

Лечение и уход в связи с ВИЧ/СПИДом в Беларуси

*Отчет оценочной
МИССИИ
Январь 2014 г.*

Лечение и уход в связи с ВИЧ/СПИДом в Беларуси

**Отчет оценочной миссии
Январь 2014 г.**

подготовлен:

Jens D. Lundgren и Dorthe Raben,
WHO Collaborating Centre on HIV and Viral Hepatitis
Ирина Ерамова, Вера Ильенкова,
ВОЗ Европейское Региональное Бюро

Ключевые слова

СПИД – профилактика и контроль
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ – лекарственное лечение
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ – профилактика и контроль

Адрес для запросов на публикации Европейского регионального бюро ВОЗ:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, можно заполнить бланк заявки на документы, информацию по здравоохранению или для получения разрешения на цитирование или перевод в режиме онлайн на сайте Европейского регионального бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© Всемирная организация здравоохранения 2014 г.

Все права охраняются. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения положительно относится к просьбам разрешить копирование или перевод своих публикаций, как частично, так и полностью. Используемые в данном документе обозначения и опубликованные материалы не представляют официального мнения Всемирной организации здравоохранения по вопросам, касающимся официального статуса любой страны, территории, города или района или их властей, а также определения границ этих образований. Пунктирные линии на картах обозначают ориентировочные границы, по которым еще не достигнуто окончательное соглашение.

Упоминание конкретных компаний или товаров отдельных производителей не означает, что они рекламируются или рекомендуются Всемирной организацией здравоохранения или что им отдается предпочтение по сравнению с другими аналогичными компаниями или продуктами, которые не упомянуты в документе. За исключением случаев технических ошибок, названия патентованных препаратов пишутся с заглавной буквы.

Всемирная организация здравоохранения приняла все необходимые меры для проверки информации, содержащейся в данной публикации. Однако распространение опубликованных материалов производится без каких-либо явных или подразумеваемых гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов лежит на читателе. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственность за какие-либо негативные последствия, возникшие в результате использования этих материалов. Точки зрения, высказанные авторами, редакторами или группами экспертов, не обязательно представляют решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

1. Описание обзорного анализа	1
2. Сильные стороны и достижения	2
3. Слабые стороны и проблемы	4
Приоритетная область 1: тестирование на ВИЧ.....	6
Приоритетная область 2: оптимизация лекарственных схем.....	9
Приоритетная область 3: обеспечение доступа к упрощенным инструментам диагностики мониторинга в местах оказания помощи и устранение других препятствий на пути лечения	10
Приоритетная область 4: снижение стоимости	12
Приоритетная область 5: адаптация систем оказания услуг	14
Приоритетная область 6: мобилизация сообществ.....	16
4. Основные узкие места и решения	18
4.1 В системе эпиднадзора за эпидемией ВИЧ в стране отсутствуют важные показатели и система анализа собираемых данных, для того чтобы получить информацию для принятия решений при определении политики о приоритетах в национальной программе по ВИЧ.....	18
4.2 Тестирование на ВИЧ не нацелено на ключевые группы населения, которым грозит самый высокий риск	19
4.3 Неадекватная система управления закупками и поставками АРВ и товаров	20
4.4 Недостаточный уровень включения и сохранения больных в программах ухода в связи с ВИЧ и АРТ	21
4.5 Нехватка программ снижения вреда, включая низкий охват ОЗТ	21
4.6 Нехватка интегрированных услуг, включая сотрудничество между клиниками для ВИЧ-инфицированных и НПО, противотуберкулезными больницами и наркологами.....	23
4.7 Рекомендации предыдущих миссий по оценке учитываются не в полной мере в страновых программах.....	25
5. Универсальные вопросы	25
5.1 Устойчивость и доступ к услугам	25
5.2 Права человека.....	27
6. Выводы и рекомендации	27
6.1 Выводы.....	27
6.2 Рекомендации.....	29
Приложение 1	31
Библиография	32

Лица, предоставившие информацию 34

Сокращения

АРВ	антиретровирусные (препараты)
АРТ	антиретровирусная терапия
ВЕЦА	Восточная Европа и Центральная Азия
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГФ	Глобальный фонд
ЖСБ	женщины-работницы секс-бизнеса
ИППП	инфекции, передающиеся половым путем
ЛЖВ	люди, живущие с ВИЧ
ЛПН	лица, потребляющие наркотики
Минздрав	Министерство здравоохранения
Минфин	Министерство финансов
МСМ	мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами
НПО	неправительственная организация
ОЗГН	основные затронутые группы населения
ОЗТ	опиоидная заместительная терапия
ПИН	потребитель инъекционных наркотиков
ПМР	передача от матери ребенку
ПОШ	программа обмена игл и шприцев
ППМР	профилактика передачи от матери ребенку
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
РСБ	работник секс-бизнеса
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
УЗП	управление закупками и поставками
ЦОП	центр оказания помощи
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу
CD4	T-лимфоциты или клетки, несущие рецептор CD4

Тематическая область: лечение и уход в связи с ВИЧ/СПИДом

1. Описание обзорного анализа

Оценка лечения и ухода в связи с ВИЧ/СПИДом выполнена с учетом стратегии или концепции ВОЗ/ЮНЭЙДС «Лечение 2.0», где указаны пять приоритетных областей: оптимизация лекарственных схем, обеспечение доступа к диагностике в местах оказания помощи, снижение стоимости, адаптация систем оказания услуг и мобилизация сообществ или гражданского общества.

Для оценки использованы результаты анализа существующих документов и отчетов и страновой миссии, которая состоялась 11-14 ноября 2013 года в гор. Минске и Солигорске, Беларусь.

Особое внимание было уделено практике тестирования на ВИЧ, поскольку именно здесь начинается лечение и уход в связи с ВИЧ, а также уязвимым группам и обеспечению доступа к лечению и уходу. Кроме того, была проанализирована устойчивость программ в свете используемых в настоящее время и будущих международных и национальных схем финансирования.

Страновая эпидемия: последние тенденции и обзорный анализ ответных мер

Оценочный показатель распространенности ВИЧ среди населения Беларуси в целом составляет 0,4% (ЮНЭЙДС). По данным дозорного эпиднадзора 2012 года, показатель распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса составляет 2,4%, среди МСМ – 2,8% и среди ПИН – 13,3%.

Число новых диагностированных случаев ВИЧ-инфекции в Беларуси увеличилось до 1223 в 2012 году – для сравнения в 2006 году оно составляло 733 случая.

Большинство новых случаев ВИЧ-инфекции концентрируется в возрастной группе 30-39 лет. Согласно официальной статистике, примерно 60% зарегистрированных людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), составляют мужчины и примерно 40% – женщины, причем процент инфицированных женщин растет. По данным Республиканского центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья (РЦГЭиОЗ), в последние годы число случаев передачи ВИЧ гетеросексуальным путем значительно превысило число случаев передачи вследствие ПИН. В январе-ноябре 2013 года 14% новых случаев ВИЧ было обусловлено ПИН, 84% новых случаев (из них 48,3% женщины и 51,7% мужчины) было обусловлено гетеросексуальными контактами. Однако согласно информации, полученной в регистре «обратившихся за помощью», 62% ЛЖВ, проверенных на ВГС в 2012 году, также имели маркеры гепатита С; это указывает на то, что ПИН по-прежнему играет важную роль в передаче ВИЧ (3).

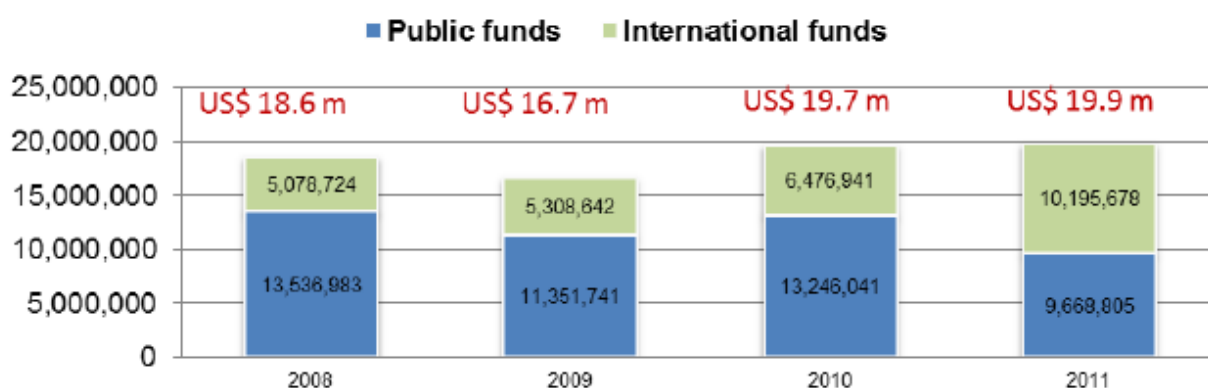
Подтвержденные случаи ВИЧ регистрируются во всех регионах страны, причем большая часть таких случаев регистрируется в Гомельской области (по официальным данным – 77,6%).

Инвестиции в осуществление национальных мер в ответ на ВИЧ/СПИД

Меры противодействия ВИЧ в Беларуси в значительной мере зависят от иностранной помощи: ежегодно в эти мероприятия вкладывается примерно 20 миллионов долларов США. Несмотря на то что объем внутренних инвестиций в 2008-2011 годах увеличился в два раза, процент международного финансирования вырос с 27% от общего объема в 2008 году до 51% в 2011 году; причем 96% поступило из Глобального фонда (ГФ) (1).

