

Сентябрь 2014 Г.

**АНАЛИТИЧЕСКИЙ
ОБЗОР
РЕКОМЕНДАЦИЙ
В ОТНОШЕНИИ
ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
ДЛЯ КАЗАХСТАНА,
КЫРГЫЗСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ И
ТАДЖИКИСТАНА**



2007 – 2012 гг

Информация, представленная в данном документе, не является официальной информацией Правительства США и необязательно отражает взгляды или позиции Агентства США по международному развитию.

Рекомендуемая ссылка: О. Семерик, К. Бердсли, А. Датар и М. Дадыян. 2014г. Аналитический обзор рекомендаций в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007–2012). г. Вашингтон (округ Колумбия), Фьючерс групп, «Проект политики в здравоохранении».

ISBN: 978-1-59560-050-9

«Проект политики в здравоохранении» --это пятилетний проект, финансируемый Агентством США по международному развитию в рамках договора о сотрудничестве № AID-OAA-A-10-00067, начиная с 30 сентября 2010 г. Проектные мероприятия в сфере ВИЧ осуществляются при поддержке Чрезвычайного плана Президента США по борьбе со СПИДом (PEPFAR). Проект выполняется компанией Futures Group в сотрудничестве с Plan International USA, Futures Institute, Африканским региональным бюро организации «Партнеры в деле решения вопросов народонаселения и развития» (Partners in Population and Development, Africa Regional Office (PPD ARO)), Бюро по информации по проблемам народонаселения (Population Reference Bureau (PRB)), Международным исследовательским институтом (RTI International) и Альянсом белой ленты за безопасное материнство (White Ribbon Alliance for Safe Motherhood (WRA)).

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ- инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

СЕНТЯБРЬ 2014 Г.

Информация, представленная в данном документе, не является официальной информацией Правительства США и необязательно отражает взгляды или позиции Агентства США по международному развитию.

СОДЕРЖАНИЕ

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ	vi
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	vii
ВВЕДЕНИЕ	1
РЕКОМЕНДАЦИИ В ОТНОШЕНИИ ПОЛИТИКИ	2
Стигма и дискриминация	2
Межсекторальные взаимосвязи	3
Стратегическая информация	4
Доступ к лекарствам	4
Ключевые группы населения (наиболее уязвимые группы населения (УГ)).....	4
КАЗАХСТАН: ОЦЕНКИ, ВЫВОДЫ, РЕКОМЕНДАЦИИ	6
Оценка программы медикаментозной поддерживающей терапии в Казахстане.....	6
<i>Выводы</i>	6
<i>Рекомендации</i>	7
Отчет о базовой оценке услуг по уходу и лечению ВИЧ в Казахстане	9
<i>Выводы</i>	9
<i>Рекомендации</i>	10
Оценка эффективности затрат на программы обмена игл и шприцев в Казахстане, 2000–2010 гг.	12
<i>Выводы</i>	12
<i>Рекомендации</i>	13
Повышение эффективности: быстрая оценка закупки, хранения, распространения и выдачи АРВ-препаратов в Казахстане	14
<i>Выводы</i>	14
<i>Рекомендации</i>	16
Исследование и оценка потенциала проведения тестирования и консультирования на ВИЧ по инициативе поставщика услуг в медицинских учреждениях Центральной Азии.....	17
<i>Выводы</i>	17
<i>Рекомендации</i>	18
Казахстан: ситуация в стране.....	31
<i>Выводы</i>	31
Оценка положения с ВИЧ/СПИДом и связанных с ними систем оказания медицинских услуг в Карагандинской области (исследование потока пациентов, функциональности и вопросов финансирования)	31
<i>Выводы</i>	31
<i>Рекомендации</i>	34
Казахстан: обзор системы здравоохранения	36
Раздувая пламя: нарушения прав человека как фактор распространения эпидемии СПИДа в Казахстане.....	36
<i>Рекомендации</i>	36
КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА : ОЦЕНКИ, ВЫВОДЫ, РЕКОМЕНДАЦИИ	40
Комплексный анализ услуг по снижению вреда в Кыргызской Республике (проект).....	40
<i>Выводы</i>	40
<i>Рекомендации</i>	42
Технический отчет: индивидуальные, социальные и структурные барьеры на пути соблюдения режима лечения АРВ-препаратами в Кыргызской Республике и предлагаемый план действий в республиках Центральной Азии	45
<i>Выводы</i>	45

