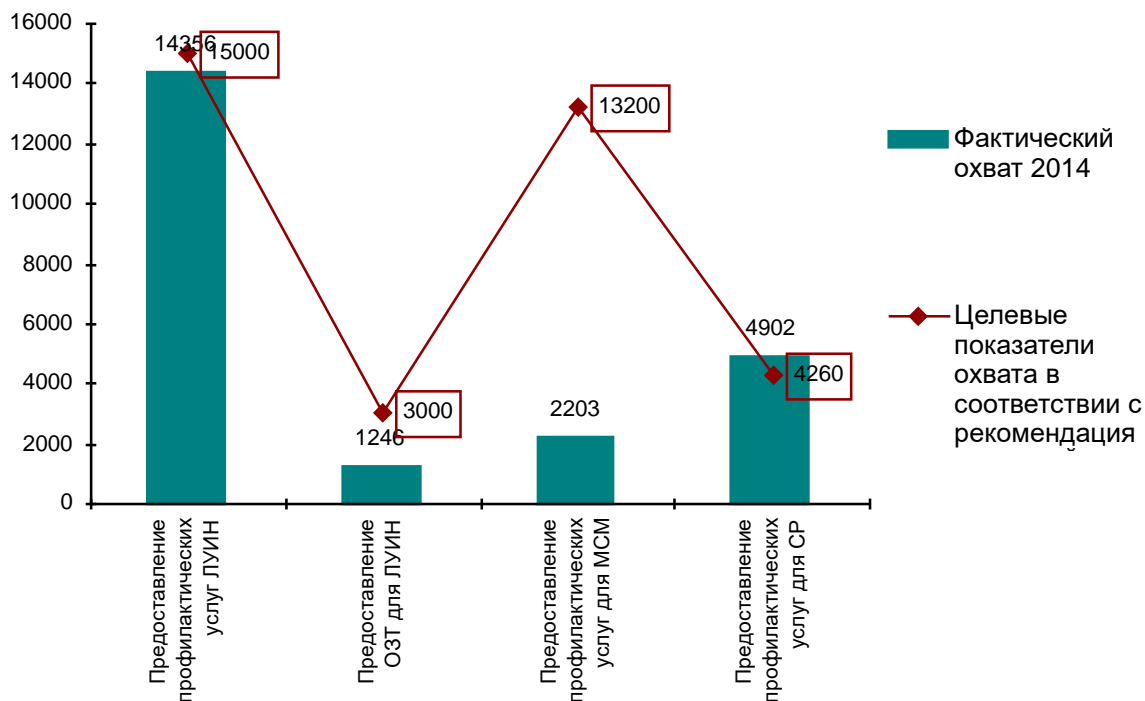
^e Кумулятивный охват ОГЗН (см. оценочные данные, приводимые в Таблице 1) — оценочная численность получающих минимальный пакет профилактических услуг; целевой показатель определен в *Государственной программе по стабилизации эпидемии ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 2012–2016 гг.*, утвержденной 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 МСМ 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% - МСМ (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 СД4 ≤ 350 клеток/ мкл. Вне зависимости от уровня СД4 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).

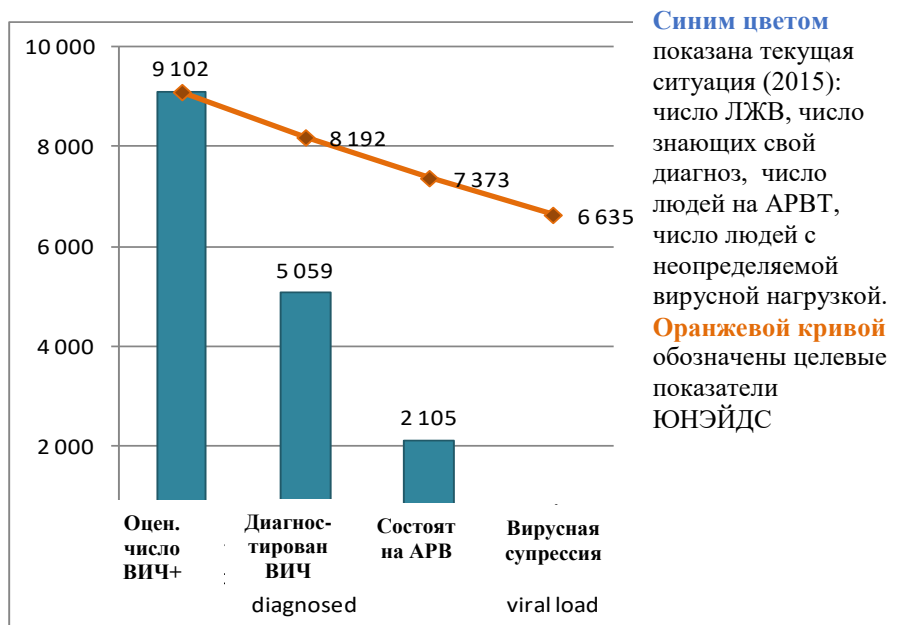
Значительно выросло число ЛЖВ, начинающих принимать АРВ-терапию. Число новых пациентов, принятых в программы АРВ-терапии, достигло 891 — это вдвое превышает аналогичный показатель предыдущих лет (445 человек в 2013 г., 231 человек в 2012 г. и 229 человек в 2011 г.). Число ЛЖВ, получающих АРВТ в пенитенциарной 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^a | 100 | нет | 9 000 000^a | 100 |

^aAIDSinfo 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.

^b 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.