Большая часть (55-65%) всех средств пошло на профилактику, хотя с 2008 по 2011 годы затраты на уход и лечение несколько увеличились. Остается неясным, каким образом при распределении ресурсов учитывается бремя заболевания и потенциальное воздействие наиболее экономически эффективных программ (1).

Учитывая, что финансирование ГФ завершается в 2015 году, а возможность возобновления грантов кажется маловероятной, существует серьезная озабоченность по поводу устойчивости мер противодействия ВИЧ, а также срочная потребность в том, чтобы национальные программы здравоохранения разработали инновационные механизмы финансирования, брали на себя полное руководство при реализации стратегий и финансировании программ и определяли возможности для более эффективного использования денежных средств.



(Public funds = Государственные средства; International funds = Международные средства; m = млн.)

Многообещающим выглядит тот факт, что в ходе миссии Министерство здравоохранения заявило о своей готовности обеспечить 100% финансирования после 2016 года.

2. Сильные стороны и достижения

Протокол лечения соответствует международным стандартам и рекомендациям. В 2012 году число взрослых и детей, получавших антиретровирусную терапию (АРТ), составляло 4248 человек. Большинство из них получали лечение первого ряда (8, 10).

Таблица 1: Основные ожидаемые результаты; целевые показатели и основные достижения.

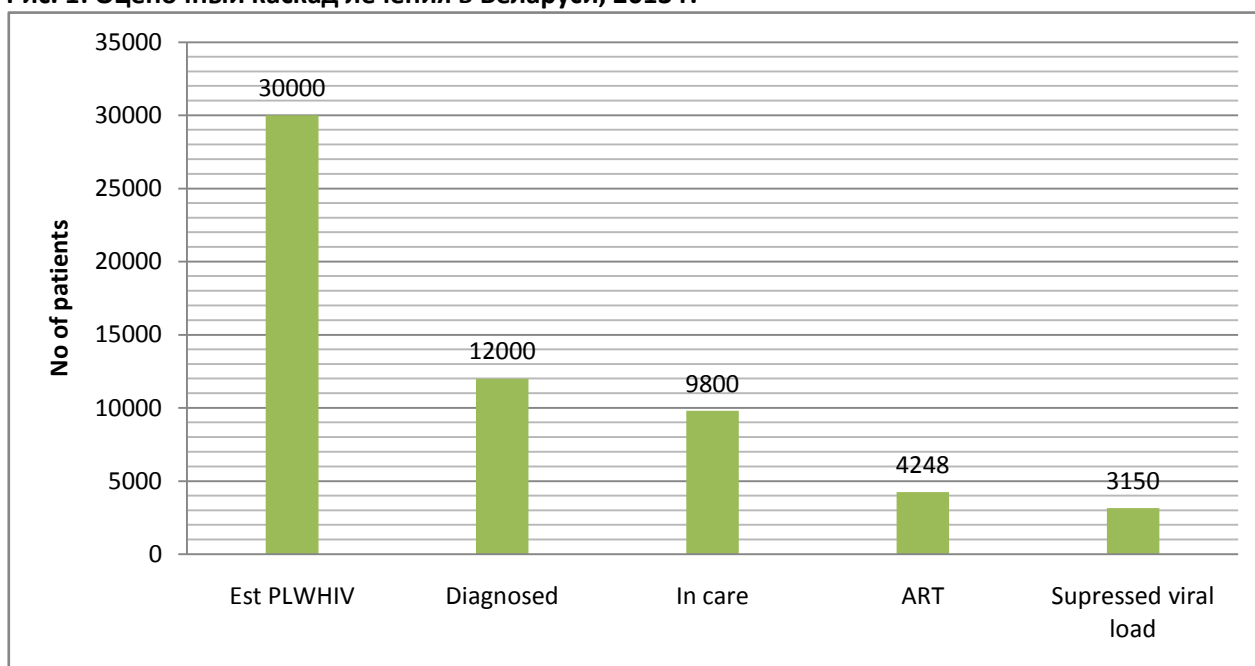
НПС*	
95% пациентов, имеющих ВИЧ, получают АРТ	В стране отмечается быстрый рост числа ЛЖВ, получающих АРТ; в 2012 году лечение начали 1262 человек. Однако общее число лиц, получавших лечение, составило лишь 50% от тех, кто, по оценкам, нуждался в лечении в 2013 году (см. ниже)
Снижение риска заражения вследствие ПМР на 2%	В 2012 году показатель распространенности ВИЧ среди 511 детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями, составил 1,8%.
Снижение показателя распространенности ВИЧ среди ПИН ниже 8%, среди MSM ниже 3% и среди ЖСБ ниже 1%	Показатель распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса составляет 2,4%, среди MSM – 2,8% и среди ПИН – 13,3%.

*Государственная программа профилактики ВИЧ на 2011-2015 гг.

3. Слабые стороны и проблемы

Приведенные ниже данные о лицах, получающих непрерывное лечение, указывают на некоторые проблемы, связанные с лечением и уходом в Беларуси. Каждый этап этого каскада лечения рассматривается в настоящем отчете отдельно. Следует отметить, что многие цифры получены на основе оценок и персональной коммуникации с сотрудниками инфекционной больницы в городе Минске. В частности, необходимо с осторожностью воспринимать число пациентов с подавленной вирусной нагрузкой (1), поскольку в ходе миссии эти данные подтвердить не удалось.

Рис. 1: Оценочный каскад лечения в Беларуси, 2013 г.



(No of patients = Число пациентов; Est PLWHIV = Оценочное число ЛЖВ; Diagnosed = Число диагностированных; In care = Число получающих лечение; ART = АРТ; Suppressed viral load = Число пациентов с подавленной вирусной нагрузкой)

Являясь получателем грантов ГФ, Беларусь согласовала с ГФ число ЛЖВ, которым необходимо предоставлять АРТ. Как показано в таблице ниже, это число примерно на 50% меньше оценочного числа лиц, нуждающихся в АРТ (рассчитанного по модели Спектрум (Spectrum), ВОЗ/ЮНЭЙДС), и пока что не достигло планового числа лиц, получающих АРТ (столбец 2).

Год	Число ЛЖВ, которые должны получать АРТ согласно плану (грант ГФ является единственным имеющимся источником финансирования)	Оценочное число лиц, нуждающихся в АРТ – по модели Спектрум	Пробел

2013	5 100-5 200	10 000	4 800 – 4 900
2014	6300	данные отсутствуют	
2015	7 100-7 200	12 700	5 500 -5 600

Перераспределение средств, сэкономленных в 2013 году (по прогнозу, они составят от 300 000 до 500 000 долларов США), на закупку дополнительных АРВ-препаратов позволит закрыть этот пробел.

Обеспечение связи с программами лечения и ухода и начало лечения в связи с ВИЧ

Тестирование на ВИЧ на базе местных сообществ проводится либо в мобильных центрах, либо путем направления ключевых групп населения на тестирование в клиники. Наиболее слабым звеном программ является обеспечение связи с программами лечения и ухода после получения положительного результата теста на ВИЧ общественными организациями. Например, в 2012 году в гор. Солигорске тестирование на ВИЧ прошли 680 ПИН, из них примерно 37-40% имели положительный результат. Однако из всех ВИЧ-позитивных ПИН, которые были направлены для получения услуг по лечению и уходу в связи с ВИЧ, лишь 5% пришли в учреждения здравоохранения и были включены в программу. Это наглядно подтверждает потребность в том, что услуги должны быть приближены к ВИЧ-позитивным ПИН.

Пациенты также плохо понимают то, как задержка в лечении влияет на их здоровье; поэтому отрыв от лечения является обычным явлением. Когда пациент начинает получать уход в связи с ВИЧ, результат теста на ВИЧ сообщает эпидемиолог, а включает пациента в программу лечения врач-инфекционист.

Кадровые ресурсы, необходимые для обеспечения медицинских потребностей ЛЖВ, очень ограничены. Имеет место нехватка врачей и медсестер для лечения и ухода (низкая зарплата) и отсутствие социальной поддержки. Таким образом, отсутствует должное сопровождение ЛЖВ, которые зарегистрированы для получения ухода в связи с ВИЧ, но не приходят для регулярного обследования

Приоритетная область 1: тестирование на ВИЧ

Как указано в постановлении Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 97 от 12 июля 2012 года “Об установлении клинических показаний, по которым лица подлежат обязательному медицинскому обследованию, и перечня иных категорий лиц, подлежащих обязательному медицинскому освидетельствованию”, тестирование на ВИЧ назначается в случае беременности, ИППП, вирусного гепатита, ПИН (раз в год), заключенным, иностранным гражданам, а также при определенных медицинских показаниях, таких как:

- необъяснимая суб- или фебрильная лихорадка, длящаяся более 3 месяцев;
- лимфаденопатия свыше 3 месяцев;
- необъяснимая диарея, длящаяся более 1 месяца;
- необъяснимая потеря массы тела (10 и более процентов);
- рецидивные пневмонии (2 и более раза в год);
- рецидивирующий сепсис;
- подострый энцефалит и слабоумие у ранее здоровых лиц (энцефалопатия);
- серозный менингит, менингоэнцефалит неустановленной этиологии;
- рецидивирующий кандидоз (9,14).

Число тестов, проводимых за год, составляет около 1 миллиона (при численности населения страны 9,5 миллиона). Однако если посмотреть категории тестируемых, охват тестированием ключевых групп населения (МСМ, ПИН и ЖСБ) является низким, либо вообще не

фиксируется. Ниже в таблице показано число тестов на ВИЧ в 2012 году и показатель распространенности ВИЧ в группах населения, прошедших тестирование.