<i>Рекомендации</i>	50
Картирование основных услуг в сфере ВИЧ, оценка их качества и анализ проблем и потребностей наиболее уязвимых групп в Чуйской области и городе Бишкек, Кыргызская Республика	52
<i>Выводы</i>	52
<i>Рекомендации</i>	53
Отслеживание глобальных инициатив в области ВИЧ/СПИДа и их влияния на систему здравоохранения: опыт Кыргызской Республики	55
<i>Выводы</i>	55
<i>Рекомендации</i>	57
Итоговый отчет и функциональный анализ институциональной структуры, ролей и взаимодействия программ по ВИЧ/СПИДу и связанных с ними программами по оказанию услуг в Кыргызской Республике	58
<i>Выводы</i>	58
<i>Рекомендации</i>	60
Опыт создания услуг по снижению вреда в тюрьмах Кыргызской Республики в рамках Центрально-Азиатской региональной программы по ВИЧ/СПИДу (CARHAP)	61
<i>Выводы</i>	61
ТАДЖИКИСТАН: ОЦЕНКИ, ВЫВОДЫ, РЕКОМЕНДАЦИИ	63
Аналитический отчет: Таджикистан. Возможности для согласования национального законодательства в отношении ВИЧ с лучшими международными стандартами и практиками	63
<i>Рекомендации</i>	63
Отчет по базовой оценке услуг по уходу и лечению ВИЧ в Таджикистане	66
<i>Выводы</i>	66
<i>Рекомендации</i>	67
Картирование основных услуг в сфере ВИЧ, оценка их качества и анализ проблем и потребностей наиболее уязвимых групп в выбранных регионах Таджикистана	70
<i>Выводы</i>	70
<i>Рекомендации</i>	71
Итоговый отчет: функциональный анализ институциональной структуры, функций и взаимосвязей программ по ВИЧ/СПИДу и связанных с ними программ по оказанию услуг в Таджикистане	72
<i>Выводы</i>	72
<i>Рекомендации</i>	72
Национальное исследование по стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ	73
<i>Выводы</i>	73
РЕГИОН: ОЦЕНКИ, ВЫВОДЫ, РЕКОМЕНДАЦИИ	78
Медикаментозная поддерживающая терапия в Казахстане, Кыргызской Республике и Таджикистане по состоянию на середину 2011 года	78
<i>Рекомендации</i>	78
Технический отчет: женщины и снижение вреда в Центральной Азии	81
<i>Выводы</i>	81
<i>Рекомендации</i>	82
Технический отчет: консультирование и тестирование на ВИЧ в Кыргызской Республике, Казахстане и Таджикистане	83
<i>Выводы</i>	83
<i>Рекомендации</i>	84
Анализ затрат на услуги по снижению вреда, связанного с ВИЧ/СПИДом, в Кыргызской Республике и Таджикистане. Исследование, профинансированное фондом «UK aid» в рамках Центрально-Азиатской программы по ВИЧ/СПИДу	85
<i>Выводы</i>	85

Новая модель финансирования Глобального фонда. Как ее внедрение может отразиться на вас и вашей стране	86
Доступность профилактики ВИЧ, лечения и ухода потребителей наркотиков и заключенных в Азербайджане, Казахстане, Кыргызской Республике, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане. Законодательный и политический анализ и рекомендации для реформ.....	87
<i>Выводы</i>	87
<i>Рекомендации</i>	87
Отчет об оценке потребностей Центрально-Азиатского учебно-информационного центра снижения вреда.....	92
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	93
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	101