Рис. 2: Тестирование на ВИЧ в 2012 году (взято из рисунка в приложении 1)

Категория	Число тестов	Показатель распространности
Потребители наркотиков (102)	4 466	1,5
Пациенты с ИППП (104)	21 347	0,2
Доноры крови (108)	302 131	0,007
Беременные женщины (109)	231 584	0,05
Реципиенты (110)	15 677	0
Заклученные (112)	27 583	0,5
Лица, осмотренные по клиническим показаниям (взрослые) (113)	74 203	0,5
Лица, осмотренные анонимно (114)	18 126	0
Лица, осмотренные по эпидемиологическим показаниям (115)	1 700	5,2
Лица, осмотренные по клиническим показаниям (дети) (117)	5 896	0
Дети, рожденные ВИЧ-позитивными матерями	511	1,8
Другие группы населения*	287 060	0,11
Иностранцы граждане (200)	13 098	0,05
ВСЕГО:	1 003 382	0,12

*военнослужащие, профилактические осмотры, Министерство внутренних дел.

Согласно результатам поведенческого надзора, лишь половина (54%) опрошенных ПИН прошли тест на ВИЧ в последние 12 месяцев и примерно 53% ПИН пользовались инъекционным инструментарием совместно с другими ПИН. Если посмотреть данные, зафиксированные Отделом профилактики ВИЧ/СПИДа РЦГЭиОЗ, в 2011 году тестирование прошли 4466 ПИН. Оценочное число ПИН в стране составляет 75000, что дает показатель тестирования на ВИЧ среди ПИН на уровне 6%.

Что касается беременных женщин, в 2012 году было выполнено 231 584 теста. Учитывая примерное число беременностей в год в Беларуси, составляющее 100 000 (персональное сообщение), это означает, что женщины проходят тест на ВИЧ два раза во время беременности. Необходимо учитывать целесообразность и экономическую эффективность такой меры вмешательства, поскольку она может означать экономию средств на тестирование на ВИЧ в этой группе, которые можно использовать в других группах населения, где охват тестированием на ВИЧ остается очень низким. Кроме того, показатель распространности ВИЧ среди детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями, составляет 1,8% (см. таблицу ниже), что не соответствует очевидно высокому показателю тестирования среди беременных женщин (10).

Национальный закон № 345-3 “О предупреждении распространения заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека” был принят в июле 2012 года; он разрешает проведение обязательного тестирования на ВИЧ среди некоторых категорий работников и включает перечень таких профессий, которые запрещены для людей, живущих с ВИЧ, например, хирурги. Этот закон разрешает обязательное тестирование на ВИЧ, если лицо уклоняется или отказывается пройти обязательное тестирование или если имеются «достаточные основания полагать о наличии у человека ВИЧ ...». Как указано в Законе, раскрытие информации о состоянии здоровья разрешается по запросу Министерства здравоохранения, Министерства внутренних дел, а

принудительная изоляция и лечение при наличии заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения (включая ТБ), могут быть обязательными. Этот закон вызывает серьезную озабоченность относительно добровольности и конфиденциальности процедур тестирования, которые являются основными принципами глобальных и региональных руководящих документов и рекомендаций по тестированию (11,12,13).

Также следует отметить, что 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: пациенты могут не получить результаты первого теста, либо подтверждающего второго теста. Кроме того, это отрицательно влияет на включение пациентов в систему услуг по лечению и уходу в связи с ВИЧ.

При тестировании на ВИЧ существует ряд препятствий, которые указывают на проблемы, стоящие на пути расширения тестирования на ВИЧ, снижения числа лиц, у которых не был установлен диагноз ВИЧ, и успешной взаимосвязи лиц с диагностированным ВИЧ с услугами по лечению и уходу в связи с ВИЧ:

- быстрое (экспресс) тестирование официально не утверждено Минздравом и не рассматривается как метод диагностики ВИЧ-инфекции;
- для выполнения подтверждающего теста на ВИЧ пациенты должны представить документ, подтверждающий личность (обычно паспорт);
- географические барьеры, поскольку кровь из учреждений здравоохранения всей страны отправляется в несколько городов, где организовано тестирование на ВИЧ.
- ограниченные возможности для тестирования среди ПИН и партнеров ПИН;
- нехватка тестов на ВИЧ в летний период;
- боязнь стигмы и дискриминации.

Для обеспечения ранней диагностики среди ЛЖВ программы тестирования должны быть направлены на охват тех, кому грозит самый высокий риск. Необходимо принимать меры по созданию благоприятных условий для тестирования. Программы ППМР должны подвергаться тщательному контролю; необходимо учитывать целесообразность и экономическую эффективность и активно использовать данные для разработки программ, нацеленных на максимально возможное обнаружение ВИЧ-позитивных. Конкретные рекомендации будут представлены в общем виде в разделе 4.

Приоритетная область 2: оптимизация лекарственных схем

Число схем лекарственного лечения относительно большое (23 схемы). Страна планирует постепенный переход на новое руководство ВОЗ по АРТ, которое будет включать упрощение лекарственных схем и пересмотр критериев включения в программы лечения и контроля за лечением. В процессе такого перехода стране потребуется техническая помощь.

В 2011 году была выполнена оценка системы управления закупками и поставками (УЗП) антиретровирусных препаратов (февраль 2011 г.) с тем, чтобы определить необходимость изменений нормативных вопросов, и оценить все компоненты УЗП от центрального уровня для конечного потребителя. По итогам этой миссии был сформулирован ряд рекомендаций касающихся нормативной базы, вопросов выбора препаратов, прогнозирования и количественной оценки, закупок, обеспечения качества, получения, хранения и управления

запасами, управления системами логистики, отчетности, мониторинга и оценки. Однако данные рекомендации еще не выполнены в полном объеме. Важно отметить, что для оптимизации схем лечения, необходимо улучшить систему информирования специалистов на местах о выходе новых приказов и изменениях протоколов лечения, а также контролировать их выполнение во время мониторинговых и надзорных визитов в центры АРТ (2, 6).

Приоритетная область 3: обеспечение доступа к упрощенным инструментам диагностики мониторинга в местах оказания помощи и устранение других препятствий на пути лечения

Поздняя диагностика представляет собой важную проблему, связанную с высоким числом недиагностированных случаев ВИЧ. Несмотря на то, что имеющиеся данные указывают на стабилизацию числа смертей вследствие СПИДа, во время миссии не было возможности получить четкую информацию о тенденциях в изменении числа смертей вследствие СПИДа и установлении числа клеток CD4 во время диагностики. В стране нет электронной базы данных; информация о зарегистрированных случаях ВИЧ и числе ЛЖВ, получающих АРТ, была получена только устно.

Согласно полученной информации, на конец 2012 года диагностированное кумулятивное число случаев ВИЧ составило 2 000, из них 268 больных умерли и за 148 больными был утрачен контроль.

В 2012 году в Минске было установлено 160 новых случаев ВИЧ; из них 132 (82%) больных были зарегистрированы для получения ухода и лечения. Из 160 новых случаев ВИЧ в 2012 году тест на CD4 прошли 121 (75,6%) ЛЖВ.

- CD4 < 200 – 11 ЛЖВ
- CD4 200-350 – 24 ЛЖВ
- CD4 350-500 – 66 ЛЖВ
- CD4 > 500 – 20 ЛЖВ

35 случаев ВИЧ (42%) были диагностированы на позднем этапе (с числом клеток CD4 ниже 350).

Всего в Минске АРТ получали 651 ЛЖВ, что составляет 41% от общего числа пациентов, зарегистрированных для получения ухода, или 52% ЛЖВ, получавших уход в 2012 году. В 2012 году тест на CD4 прошли 442 из 571 ЛЖВ, не получавших АРТ, при этом 192 пациента имели число клеток CD4 ниже 350.

Члены миссии не получили информации о вирусной нагрузке и о числе лиц, получавших АРТ и имевших подавленную вирусную нагрузку. Имеется информация от общественных организаций о том, что оборудование, используемое для мониторинга ВИЧ, числа клеток CD4 и вирусной нагрузки, зачастую не работает, в результате чего контроль за заболеванием не является адекватным.

Препятствия при получении лечения и ухода, отмеченные представителями сообщества ЛЖВ в Беларуси:

Отношения между врачами и пациентами

- очень ограниченное время для консультаций;
- высокий коэффициент сменяемости врачей;
- низкий уровень “уважения” к инфекционным заболеваниям среди профессионалов, что в свою очередь влияет на отношения между пациентами и врачами;
- отсутствие доверия к медицинским специалистам среди пациентов;
- возможные варианты лечения редко обсуждаются с пациентами;
- информация о лечении среди сообщества людей, живущих с ВИЧ, ограничена.

Предвзятое отношение со стороны пациентов

- распространенное неверное представление среди пациентов о том, что лечение неэффективно и не принесет им никакой пользы;
- опасения среди сообщества, что препараты-генерики будут неэффективными или плохого качества, что приведет к побочным эффектам у пациентов, получающих антиретровирусную терапию;
- опасения среди сообщества по поводу низкого качества лечения, поскольку в Беларуси выпускаются генерики или аналогичные препараты, не прошедшие преqualфикацию ВОЗ.

Лечение для детей и молодежи

- по мнению ЛЖВ вне города Минска нет врачей-инфекционистов, работающих с ВИЧ-инфицированными детьми;
- в больницах дети, живущие с ВИЧ, проходят лечение в палатах для взрослых, очень часто вместе с пациентами, имеющими длительный опыт употребления наркотиков;
- молодые люди, живущие с ВИЧ, получают ограниченную поддержку для усиления приверженности, что может отражаться на данных о проблемах, касающихся приверженности лечению.