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Авторы выражают благодарность сотрудникам Агентства США по международному развитию (USAID) Майе Хайджази, Бритту Херстаду, Лесли Перри, Кайрату Давлетову и Хорлан Измайловой, сотрудникам проекта «Качественное здравоохранение», финансируемого USAID, Дэвиду Элкинсу, Лизе Мыглиной, Саре Фейнстайн, Мариан Шеридан и Камиле Бешировой; сотруднику Евразийской сети снижения вреда (ЕССВ) (Eurasia Harm Reduction Network (EHRN)); Сергею Вотягову, а также сотрудникам Проекта политики в здравоохранении (Health Policy Project [HPP]) Лауре МакФерсон и Рону МакИннису за технический анализ и содействие в разработке соответствующей методики.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АРВ-препараты	антиретровирусные препараты
АРТ	антиретровирусная терапия
ВААРТ	высокоактивная антиретровирусная терапия
ВГА	вирусный гепатит А
ВГВ	вирусный гепатит В
ВГС	вирусный гепатит С
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГФСТМ/ГФ	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ДКТ	добровольное консультирование и тестирование
ИОК	информация, образование и коммуникация
ИППП	инфекции, передаваемые половым путем
ЛЖВ	люди, живущие с ВИЧ
ЛЖВС	люди, живущие с ВИЧ/СПИДом
МиО	мониторинг и оценка
МСМ	мужчины, практикующие секс с мужчинами
МПТ	медикаментозная поддерживающая терапия
НПО	неправительственная организация
ОЗТ	опиоидная заместительная терапия
ОИ	оппортунистическая инфекция
ПИН	потребитель инъекционных наркотиков
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
ПОШ	программы по обмену шприцев и игл
ППМР	профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
СМКК	Страновой межсекторальный координационный комитет
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ССГАООН	Специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединённых Наций
КИТ	консультирование и тестирование на ВИЧ
УГ	наиболее уязвимые группы населения
ЦАР	Центрально-Азиатский регион
ЦСМ	центр семейной медицины
ЮНОДК	Управление ООН по наркотикам и преступности
СААР	Центрально-Азиатский проект по СПИДу
CARHAP	Центрально-Азиатская региональная программа по ВИЧ/СПИДу
ICAP	Международный центр программ по оказанию ухода и лечению СПИД
НРР	Проект политики в здравоохранении (Health Policy Project)
PEPFAR	Чрезвычайный план Президента США по борьбе со СПИДом
PFIP	план по внедрению партнерских соглашений о сотрудничестве
QALY	год жизни с поправкой на качество (индекс QALY)
USAID	Агентство США по международному развитию

ВВЕДЕНИЕ

Общей целью «Проекта политики в здравоохранении» (НРР) является укрепление политики, адвокационной деятельности, управления и финансирования в целях разработки и внедрения стратегических, справедливых и устойчивых программ в развивающихся странах. В частности, НРР направлен на решение главных вопросов в области здравоохранения, таких как планирование семьи/репродуктивное здоровье (ПС/РЗ), ВИЧ и охрана материнства, а также на содействие интеграции программ и укрепление систем здравоохранения.

НРР получил финансирование от Агентства США по международному развитию (USAID) и Чрезвычайного плана Президента США по борьбе со СПИДом (PEPFAR) для осуществления деятельности в трех странах Центрально-Азиатского региона (ЦАР) – Республике Казахстан, Кыргызской Республике и Республике Таджикистан – с целью оказания поддержки и укрепления сотрудничества и координации между неправительственными организациями (НПО) и государственными органами в рамках совместной деятельности по определению факторов взаимосвязи, а также протоколов направления пациентов в контексте медицинских и социальных услуг, относящихся к ВИЧ.

Решающим шагом в процессе определения высокоприоритетных областей политики в каждой стране по отдельности и в регионе в целом стало проведение группой НРР аналитического обзора около 30 оценочных отчетов¹, многие из которых признаны USAID и другими партнерами-исполнителями главными источниками нормативно-правовой информации. Организованный по странам и там, где это уместно, аналитический обзор попытался найти ответы на следующие вопросы:

- (1) Какие оценки были проведены и кем?
- (2) Каковы результаты исследований по стране/по региону?
- (3) Каковы пробелы в нормативно-правовой базе, и соответствующие рекомендации по их устранению?

Целью данного анализа является составление подробного обзора недавно опубликованных оценочных отчетов (2007-2012 гг.²), подготовленных в Казахстане, Кыргызской Республике и Таджикистане, а также создание ресурса для использования USAID/ЦАР и другими группами, заинтересованными в определении приоритетных сфер политики.

Рекомендации на основе аналитического обзора, наряду с результатами совместной оценки, осуществленной под руководством НРР в 2013 году в Казахстане, Кыргызской Республике и Таджикистане, были также сопоставлены и объединены с целью их использования при разработке возможного документа, описывающего наиболее эффективного, со стратегической точки зрения, использования средств НРР.

¹ Несмотря на то, что исходный список использованной литературы состоял приблизительно из 40 документов, после того, как НРР начал подготовку аналитического обзора, стало ясно, что некоторые источники из списка являются избыточными документами и содержащаяся в них информация дублирует уже существующую информацию из других источников.

² В данный анализ был включен один отчет, составленный в 2003 году.

РЕКОМЕНДАЦИИ В ОТНОШЕНИИ ПОЛИТИКИ

Несмотря на то, что в рамках данного аналитического обзора не предусмотрен подробный анализ регулятивных документов, существуют определенные общие темы, которым следует уделить внимание как в разрезе каждой страны в отдельности, так и в разрезе региона в целом.

Затрагиваемые в данном обзоре проблемные вопросы в сфере политики являются в значительной степени общими для всего региона, однако есть и некоторые особенности, характерные для отдельных стран. Такие перекрестные проблемы, указанные в литературе и в соответствующих рекомендациях, представлены ниже в соответствии с категориями финансирования Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ) и Плана по внедрению партнерских соглашений о сотрудничестве (PFIP) в рамках PEPPFAR для продолжения деятельности в сфере политики в регионе при поддержке PEPPFAR. В приложении представлена сводная таблица по всем отчетам на основе классификации ГФСТМ и PFIP.

Стигма и дискриминация

Проблема. Регистрация потребителей наркотиков является главным препятствием для предоставления услуг во всех странах, несмотря на то, что в некоторых регионах нашлись способы обхода регистрационных требований. Опыт деятельности таких регионов может быть внедрен в других частях ЦАР.

Рекомендации в отношении политики для всех стран. Отменить централизованную регистрацию потребителей наркотиков и обеспечить соблюдение поставщиками услуг строгой конфиденциальности при обращении с соответствующей информацией.

Проблема. Дискриминация людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), и потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) распространена во всех трех странах.

Рекомендации в отношении политики для всех стран. Существует очевидная необходимость отмены дискриминационных мер против заключенных, живущих с ВИЧ или с наркотической зависимостью (например, перевод в лучшие условия, устранение сегрегации). В этой связи существует необходимость упразднения дискриминационных мер в отношении тех или иных лиц, исключительно на основании их наркотической зависимости при трудоустройстве или в образовательных заведениях, при обеспечении жильем, реализации родительских прав и так далее.

Рекомендации в отношении политики для стран по отдельности. В Казахстане, несмотря на то, что дискриминация людей на основании ВИЧ-статуса в общих чертах запрещена, важно выделить и пересмотреть отдельные законодательные ограничения в отношении прав ЛЖВ, существующие в разных сферах нормативно-правовой базы страны. В Кыргызской Республике необходимо пересмотреть перечень профессий, в отношении которых допускается дискриминация на основании ВИЧ-статуса.

Проблема. В аналитическом обзоре указана необходимость внедрения и укрепления основных прав пациента (например, лечение согласно надлежащей клинической практике, без дискриминации и при значительном участии пациента в постановки целей лечения).

Рекомендации в отношении политики для стран по отдельности. В Казахстане и Таджикистане следует отменить административную ответственность за отказ в проведении медосмотра и лечения за исключением по-настоящему исключительных обстоятельств, прямо угрожающих жизни и здоровью самого человека или окружающих. Повысить конфиденциальность медицинской информации для всех граждан, включая заключенных. Установить и гарантировать строгое соблюдение конфиденциальности для пациентов,

получающих наркологическую помощь, в том числе, запретить использование медицинской информации при судебных разбирательствах.