Быстрые тесты проводились только в рамках некоторых пилотных исследований под руководством ПРООН.

Приоритетная область 4: снижение стоимости

Ожидается, что срок действия текущего гранта Глобального фонда завершится в 2015 году. Министерство здравоохранения планирует обеспечить закупку АРВ-препаратов для проведения антиретровирусной терапии за счет государственного бюджета. Согласно информации, полученной от начальника Управления фармацевтической инспекции и организации лекарственного обеспечения и начальника Управления лекарственных препаратов, этот процесс уже начался, и Министерство здравоохранения планирует начать закупки трех препаратов для АРТ (по информации странового офиса ПРООН и Группы управления грантами ГФ (ГУГ ГФ), ранее была достигнута договоренность, что правительство обеспечит закупку пяти препаратов).

существует два основных опасения по поводу государственных закупок: 1) обеспечение качества и 2) обеспечение низких цен. Цена на препараты может оказаться выше по сравнению с ценами, которые устанавливаются при переговорах между Глобальным фондом и поставщиками, когда закупки проводятся через систему добровольных объединенных закупок (ДОЗ). Нет уверенности в том, что закупаемые препараты будут соответствовать требованиям преквалификации ВОЗ.

В случае если система государственных закупок столкнется с указанными проблемами, имеется возможность выполнить закупки через механизмы закупок Глобального фонда с участием ПРООН. В прошлом году была сделана попытка использовать такую возможность, однако Министерство здравоохранения не смогло перевести средства в ПРООН для выполнения закупок. Если Министерство здравоохранения переведет средства в ПРООН, это агентство сможет запустить процедуру закупок для Министерства здравоохранения. Это гарантирует более низкие цены и качество препаратов (все препараты, закупаемые через механизмы Глобального фонда, проходят преквалификацию ВОЗ).

В настоящее время препараты, закупаемые за счет средств Глобального фонда, поставляются с буферным запасом в 25%, в то время как по информации представителей Министерства здравоохранения государственные закупки обеспечат лишь 10% буферный запас, что усиливает риск нехватки запасов на складе.

В целом создается впечатление, что система закупок и поставок препаратов работает хорошо, однако ее функционирование зависит больше от личных умений и навыков отдельных

специалистов, чем от стандартных рабочих процедур, что делает всю систему уязвимой и неустойчивой. Например, Министерство здравоохранения не участвует в полной мере во всех процессах УЗП АРВ-препаратов; его участие больше касается получения прогнозируемых данных из Отдела профилактики ВИЧ/СПИДа РЦГЭиОЗ. Передача препаратов в регионы осуществляется через РУП «Белфармация». Методика прогнозирования не формализована.

Имеют место случаи нехватки препаратов в отдельных регионах; эта проблема решается путем перераспределения препаратов из других регионов, однако имели место случаи задержки в выделении АРВ-препаратов в клиники. Отмечались отдельные случаи использования педиатрических АРВ-препаратов (сироп) для взрослых по причине нехватки препаратов на складе, а также случаи неполного получения комбинированного лечения из трех препаратов в случае отсутствия препаратов на складе.

Приоритетная область 5: адаптация систем оказания услуг

ОЗТ и АРТ среди ПИН

Подавляющее большинство исследований для изучения приверженности АРТ среди потребителей инъекционных наркотиков указывают на то, что при включении в устойчивые программы ухода при наличии адекватной социально-психологической поддержки, доступа к заместительной терапии и правильного ведения при сопутствующих заболеваниях, потребители наркотиков способны проявлять такую же приверженность АРТ, как и пациенты, не потребляющие наркотики. По данным недавно проведенного метаанализа с оценкой результатов 38 исследований (N= 11394 ВИЧ-позитивных потребителей наркотиков), был отмечен общий показатель приверженности АРТ среди потребителей инъекционных наркотиков на уровне 60%, что оказалось близким к уровням, отмеченным среди ЛЖВ в целом (15-24).

Результаты АРТ оказались лучше среди потребителей наркотиков, получающих ОЗТ, по сравнению с потребителями наркотиков, не получающими ОЗТ. В ходе ряда исследований были получены независимые данные, указывающие на взаимосвязь между ОЗТ и подавлением РНК ВИЧ-1; в ходе одного исследования была установлена взаимосвязь между увеличением числа клеток CD4 и получением ОЗТ. Положительный эффект ОЗТ на приверженность АРТ можно объяснить стабилизацией социального положения пациента, регулярным доступом к уходу и направлением к специалистам, привычкой получать лекарственные препараты ежедневно и улучшением работы сети социальной поддержки (15-24).

По оценкам, число потребителей инъекционных наркотиков в Беларуси составляет примерно 75 000, из них 0,3% получают ОЗТ. Согласно оценкам, в 2010 году число ПИН, живущих с ВИЧ, составляло 10 500, в то же время данных о ПИН, живущих с ВИЧ и получающих АРТ, не было.

В настоящее время в Беларуси работает 18 центров ОЗТ, включая центр ОЗТ в Гомельском противотуберкулезном диспансере; это противотуберкулезное учреждение имеет нарколога и предоставляет интегрированные услуги для ПИН, получающих лечение в связи с ТБ.

ОЗТ предоставляется за счет гранта ГФ и работает как пилотный проект для 1050 пациентов по стране. Несмотря на то, что спрос намного выше и специалисты-наркологи готовы предложить ОЗТ еще 2000 потребителей наркотиков, зарегистрированных в наркологических диспансерах, возможности таких центров практически исчерпаны (то есть возможности для включения новых клиентов в программы лечения сильно ограничены). Например, центр ОЗТ в Минском главном наркологическом диспансере обслуживает примерно 55 пациентов и не имеет возможности для расширения, что обусловлено ограниченным числом врачей (наркологов). Наркологи назначаются в центры ОЗТ по решению руководителя медицинского учреждения. Ожидается получение отчета об оценке охвата ОЗТ в Беларуси, которая проводится наркологической службой страны; согласно информации, полученной от главного нарколога Беларуси, этот отчет будет представлен Министерству здравоохранения, после чего будет рассмотрен вопрос о расширении таких услуг (предположительно в начале 2014 г.).

Пациент может получить доступ к услугам ОЗТ, только если он регистрируется как потребитель наркотиков. На деле не имеет значения, является ли пациент активным потребителем наркотиков или получает ОЗТ – в обоих случаях он считается потребителем наркотиков. Такое законодательство влияет на то, как быстро ПИН получают доступ к услугам, а также на возможности заниматься определенными профессиями и иметь водительские права.

Пациенты, получающие ОЗТ, должны приходить в центры ОЗТ ежедневно, поскольку законодательно запрещено выносить метадон из центров ОЗТ. Метадон не включен в перечень основных лекарственных препаратов, а бупренорфин, который можно назначать в таблетках, в Беларуси не зарегистрирован.

Пилотный проект по ОЗТ считается важным шагом в правильном направлении; в то же время, поскольку проект финансируется ГФ, необходимо срочно изыскать возможности для продолжения финансирования, чтобы обеспечить его непрерывность и устойчивость.

Расширение доступа к ОЗТ зависит от политической воли правительства, которое должно разрешить поставки метадона и выделить сотрудников для программ ОЗТ. ВИЧ будет и далее распространяться среди сообщества ПИН и населения в целом, пока не будет найдено решение для большого числа ПИН в стране, не получающих лечения.

Координация мер противодействия ТБ/ВИЧ

Обзорный анализ национальной программы по ТБ был выполнен ВОЗ в октябре 2011 года, а также миссией по вопросам сотрудничества между программами по ТБ и ВИЧ в феврале 2011 года (4, 7).

Сотрудничество в области противодействия ТБ/ВИЧ регулируется приказом Министерства здравоохранения. В этом приказе детально описаны меры по сотрудничеству между двумя службами (включая сроки проведения мероприятий), а также обязанности и ответственность сторон. Все пациенты с ТБ должны проходить тест на ВИЧ; приказ Министерства здравоохранения не позволяет пациентам отказаться от теста на ВИЧ. Пациентов, имеющих ВИЧ, также проверяют на симптомы ТБ; при подозрении на ТБ их направляют к фтизиатру. ВИЧ-инфицированные, имеющие ТБ, получают противотуберкулезное лечение в противотуберкулезных учреждениях.

В то же время члены обеих миссий рекомендовали усилить координацию работы служб по ВИЧ и ТБ для ранней диагностики ТБ среди ЛЖВ и для диагностики ВИЧ и ведения пациентов с ТБ/ВИЧ, включая еженедельные консультации инфекционистов в противотуберкулезных больницах и консультации фтизиатров в инфекционных больницах для обеспечения эффективного потока информации между этими двумя службами во время и по завершении противотуберкулезного лечения. В октябре 2013 года Министерство здравоохранения выпустило новый приказ с уточнением критериев назначения профилактического лечения изониазидом ВИЧ-позитивным пациентам независимо от числа клеток CD4. Столь же важным является разработка индикаторов для мониторинга, что должно являться компонентом общей системы надзора за эпидемией ВИЧ в стране (4, 5, 7).

Лечение при ВИЧ в пенитенциарной системе

В соответствии с правилами 100% заключенных проходят тестирование на ВИЧ в тюрьмах. Однако, несмотря на это, число людей, которые впервые получили информацию о своем ВИЧ-статусе, находясь в тюрьме, не регистрируется.

В тюрьмах не применяются такие меры вмешательства, как презервативы, ПОШ и ОЗТ, что может приводить к прерыванию ОЗТ среди лиц, которые ранее были клиентами центров ОЗТ.

АРТ в тюрьмах обеспечивается за счет поддержки ГФ. АРТ назначается по принципу DOT (под непосредственным наблюдением); кроме того, в этой работе участвует одна христианская НПО, которая помогает заключенным начинать лечение и продолжать его после освобождения. Эта НПО также оказывает поддержку заключенным после освобождения в поисках жилья и социальную поддержку. Сеть ЛЖВ в Беларуси предлагает еще одну программу по работе с заключенными. Хотя этот проект находится на середине своего цикла, эта НПО не смогла начать работу с заключенными.

В пенитенциарной системе имеются не все схемы лечения, что может привести к прерыванию лечения когда пациент, получающий АРТ, попадает в тюрьму. Когда такой пациент попадает в пенитенциарную систему, тюремная медицинская служба обращается к врачу (инфекционисту), который вел пациента, и получает подтверждение. После этого врач тюремной системы назначает заключенному лечение. Если использованные ранее препараты отсутствуют, медчасть пенитенциарной системы может получить препараты в больнице. Весь этот процесс в основном базируется на личной коммуникации и индивидуальной приверженности; нет документов, которые описывали бы этот процесс и делегировали полномочия и обязанности всем участвующим сторонам или же определяли временные рамки для реализации всех необходимых договоренностей.

Солигорск как хороший пример интеграции услуг

Солигорск – это собой небольшой город с населением 138 000 человек, где имеется одна больница; он является хорошим примером интегрированного оказания услуг. Тестирование на ВИЧ, лечение и уход, ППМР, фтизиатрические услуги, ОЗТ – все эти службы расположены рядом. Центр ОЗТ предоставляет метадон 96 пациентам, имеющим опиоидную зависимость, однако его возможности ограничиваются финансовой помощью ГФ для закупки метадона и оплаты работы персонала.

Приоритетная область 6: мобилизация сообществ

Профилактические мероприятия для ключевых групп населения проводят только местные НПО. Государство не имеет механизмов для выделения финансирования НПО для работы с ключевыми группами населения. НПО могли бы играть важную роль в установлении связи между ВИЧ-инфицированными ключевыми группами и службами по лечению и уходу в связи с ВИЧ, в оказании помощи для посещения клиник с целью лабораторного контроля за развитием заболевания и в оказании поддержки для выполнения схем АРТ.

Участие людей, живущих с ВИЧ, в разработке национальной политики и программ

В стране имеется две структуры, которые занимаются планированием мер противодействия ВИЧ: СКК, созданный при поддержке гранта ГФ и включающий представителей сообщества и организаций, работающих с ключевыми группами населения, и Республиканский межведомственный совет по профилактике ВИЧ, государственная структура, в которую не входят представители гражданского общества.

В надзорный комитет СКК входят восемь членов от гражданского общества, в том числе представители организаций «Позитивное движение», «Встреча», Белорусского объединения клубов ЮНЕСКО. НПО АСТ, получавшая финансирование ГФ (главным реципиентом является офис ПРООН в Беларуси) и оказывавшая техническую помощь НПО для усиления общественных систем в течение 11 месяцев, перестала получать финансирование и была вынуждена прекратить свою работу, связанную с усилением общественных систем.

НПО являются важными участниками, поскольку они могут работать с группами, более всего затронутыми проблемой ВИЧ в стране. Для обеспечения адекватных мер в ответ на эпидемию в будущем важно продолжить меры по наращиванию опыта и оказанию услуг ключевым группам населения организациями, которые занимаются этой работой в настоящее время. На основе передовой практики рекомендовано разработать правительственную стратегию по профилактике для ключевых групп населения, которую следует реализовать после 2015 года, включая разработку национальной стратегии по финансированию НПО. ГФ вместе с правительством и НПО должны разработать стратегию по обеспечению дальнейшего устойчивого оказания услуг для пациентов.

4. Основные узкие места и решения

4.1 В системе эпиднадзора за эпидемией ВИЧ в стране отсутствуют важные показатели, и анализ собираемых данных недостаточен, чтобы получить информацию для принятия решений при определении политики о приоритетах в национальной программе по ВИЧ

Первым шагом для осуществления адекватных мер в ответ на эпидемию ВИЧ в стране является реализация принципа «знать свою эпидемию». Как описано выше, члены миссии указали на отсутствие ряда важных показателей, необходимых для комплексной обзорной оценки эпидемии ВИЧ в стране, т.е. числа клеток CD4 при постановке диагноза ВИЧ-инфекция; числа лиц, получающих уход (число пациентов, получающих уход без АРТ, число пациентов, получающих уход с назначением АРТ, число пациентов с подавленной вирусной нагрузкой), а также важных данных о ключевых группах населения, показателе распространенности ВИЧ и т.д.

Также необходимо улучшить систему анализа собираемых данных, т.е. рост числа случаев ВИЧ среди лиц в возрасте 29-35 лет, скорее всего, обусловлен ростом показателя распространенности среди ПИН и МСМ. По этой причине меры вмешательства по профилактике, тестированию, уходу и поддержке должны быть нацелены на такие группы риска, а не на все население в возрасте 29-35 лет, как предлагает Отдел профилактики ВИЧ/СПИДа РЦГЭиОЗ. Ключевым направлением эпиднадзора за эпидемией является всесторонний анализ положения в группе ПИН и ВИЧ-инфицированных ПИН в рамках национального эпиднадзора. В целом, меры в ответ на ВИЧ в стране выиграют благодаря укреплению системы эпиднадзора и сбору релевантной информации в одной ответственной организации.

Рекомендации

- Необходимо обеспечить сбор стратегических ключевых данных эпиднадзора за ВИЧ и данных мониторинга за лечением и уходом в связи с ВИЧ и анализ таких данных в Центре гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья. Такие данные позволят лицам, принимающим решения по вопросам политики, определять приоритеты в рамках национальной программы по ВИЧ.
- Требуется улучшить анализ группы ПИН; за точку отсчета следует брать реальное число потребителей наркотиков, а не зарегистрированное число. Также необходимо проанализировать причины регистрации малого числа ПИН.
- Необходимо обеспечить усиление потенциала Центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья и сотрудничества с Европейским региональным бюро ВОЗ, ЕЦКЗ и Центром сотрудничества ВОЗ по ВИЧ и вирусным гепатитам с целью определения ключевых показателей и обеспечения централизованного механизма анализа.
- В последние два года было проведено несколько миссий/оценок по различным аспектам мер противодействия ВИЧ. Необходимо обеспечить анализ рекомендаций

таких миссий и их адекватную интеграцию и мониторинг при планировании будущих программ.

4.2 Тестирование на ВИЧ не нацелено на ключевые группы населения, которым грозит самый высокий риск

Одним из основных узких мест в решении проблемы ВИЧ в стране является низкий уровень охвата тестированием на ВИЧ, в частности групп населения, которым грозит самый высокий риск. Поскольку меры по профилактике в основном были направлены на молодежь, появился серьезный пробел в охвате профилактикой, консультированием и тестированием тех, кому грозит самый высокий риск. На слабый охват тестированием ОЗГН также указывает высокий процент лиц, у которых ВИЧ не диагностирован, что в свою очередь приводит к поздней диагностике и, как следствие, высокой заболеваемости и смертности, высоким экономическим затратам и высокому риску передачи инфекции.

Программы/мероприятия по тестированию очевидным образом увязываются с определенными стандартами клинического ухода и имеющимися системами поддержки, с тем чтобы лица, имеющие положительный результат теста на ВИЧ, были подключены к системе ухода. Оценка показала, что такая система в стране должным образом не обеспечена, т.е. в одном из проектов лишь 30% лиц с положительным результатом теста на ВИЧ проходили повторный (подтверждающий) тест и имели доступ к услугам по уходу.

Как описано в разделе 3.1, беременным женщинам тест на ВИЧ предлагается пройти два раза. Целесообразность и экономическая эффективность такой практики требует дополнительного анализа, поскольку такая практика не рекомендована ВОЗ и здесь имеется возможность для снижения затрат. Предлагая пройти первый и второй тесты на ВИЧ, необходимо понимать уровень распространенности ВИЧ среди беременных женщин. Второй тест на ВИЧ даст показатель заражения ВИЧ среди беременных женщин, и если такой показатель окажется низким, второй тест рекомендуется не назначать. В целом программы тестирования должны иметь четкую цель: проводятся ли они с целью эпиднадзора за эпидемией или с целью установления максимального числа ВИЧ-позитивных. Данные необходимо не просто получать и сообщать, а использовать внимательно. Назначение второго теста для беременных женщин позволит ликвидировать наиболее важный пробел в тестировании ПИН.

Рекомендации

- Необходимо создавать программы тестирования, нацеленные на группы населения, которым грозит самый высокий риск, а также внедрять быстрые методы тестирования для этих групп.
- Необходимо разработать более широкие программы охвата ключевых групп населения, включая ПИН, РСБ и МСМ, через организации на уровне сообществ.
- Необходимо обеспечить четкую увязку со стандартами клинического ухода, что должно являться компонентом инициатив по тестированию.
- Необходимо разработать и отслеживать целевые показатели для ключевых групп населения.
- Необходимо упростить национальный протокол по тестированию и включить в него быстрое тестирование.

- Необходимо обеспечить аудит программы ППМР для лучшего понимания того, почему дети продолжают рождаться с ВИЧ, а также проводить оценку (экономической) целесообразности программы.