Проблема. Решить вопрос криминализации передачи ВИЧ.

Рекомендации в отношении политики для всех стран. Отменить уголовную ответственность за передачу ВИЧ и подвергание риску заражения ВИЧ. Использовать другие части соответствующих уголовных кодексов для решения вопроса о преднамеренной передаче (например, нанесение телесных повреждений).

Проблема. Принудительное лечение наркотической зависимости.

Рекомендации в отношении политики для всех стран. Внести изменения в законодательство с целью ограничения оснований для принудительного лечения наркотической зависимости четко определенными обстоятельствами для предупреждения причинения серьезного вреда себе или окружающим (например, прохождение теста на наркотическую зависимость при трудоустройстве или поступлении в учебное заведение).

Рекомендации в отношении политики для стран по отдельности. В Казахстане и Таджикистане – внести изменения в уголовные кодексы, чтобы предусмотреть лечение наркотической зависимости в качестве *альтернативы* заключению в места лишения свободы, а не в качестве дополнительного приговора.

Проблема. Принудительное прохождение тестирования на ВИЧ и лечение/информированное согласие.

Рекомендации в отношении политики для всех стран. Отменить обязательное прохождение тестирования на ВИЧ при трудоустройстве и в образовательных заведениях.

Рекомендации в отношении политики для стран по отдельности. В Казахстане действующим законодательством не предусмотрено информированное согласие на тестирование на ВИЧ. Внести поправки в закон с требованием информированного согласия. Аналогично, отменить принудительное тестирование на ВИЧ (заключенных, лиц с подозрением на ВИЧ-инфекцию, иностранцев, военнослужащих и т.д.). В Кыргызской Республике – отменить положения, предусматривающие обязательное тестирование как требование для получения вида на жительство иностранцами или лицами без гражданства. Внести поправки в законодательство с целью ограничения принудительного тестирования на ВИЧ в тюрьмах. В Таджикистане – принять норму, обеспечивающую информированное согласие на тестирование на ВИЧ. Внедрить норму закона, гарантирующую защиту от принудительного тестирования и лечения.

Межсекторальные взаимосвязи

Проблема. Необходима координация между сектором здравоохранения и правоохранительными органами.

Обеспечить координацию стратегий сектора здравоохранения и правоохранительных органов для усиления акцента на профилактику вреда, связанного с небезопасным потреблением наркотиков, упразднив направленность на карательные меры в отношении потребителей наркотиков.

Проблема. Услуги по снижению вреда в тюрьмах

Рекомендации в отношении политики для стран по отдельности. В Казахстане и Таджикистане – обеспечить предоставление услуг по снижению вреда в тюрьмах, в том числе предоставление презервативов, услуг в рамках программ по обмену игл и шприцев (ПОШ), дезинфицирующих средств, информации и образования, медикаментозной поддерживающей терапии (МПТ) и внедрение программ медицинской и социальной реабилитации. В Кыргызской

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

Республике, несмотря на то, что Национальная программа по борьбе со СПИДом предусматривает возможности для предоставления широкого спектра услуг по снижению вреда в тюрьмах, необходимо принять дополнительные правила и руководящие принципы, в том числе руководства, обеспечивающие доступ к услугам добровольного тестирования на ВИЧ и лечения ВИЧ в тюрьмах

Проблема. Интеграция медицинских услуг (например, ВИЧ/туберкулез (ТБ)/наркотическая зависимость/гепатит).

Рекомендации в отношении политики для стран по отдельности. В Кыргызской Республике – в приказ Министерства здравоохранения (МЗ) по профилактике гепатита необходимо включить конкретные положения о профилактике гепатита среди ПИН.

Стратегическая информация

Проблема. Усилить базу данных для принятия решений.

Рекомендации в отношении политики для стран по отдельности. В Кыргызской Республике – разработать и осуществлять мониторинг индикаторов потребления наркотиков в тюрьмах.