4.3 Неадекватная система управления закупками и поставками АРВ и товаров

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.

Рекомендации

- Необходимо разработать централизованный план координации, прогнозирования и распределения, а также всесторонний план перехода от системы закупок АРВ за счет ГФ к системе закупок через Министерство здравоохранения.
- Необходимо проанализировать возможность осуществления закупок в течение первых лет через ГФ для Министерства финансов с целью обеспечения непрерывности закупок и низких цен.
- Необходимо внедрить систему мониторинга складских запасов.
- Необходимо отслеживать выполнение рекомендаций, полученных от миссий ВОЗ в 2011 году.

4.4 Недостаточный уровень включения и удержания пациентов в программах ухода в связи с ВИЧ и АРТ

Сохранение ПИН в программах ухода представляет собой серьезную проблему. Члены миссии получили данные, указывающие на нехватку персонала для лечения в связи с ВИЧ и большую текучесть кадров, следствием чего является отсутствие информации или получение неверной информации; кроме того, было приведено много примеров того, что пациенты прекращают принимать препараты, как только они начинают чувствовать себя лучше. Члены сообщества отмечали широкое недоверие к системе, наличие личных мнений и в целом низкий уровень знаний по вопросам передачи ВИЧ и лечения.

Хорошим примером вовлечения гражданского общества в работу, направленную на включение и сохранение больных в программах ухода, является использование равных консультантов для информационно-просветительской работы. Однако такая инициатива финансировалась ВОЗ, и следует рассмотреть возможность продолжения такой работы через постоянных работников НПО и формализацию сотрудничества с клиниками для повышения уровня устойчивости такой стратегии.

Рекомендации

Министерство здравоохранения само по себе или совместно с Глобальным фондом должны рассматривать включение финансовых и кадровых ресурсов в работу по противодействию эпидемии ВИЧ как стратегический подход для того, чтобы остановить эпидемию ВИЧ и уменьшить затраты в будущем. Это потребует вложения инвестиций в ключевые сферы:

- Расширение охвата АРТ с целью минимизации разрыва между оценочным числом ЛЖВ, нуждающихся в АРТ, и числом тех, кто получает АРТ, с тем чтобы АРТ была полезной с точки зрения профилактики на популяционном уровне.
- Создание междисциплинарных групп/команд для лечения в связи с ВИЧ и обеспечение адекватных кадровых ресурсов (врачей, медсестер, социальных работников), предоставляющих услуги по лечению и уходу в связи с ВИЧ для ЛЖВ, например, путем перераспределения функций по мере необходимости.

4.5 Нехватка программ снижения вреда, включая низкий охват ОЗТ

Очевидно, что основной движущей силой эпидемии ВИЧ в Беларуси является потребление наркотиков. Меры противодействия росту передачи ВИЧ таким путем являются недостаточными, если учитывать имеющиеся доказательные данные.

Требуется улучшить анализ положения в группе ПИН; за точку отсчета следует брать реальное число потребителей наркотиков, а не зарегистрированное число. Также необходимо проанализировать причины регистрации малого числа ПИН. Важным шагом в этом направлении является пилотный проект ОЗТ; в то же время, поскольку проект финансируется ГФ, необходимо срочно изыскать возможности для продолжения финансирования, чтобы обеспечить его непрерывность и устойчивость.

В настоящее время расширение доступа к ОЗТ зависит от политической воли правительства, которое должно разрешить поставки метадона и выделить сотрудников для программ ОЗТ.

ВИЧ будет и далее распространяться среди сообщества ПИН и населения в целом, пока не будет найдено решение для большого числа ПИН в стране, не получающих лечения.

Рекомендации:

- Необходимо обеспечить расширение охвата тестированием на ВИЧ и услугами в связи с ВИЧ для ПИН в соответствии с руководством ВОЗ (техническое руководство ВОЗ/ЮНОДК/ЮНЭЙДС для того, чтобы страны могли устанавливать целевые показатели по обеспечению всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ для потребителей инъекционных наркотиков, версия 2012 года, ВОЗ 2012) (быстрое тестирование на ВИЧ, лечение и уход в связи с ВИЧ в сообществе через мобильные клиники, центры ОЗТ).
- Необходимо обеспечить расширение охвата ОЗТ среди ПИН (с нынешнего уровня 1 000 пациентов как минимум до 30 000 – 40 000 пациентов с тем, чтобы обеспечить расширение охвата с оценочного 1,3% до более 40% в соответствии с рекомендациями ВОЗ), что приведет к снижению передачи ВИЧ в данной ключевой группе населения (вложение средств в создание новых центров ОЗТ, кадровые ресурсы, закупку метадона).
- Министерство здравоохранения должно включить ОЗТ в план закупок и включить метадон в перечень основных лекарственных средств.
- Пример передовой практики в городе Минске – проведение анализа экономической эффективности по запросу главного нарколога для обоснования.
- Необходимо рассмотреть вопрос о внесении изменений в законодательство о ОЗТ и ПИН и указать, что нынешние требования в отношении регистрации являются барьером на пути инициирования ОЗТ, поскольку такая регистрация не позволяет заниматься определенными видами профессиональной деятельности и получать водительские права. Также необходимо проанализировать причины регистрации малого числа ПИН.

4.6 Нехватка интегрированных услуг, включая сотрудничество между клиниками для ВИЧ-инфицированных и НПО, противотуберкулезными больницами и наркологами

Очень важно обеспечить необходимые кадровые ресурсы (врачи, медсестры, социальные работники), которые будут оказывать услуги по лечению и уходу в связи с ВИЧ для ЛЖВ.

Равные консультанты могут оказывать необходимую помощь пациентам при получении результатов диагностики, а также для улучшения системы взаимосвязи с программами по уходу, повышения уровня приверженности и удержания пациентов в программах лечения, что в конечном итоге повлияет на конечные результаты лечения на индивидуальном уровне и уровне сообщества. Каскад лечения для Беларуси, включающий пробелы в плане диагностики, охвата лечением и процента пациентов с подавленной вирусной нагрузкой (1), указывает на потребность в применении междисциплинарного подхода на благо пациентов.

Команда, работающая с пациентом, может включать: врача, медсестру, равного консультанта, психолога и социального работника. На данный момент в Беларуси имеется небольшое число равных консультантов из числа ЛЖВ. Такие консультанты могут быть очень полезными для обеспечения готовности пациента к лечению, повышения уровня приверженности и ведения пациентов, – это те сферы, которые требуют решения в Беларуси.

Равные консультанты имеют меньше сдерживающих факторов (барьеров), которые могут влиять на качество их работы и в конечном итоге на качество жизни людей, живущих с ВИЧ, которым они оказывают услуги. Такие консультанты, не являющиеся медицинскими работниками, редко рассматриваются медработниками как часть команды, работающей с пациентом. Для обеспечения возможностей для включения равных консультантов необходимо, чтобы они могли работать в клиниках, что в настоящее время исключено, поскольку, согласно законодательству, немедицинские работники не могут наниматься для работы в клинике. Другой проблемой является место для работы равного консультанта с пациентами. Такие консультанты не имеют помещения/физического пространства для проведения консультаций, поэтому консультации проводятся в неформальных местах, таких как кафе, парки и т.д.

Рекомендации

- Необходимо создать междисциплинарные команды по всей стране, которые будут заниматься потребностями пациентов. Все члены команды должны работать вместе, обеспечивая различные потребности пациентов.
- Необходимо обеспечить физическое пространство для работы равных консультантов, которые должны быть важнейшей частью системы медицинской помощи.
- Необходимо разработать правовую базу для предоставления услуг пациентам через немедицинский персонал.
- Необходимо собрать данные о передовой практике применения мер профилактики для ключевых групп населения через НПО.
- Используя данные о передовой практике, необходимо разработать государственную стратегию по профилактике для ключевых групп населения, которую можно внедрить после завершения 2015 года, а также разработать стратегию финансирования НПО.

4.7 Рекомендации предыдущих миссий по оценке учитываются в страновых программах не в полной мере

В 2011 году был проведен ряд конкретных оценок в отношении закупок АРВ-препаратов препаратов и координации действий с программами по ТБ, однако рекомендации указанных миссий учитываются не в полном объеме. Следовательно, в стране имеется большой объем тщательно проанализированных данных, которые должны учитываться в страновых программах.

Рекомендации

- Обеспечить обсуждение рекомендаций по результатам оценки на централизованном уровне и их использование при планировании программ.
- Европейское региональное бюро ВОЗ и Центр сотрудничества ВОЗ по ВИЧ и вирусным гепатитам может оказать техническую поддержку.

5. Универсальные вопросы

5.1 Устойчивость и доступ к услугам

Как отмечалось в различных разделах данного отчета, устойчивость услуг остается важнейшим вопросом в свете того, что основной донор программ лечения и ухода в стране завершает свое финансирование. В частности, это касается качества, цены и постоянного наличия АРТ в стране. Кроме того, инновационные программы, нацеленные на ключевые группы населения, т.е. программы для ПИН и ОЗТ, финансируются (а иногда даже осуществляются) внешними донорами, например, ГФ/ПРООН/ВОЗ и другими. Для обеспечения устойчивости услуг очень важно иметь механизмы их передачи местным партнерам и обеспечить адекватный мониторинг.

Что касается доступа к услугам, он должен быть улучшен на всех этапах каскада лечения, от тестирования на ВИЧ до обеспечения доступа к лечению и адекватного мониторинга заболеваний благодаря постоянному измерению вирусной нагрузки.