Доступ к лекарствам

Проблема. Устранить ограничения доступа ПИН к антиретровирусной терапии (АРТ).

Рекомендации в отношении политики для всех стран. Устранить организационные ограничения доступа ПИН к АРТ (не рассматриваемая в данном анализе политики, но существующая общая проблема с влиянием на развитие болезни и ее передачу), к которым нередко относятся требования о «стабильности» и детоксикации, ограничения в случае потребления наркотиков в прошлом или настоящем или сочетанной инфекции с гепатитом или ТБ.

Ключевые группы населения (наиболее уязвимые группы населения (УГ))

Проблема. Решить проблему риска передачи ВИЧ и ТБ и ограниченного доступа к ресурсам по профилактике/уходу в тюрьмах и сократить препятствия в виде потенциальных уголовных санкций при получении доступа к услугам по профилактике ВИЧ и снижению вреда.

Рекомендации в отношении политики для всех стран. Декриминализовать потребление наркотиков в личных целях, смягчить наказание за хранение небольшого количества наркотических веществ без намерения их сбыта, а также пересмотреть определение количества наркотиков, за которое предусмотрена уголовная ответственность; декриминализовать хранение остаточного количества наркотических веществ, в том числе в использованных шприцах.

Рекомендации в отношении политики для стран по отдельности. В Казахстане и Кыргызской Республике – исключить интоксикацию как отягчающее обстоятельство уголовного правонарушения. В Кыргызской Республике – создать альтернативы лишению свободы и внедрить внесудебное наказание за правонарушения, связанные с хранением наркотических веществ в малых количествах для потребления в личных целях.

Проблема. Установить четкие законодательные рамки, операционные руководства, а также обеспечить финансирование предоставления услуг по снижению вреда.

Рекомендации в отношении политики для всех стран. Установить правовой механизм защиты от уголовной и административной ответственности для программ снижения вреда.

Рекомендации в отношении политики для стран по отдельности. В Казахстане – разработать формальную стратегию снижения вреда, предусматривающую конкретные функции и обязанности

правительственных ведомств и НПО. Привлечь НПО и ПИН к пересмотру законодательной базы с целью обеспечения координации и ясности между различными законодательными и нормативными актами. Принять руководства, расширяющие возможности для анонимного лечения наркологической зависимости и получения реабилитационных услуг. В Кыргызской Республике – принять новый закон о наркологической зависимости и ее лечении, включающий основные права пациентов, определение и требование информированного согласия, а также права на прекращение лечения. Формализовать функции и обязанности государственных ведомств и НПО в рамках реализации программ по борьбе со СПИДом.

Проблема. Расширить возможности государства по финансированию НПО.

Рекомендации в отношении политики для стран по отдельности. В Казахстане – улучшить правовую и организационную базу для внедрения механизма социального заказа с целью подготовки к тому, чтобы правительство Казахстана взяло на себя большую ответственность за финансирование профилактических мероприятий после прекращения финансирования Глобального фонда. В Кыргызской Республике – увеличить бюджетные ресурсы и расширить бюджетные механизмы на национальном уровне для финансирования НПО.

Проблема. Активизировать и стандартизировать аутрич-работу.

Рекомендации в отношении политики для всех стран. Разработать четкие директивы, включая поддержку аутрич-работников, работающих по принципу «равный – равному» (например, людей, потреблявших наркотические вещества в прошлом).

Проблема. Программы обмена игл и шприцев (в том числе утилизация использованных шприцев).

Рекомендации в отношении политики для стран по отдельности. В Казахстане программа профилактики СПИДа включает в себя обмен игл и шприцев вне мест лишения свободы, однако эта программа нуждается в четких практических директивах. В частности, необходимо изменить график работы пунктов ПОШ для улучшения доступа к ним, а также определить услуги и информацию, предоставляемые в рамках ПОШ. В этой связи существует необходимость отменить запрет на хранение игл и шприцев в тюрьмах, а также разрешить там реализацию ПОШ. В Таджикистане – установить четкие нормативно-правовые рамки ПОШ, в том числе определить услуги и информацию, предоставляемые в рамках ПОШ, а также гарантии доступа.