5.2 Права человека

Препятствия на пути тестирования и обеспечения доступа к лечению и уходу представляют собой серьезную проблему во всем мире. Условия предоставления помощи ЛЖВ имеют огромное значение с точки зрения диагностики и сохранения пациентов в программах по уходу. Во время миссии были установлены проблемы в области прав человека в отношении ВИЧ-позитивных и ПИН, которые не способствуют улучшению условий, необходимых для решения проблемы эпидемии в стране.

Рекомендации

- Необходимо рассмотреть вопрос об изменении нормативных положений относительно регистрации ПИН для предоставления им ОЗТ. Регистрация в качестве потребителя наркотиков является препятствием для начала ОЗТ.
- В июле 2014 года, когда может официально начаться процесс изменения законодательных норм, поскольку к тому моменту закон будет действовать уже два года, рекомендуется начать работу по изменению законодательства для отмены обязательного тестирования и лечения.

6. Выводы и рекомендации

6.1 Выводы

Нынешняя оценка программ лечения и ухода в связи с ВИЧ/СПИДом в Беларуси была направлена на пять приоритетных областей: оптимизация лекарственных схем, обеспечение доступа к диагностике в местах оказания помощи, снижение стоимости, адаптация систем оказания услуг и мобилизация населения, как это определено в рамочном документе ВОЗ/ЮНЭЙДС «Лечение 2.0». Важно подчеркнуть, что в 2011 году в стране было проведено несколько конкретных оценок в отношении закупок препаратов и координации действий с программами по ТБ, однако рекомендации указанных миссий учитываются пока что не в полном объеме. Следовательно, в стране имеется большое количество тщательно проанализированных данных, которые должны учитываться при планировании страновых программ.

Учитывая, что финансирование ГФ завершается в 2015 году, а возможность возобновления грантов кажется маловероятной, существует серьезная озабоченность по поводу устойчивости мер противодействия ВИЧ, а также срочная потребность в том, чтобы национальные программы здравоохранения разработали инновационные механизмы финансирования, брали на себя полное руководство в реализации стратегий и финансировании программ и определяли возможности для повышения эффективности использования денежных средств. Следует отметить, что в ходе миссии Министерство здравоохранения выразило свою готовность обеспечить 100% финансирование после 2016 года.

В стране отмечен значительный прогресс в плане увеличения числа ЛЖВ, получающих лечение. Протокол лечения соответствует международным стандартам и рекомендациям; к

концу 2013 года лечение получали более 4000 ЛЖВ. Необходимо поддерживать и активизировать эти огромные усилия благодаря участию медицинских специалистов.

Для принятия решений по вопросам политики требуется тщательный анализ стратегически важной информации об эпиднадзоре за ВИЧ и мониторинге программ лечения и ухода в связи с ВИЧ. Необходимы программы тестирования для целевых групп населения, которым грозит самый высокий риск, а также внедрение методов быстрого тестирования в этих группах/разработка целевых программ тестирования для охвата ключевых групп населения, включая ПИН, РСБ и МСМ, через организации на уровне сообществ. Необходимо срочно увеличить охват ОЗТ среди ПИН. Необходимо обеспечить четкую увязку со стандартами клинического ухода как компонента инициатив по тестированию. Необходимо сделать приоритетным направлением интеграцию услуг, используя хороший пример Солигорска, где тестирование, лечение и уход, ППМР, услуги по ТБ и ОЗТ сконцентрированы в одной больнице. Рекомендуется разработать централизованный план координации, прогнозирования и распределения, а также всесторонний план перехода от системы закупок АРВ за счет ГФ к системе закупок через Министерство здравоохранения. Следует проанализировать возможности осуществления закупок в течение первых лет через ГФ для Министерства финансов с целью обеспечения непрерывности закупок и низких цен. Эта фаза перехода от финансирования за счет средств ГФ имеет критическое значение для успешного решения проблем и обеспечения условий для того, чтобы не были утрачены результаты, достигнутые в последние годы.

Очевидно, что ВИЧ будет и далее распространяться в сообществе ПИН, а также среди населения в целом, пока не будет найдено решение проблемы, связанной с тем, что большое число ПИН в стране остается без лечения.

6.2 Рекомендации

Таблица 2. Основные узкие места, рекомендации и ожидаемые результаты

Основные узкие места (приоритетные)	Основные рекомендации	Рекомендуемые мероприятия	Ответственное учреждение	Ожидаемые результаты
Отсутствие программ снижения вреда, включая низкий уровень охвата ОЗТ	Значительно расширить охват ПИН услугами в связи с ОЗТ и ВИЧ	<ul style="list-style-type: none"> • Инициировать анализ группы ПИН • Включение метадона в перечень основных лекарственных средств и внедрение быстрых методов тестирования 	<ul style="list-style-type: none"> • Минздрав в сотрудничестве с ВОЗ/ГФ • Минздрав 	Снижение заболеваемости и смертности среди ПИН и уровня передачи ВИЧ
Недостаточный уровень включения и удержания в программах ухода и АРТ в связи с ВИЧ	<ul style="list-style-type: none"> • Создать междисциплинарные команды для улучшения включения и удержания в программах ухода • Минимизировать разрыв между охватом и оценочными потребностями 	<ul style="list-style-type: none"> • Междисциплинарные дискуссии по этим вопросам и определение потребности в усилении потенциала • Согласование между Минздравом и ГФ по вопросам использования сэкономленных средств ГФ или перераспределения некоего объема средств для приоритетных областей – закупка АРВ для большего числа ЛЖВ 	<ul style="list-style-type: none"> • Минздрав • Минздрав + ГФ 	Снижение заболеваемости и смертности среди ЛЖВ и уровня передачи ВИЧ
Охват тестированием на ВИЧ не нацелен на группы населения, которым грозит самый высокий риск	Обеспечить целевое тестирование среди групп населения, которым грозит самый высокий риск, и взаимосвязь с программами по уходу	Анализ программ тестирования Техническая поддержка со стороны ВОЗ	Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья в сотрудничестве с Минздравом	Снижение заболеваемости и смертности среди ЛЖВ и уровня передачи ВИЧ Снижение вероятности появления пациентов у врача на поздней стадии и уменьшение

				числа недиагностирова нных ЛЖВ и увеличение выявляемости позитивных среди прошедших тестирование
Система эпиднадзора в стране не включает важные показатели, собранные данные не анализируются должным образом для того, чтобы ими можно было пользоваться при принятии решений в области политики в рамках национальной программы по ВИЧ	Определить ключевые показатели и обеспечить централизованный механизм для анализа	Техническая поддержка со стороны ВОЗ/ЕЦКЗ	Республиканск ий центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья в сотрудничестве с ВОЗ/ЕЦКЗ	Улучшение мониторинга за эпидемией и применение передовой практики
Неадекватная система управления закупками и поставками АРВ и товаров	Разработать централизованный план прогнозирования и распределения, а также всесторонний переходный план для закупок АРВ	Переходный план с ГФ Техническая поддержка ГФ	Минздрав + ГФ	Обеспечение качества и низких цен на АРВ и исключение нехватки товаров на складе
Отсутствие интегрированных услуг, включая сотрудничество между центрами для ВИЧ- инфицированных, НПО, противотуберкулез ными больницами и наркологами	Разработать стратегию для НПО в целях усиления потенциала и создания механизма финансирования	Междисциплинарные дискуссии по этим вопросам и определение потребности в усилении потенциала Техническая поддержка	Минздрав в сотрудничестве со всеми заинтересованн ыми сторонами	Снижение заболеваемости и смертности среди ЛЖВ и уровня передачи ВИЧ
Недостаточный учет рекомендаций предыдущих миссий по оценке в страновых программах	Техническая поддержка для включения рекомендаций в соответствующие страновые программы и стратегии	Техническая поддержка	Минздрав в сотрудничестве со всеми заинтересованн ыми сторонами	Улучшение страновых программ

Приложение 1

Данные о скрининге среди населения Республики Беларусь на антитела к ВИЧ						
Группы населения	Прошли скрининг		Число ВИЧ-инфицированных среди прошедших скрининг		Процент ВИЧ-инфицированных среди прошедших скрининг	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Граждане Республики Беларусь	927 532	990 284	1 195	1 216	0,13	0,12
Потребители наркотиков (102)	4 499	4 466	57 (213)*	67	1,3	1,5
Пациенты, имеющие ИППП (104)	23 663	21 347	66 (267)*	40	0,3	0,2
Доноры крови (108)	298 229	302 131	23	20	0,008	0,007
Беременные женщины (109)	220 176	231 584	128	124	0,06	0,05
Реципиенты (110)	15 816	15 677	0	0	0	0
Заключенные (112)	31 894	27 583	170	150	0,5	0,5
Лица, осмотренные по клиническим показаниям (взрослые) (113)	72 063	74 203	376	401	0,5	0,5
Лица, осмотренные анонимно (114)	18 685	18 126	0	0	0	0
Лица, осмотренные по эпидемиологическим показаниям (115)	1 785	1 700	85	89	4,8	5,2
Лица, осмотренные по клиническим показаниям (дети) (117)	5 990	5 896	0	0	0	0
Дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями	531	511	12	9	2,3	1,8
Другие группы населения	234 201	287 060	278	316	0,12	0,11
Иностранные граждане (200)	11 162	13 098	1	7	0,009	0,05
ВСЕГО:	938 694	1 003 382	1 196	1 223	0,13	0,12

Библиография

1. Wilson DP, Yakusik A, Kerr C, Avila C: HIV resource needs, efficient allocation and resource mobilization for the Republic of Belarus (Потребности в ресурсах в связи с ВИЧ, их эффективное распределение и мобилизация ресурсов для Республики Беларусь). Министерство здравоохранения Республики Беларусь, март 2013 г.
2. Европейское региональное бюро ВОЗ: отчет (проект): Управление закупками и поставками антиретровирусных препаратов в Беларуси (Procurement and Supply Management of Antiretroviral Medicines in Belarus). Минск, Республика Беларусь 28 – 30 марта 2011 г.
3. Офис ПРООН в Беларуси: Обеспечение всеобщего доступа затронутых ключевых групп населения в Беларуси к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ (Ensuring universal access of key affected populations in Belarus to HIV prevention, treatment and care) – проект 00073353, результаты, достигнутые в 2012 г. 22 мая 2013 г.
4. Matteelli A.: WHO travel report summary (Краткий отчет о командировке: Маттелли А., ВОЗ), визит в Минск, Беларусь, 7–12 февраля 2011 г.
5. Глобальный фонд, офис в Беларуси: Бюллетень СПИД и ТБ (AIDS & TB bulletin), no 36, декабрь 2012 г.
6. Human Rights Watch, UPR Submission: General Information on Access to Controlled Medicines. Belarus, November 2009.
7. Коломбани П., Даду А., Дравнице Г. и др. Европейское региональное бюро ВОЗ: Анализ Национальной программы по туберкулезу в Беларуси (Review of the national Tuberculosis programme in Belarus). 10–12 октября 2011 г.
8. Карпов И. А., Василенко А. И., Падуто Д. С., Еремин С. В.: Клиническое руководство: Оптимизация обследования и проведения антиретровирусной терапии у взрослых и подростков. Минск, Беларусь, 2012 г.
9. Голобородько Н.В., Палицкая Г.В.: Рекомендации по проведению добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ: инструкция по применению. Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Минск, 23 декабря 2011 г.
10. Таблица: Распределение ВИЧ-инфицированных (Distribution of HIV infected people): авторы: Русанович А.В., Скуранович А. Л. Отдел ВИЧ/СПИДа, 2 февраля 2012 г.
11. Таблица: Данные о скрининге населения Республики Беларусь на антитела к ВИЧ (Data about screening of the population of the Republic of Belarus for HIV antibodies), авторы: Русанович А.В., Скуранович А. Л. Отдел ВИЧ/СПИДа, 2 февраля 2012 г.
12. Закон Республики “О предупреждении распространения заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека”, 7 января 2012 г. № 345-3.
13. Зарегистрировано в Национальном реестре правовых актов Республики Беларусь 11 января 2012 г. № 2/1897.
14. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 97 от 12 июля 2012 г. Зарегистрировано в Национальном реестре правовых актов Республики Беларусь 23 июля 2012 г. № 8/26165.
15. Fiellin, D. A., Weiss, L., Botsko, M., Egan, J. E., Altice, F. L., Bazerman, L. B., Chaudhry, A., Cunningham, C. O., Gourevitch, M. N., Lum, P. J., Sullivan, L. E., Schottenfeld, R. S., & O’Connor, P. G. (2011). Drug treatment outcomes among HIV-infected opioid-dependent patients receiving buprenorphine/naloxone. *J. Acquir. Immune. Defic. Syndr.*, 56 Suppl 1, S33-S38.

16. Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R., Sullivan, L., & Ali, R. (2008). Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane. Database. Syst. Rev.*, CD004145.
17. Gowing, L., Farrell, M. F., Bornemann, R., Sullivan, L. E., & Ali, R. (2011). Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane. Database. Syst. Rev.*, CD004145.
18. Lloyd-Smith, E., Brodtkin, E., Wood, E., Kerr, T., Tyndall, M. W., Montaner, J. S., & Hogg, R. S. (2006). Impact of HAART and injection drug use on life expectancy of two HIV-positive cohorts in British Columbia. *AIDS*, *20*, 445-450.
19. Malta, M., Magnanini, M. M., Strathdee, S. A., & Bastos, F. I. (2010). Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected drug users: a meta-analysis. *AIDS Behav.*, *14*, 731-747.
20. Malta, M., Strathdee, S. A., Magnanini, M. M., & Bastos, F. I. (2008). Adherence to antiretroviral therapy for human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome among drug users: a systematic review. *Addiction*, *103*, 1242-1257.
21. Spire, B., Lucas, G. M., & Carrieri, M. P. (2007). Adherence to HIV treatment among IDUs and the role of opioid substitution treatment (OST). *Int. J. Drug Policy*, *18*, 262-270.
22. Stotts, A. L., Dodrill, C. L., & Kosten, T. R. (2009). Opioid dependence treatment: options in pharmacotherapy. *Expert. Opin. Pharmacother.*, *10*, 1727-1740.
23. Sullivan, L. E. & Fiellin, D. A. (2005). Buprenorphine: its role in preventing HIV transmission and improving the care of HIV-infected patients with opioid dependence. *Clin. Infect. Dis.*, *41*, 891-896.
24. World Health Organization (2005). *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users* World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland. Notes: [получено 20 мая 2012 г.]
URL: <http://www.who.int/hiv/pub/idu/drugdependencefinaldraft.pdf>

Лица, предоставившие информацию

Имя/фамилия	Должность	Организация
Игорь Гаевский	Заместитель министра здравоохранения, главный государственный санитарный врач Республики Беларусь	Министерство здравоохранения
Инна Карабан	Заместитель начальника Отдела гигиены, эпидемиологии и профилактики	Министерство здравоохранения
Людмила Реутская	Руководитель Управления фармацевтической инспекции и организации медицинской помощи	Министерство здравоохранения
Д-р Дмитрий Пиневиц	Первый заместитель министра здравоохранения Республики Беларусь	Министерство здравоохранения
Татьяна Мигаль	Начальник Управления специализированной медицинской помощи	Министерство здравоохранения
Иван Коноразов	Главный нарколог	Министерство здравоохранения
Валентина Быкова	Эпидемиолог, и. о. руководителя	Отдел профилактики ВИЧ/СПИДа РЦГЭиОЗ
Лариса Касинская	Эпидемиолог	Отдел профилактики ВИЧ/СПИДа РЦГЭиОЗ
Светлана Сергеенко	Эпидемиолог	Отдел профилактики ВИЧ/СПИДа РЦГЭиОЗ
Татьяна Шамсутдинова	Начальник Управления лекарственных средств, Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении	Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении, специалисты Минздрава, Управление фармацевтической промышленности
Анна Трясучева	Начальник медицинского отдела пенитенциарной системы	Медицинское отделение пенитенциарной системы
Александр Желудев	Главный специалист медицинского отдела пенитенциарной системы	Медицинское отделение пенитенциарной системы
Ирина Казакова	Специалист медицинского отдела пенитенциарной системы	Медицинское отделение пенитенциарной системы
Д-р Евгений Голубицкий	Нарколог в центре ОЗТ	центр ОЗТ, Минский областной наркологический диспансер
Олег Скрипко	Координатор компонента ОЗТ, группа управления грантами ГФ, ПРООН	центр ОЗТ, Минский областной наркологический диспансер
Анна Назарова	консультант программы «равный равному», Минск	Вовлечение ЛЖВ в оказание услуг
Валентина Дулич	консультант программы «равный равному», Минск	Вовлечение ЛЖВ в оказание услуг
		ПРООН/группа управления грантами ГФ
Георгий Синьков	Главврач Минского противотуберкулезного диспансера № 2	Минский противотуберкулезный диспансер № 2
Жанна Сапрыкина	Заместитель главврача	Минский противотуберкулезный

		диспансер № 2
Светлана Скрипко	лабораторный специалист, и.о. руководителя	Лаборатория ВИЧ/СПИДа, Национальный центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья

Члены группы по оценке

Имя/фамилия	Должность	Организация	Email
Ирина Ерамова	Руководитель группы, лечение и уход в связи с ВИЧ	Европейское региональное бюро ВОЗ	ier@euro.who.int
Йенс Лундгрэн	Директор, клинический специалист по лечению и уходу при ВИЧ	Центр сотрудничества ВОЗ по ВИЧ и вирусным гепатитам	jdl@cphiv.dk
Дорте Рабен	ВИЧ, общественное здоровье, УЗП АРВ, специалист по вопросам оказания услуг	Центр сотрудничества ВОЗ по ВИЧ и вирусным гепатитам	dra@cphiv.dk
Анна Жакович	Специалист по вопросам мобилизации населения	Европейская группа по лечению при СПИДе (ЕАТГ)	anna.zakowicz@gmail.com
Игорь Карпов	Главный инфекционист Минздрава, лечение и уход при ВИЧ	Минздрав	igorkarpov57@mail.ru
Дмитрий Падудо	Заместитель главврача по вопросам оказания услуг, диагностики и мониторинги в связи с ВИЧ, АРВ	Минская инфекционная больница	ich@tut.by
Олег Скрипко	ПРООН/группа управления грантами ГФ, Координатор по ППМР и назначению заместительной терапии метадоном	ПРООН/ГФ	oleg.skripko@undp.org
Евгений Спевак	Гражданское общество, специалист по мобилизации населения		spevakes@gmail.com
Вера Ильенкова	Страновой офис	Страновой офис	vil@euro.who.int

	ВОЗ	ВОЗ	
Давид Кокиашвили	МиО, специалист по вопросам общественного здоровья, наблюдатель	ГФ	David.Kokiashvili@theglobalfund.org



Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø
Denmark
Тел.: +45 45 30 70 00, Факс: +45 45 30 70 01
Эл. адрес: aids@euro.who.int
Веб-сайт: <http://www.euro.who.int/aids>