Проблема. Медикаментозная поддерживающая терапия (МПТ)

Рекомендации в отношении политики для всех стран. Декриминализовать регистрационный статус метадона.

Рекомендации в отношении политики для стран по отдельности. В Казахстане/Таджикистане – установить четкую законодательную базу для содействия расширению и защите прав участников программ. В Кыргызской Республике - организационные руководства необходимо согласовать с международными стандартами, включая разрешение на реализацию программ в тюрьмах и дополнительное финансирование, необходимое для расширения масштабов программ.

Проблема. Профилактика и оказание помощи при передозировке

Рекомендации в отношении политики для всех стран. Уполномочить и подготовить НПО, аутрич-работников и сотрудников, работающих по принципу «равный – равному», распределению и применению таких медикаментов, как налоксон, в случае передозировки.

КАЗАХСТАН: ОЦЕНКИ, ВЫВОДЫ, РЕКОМЕНДАЦИИ

В данном разделе представлен обзор имеющихся оценочных отчетов, выводов, а также пробелов и/или рекомендаций для Казахстана.

Оценка программы медикаментозной поддерживающей терапии в Казахстане

Boltaev, A., A. Deryabina, and A. Howard. 2012. Almaty: ICAP.

Выводы

Целесообразность и эффективность медикаментозной поддерживающей терапии (МПТ). Результаты пилотной программы МПТ, финансируемой Глобальным фондом в Казахстане, неоднозначно доказали целесообразность и эффективность назначения метадона для лечения опиоидной зависимости с учетом местных особенностей. Частота употребления героина снизилась с более одного раза в неделю до одного или менее раз в неделю (в Павлодаре) или же до полного воздержания (в Темиртау и Усть-Каменогорске). Статистически значимое снижение рискованного употребления инъекционных наркотиков наблюдалось в двух из трех пунктов МПТ. Доля пациентов, воздерживающихся от употребления опиатов в течение 12 месяцев после начала МПТ, колеблется от 41% до 92%. Показатели удержания пациентов в программе МПТ, достигнутые в рамках пилотного проекта МПТ в Казахстане (46-61% за 12 месяцев), соответствуют показателям удержания, наблюдаемым в других странах.

Благоприятное законодательство. Законодательство Казахстана благоприятствует внедрению МПТ в качестве стандартного метода лечения опиоидной зависимости. Метадон и бупренорфин классифицированы в стране как наркотические вещества, использование которых возможно в медицинских целях под строгим контролем, а МПТ включена в Государственную программу развития здравоохранения «Саламатты Казахстан», утвержденную Президентом Казахстана. Участие в программе МПТ существенно снижает расходы пациентов на психоактивные вещества, на которые не выдаются рецепты. Такие расходы без МПТ могут достигать 229 403 тенге (1 492 доллара США) в месяц на пациента, нанося дополнительный социальный вред в виде преступлений, связанных с потреблением наркотиков.

Низкая стоимость решения. В 2010 году цена суточной дозы метадона на пациента составила 1,85 долларов США, а в 2011 году опустилась ниже 1 доллара США (150 тенге). Если бы метадон производился в стране, что позволило бы Казахстану больше не зависеть от внешних поставщиков, его закупочная цена в Казахстане могла быть еще ниже. Так, согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), цена 100 мг метадона, произведенного в Таиланде, составляет менее 0,1 доллара США, а в Новой Зеландии – 0,5 доллара США.

Предоставление МПТ и других услуг по снижению вреда по принципу единого окна. Пункт МПТ в Павлодаре сумел эффективно интегрировать МПТ и другие наркологические услуги в программы по снижению вреда, в том числе выдачу инъекционного инструментария и презервативов, в одном здании. Павлодарский наркологический центр также оказывает содействие работе по организации группы взаимопомощи пациентов, проходящих МПТ; офис НПО расположен рядом с пунктом выдачи препаратов МПТ. Кроме того, в павлодарском пункте работает неполный рабочий день врач-специалист по ВИЧ из областного центра СПИДа для предоставления пациентам, проходящим МПТ, комплексных услуг по ВИЧ.

Необходима оценка уровня влияния. Существующая система мониторинга и оценки программы МПТ в Казахстане в большей степени фокусируется на сборе данных, связанных с непосредственным выполнением программы (количество охваченных пациентов, материальные затраты и т.д.) и не позволяет в достаточной степени оценить качество оказываемых услуг, удовлетворенность клиентов программой и влияние МПТ на половую жизнь пациентов, потребление ими наркотиков и их преступные действия. Существуют различия в подходах к сбору данных и их документированию в пунктах оказания услуг, что требует как оптимизации, так и стандартизации.

Расширение технической помощи. Необходимо расширять техническую помощь, предоставляемую организациям, участвующим в проведении МПТ в Казахстане. Большей частью техническая помощь предоставляется международными организациями. Обучение медицинских работников вопросам МПТ проводится нерегулярно, при этом в недостаточной мере используется существующая национальная система подготовки кадров, включая додипломное и последипломное медицинское образование.

Управление знаниями. Ограниченная информация по вопросам МПТ зачастую приводит к искаженному представлению данных о МПТ для различных заинтересованных лиц, включая общее население, медицинских специалистов и ПИН. Аргументация оппонентов МПТ зачастую основывается на недостоверной клинической и фармакологической информации о терапии опиоидными антагонистами. Отсутствует систематический обмен примерами и передового опыта между учреждениями, предоставляющими МПТ.

Закупки. Отсутствует эффективный механизм закупки метадона для наркологических целей, что приводит к перебоям в поставках, неоправданно высокой стоимости препарата, невозможности закупки на местах и, соответственно, к срыву реализации пункта 108 Государственной программы «Саламатты Казахстан».

Согласованность и качество. Существующая инфраструктура организаций, проводящих МПТ, затрудняет предоставление высококачественных услуг. График работы пунктов МПТ не всегда учитывает индивидуальные потребности пациентов, связанные с работой и исполнением семейных обязанностей, вынуждая их ежедневно приходить в наркологический диспансер. Инфраструктура, навыки персонала и полнота услуг, оказываемых ПИН, различаются между пунктами МПТ.

Прерывание лечения. Проведение МПТ часто прерывается, когда пациенты проходят лечение в стационаре и в других медицинских учреждениях или переезжают в другой город. Отсутствие регистрации метадона в Казахстане не позволяет назначать дозы данного препарата для приёма дома. Отсутствие МПТ для лечения ПИН в учреждениях пенитенциарной системы не только способствует прерыванию курса МПТ пациентами, оказавшимися в местах лишения свободы, но также серьёзно ограничивает возможности системы здравоохранения по контролю ВИЧ-инфекции и других заболеваний, передаваемых через кровь, в данной группе пациентов.

Рекомендации

Расширить географию внедрения программы МПТ. Поддержать поэтапное расширение программы МПТ, начиная с мест широкого распространения внутривенного потребления опиоидных средств и ВИЧ-инфекции среди ПИН, с дальнейшим внедрением ее в других районах страны, где может существовать потребность в такой терапии.

Обучить медицинских работников и разрешить им предоставлять услуги МПТ. Обучить и разрешить наркологами в амбулаторных отделениях диспансеров назначать МПТ пациентам на

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

своих участках. Это будет способствовать увеличению доступности МПТ, а также снижению рабочей нагрузки на наркологов, работающих в пилотных проектах МПТ и имеющих исключительные полномочия назначать метадон соответствующим пациентам.

Включить тему МПТ в учебные программы. Включить тему МПТ в учебные планы в рамках додипломной и последипломной подготовки медицинских работников. Провести отбор, обучить и привлечь к работе специалистов из медицинских институтов, специализирующихся на психиатрии зависимостей, для работы в качестве технических консультантов с целью оказания поддержки существующим и новым пунктам МПТ в предоставлении высококачественных услуг, соответствующих национальным и международным стандартам.

Разработать клинические руководства и стандарты. Принять исчерпывающие клинические руководства и стандарты по применению опиоидных заместительных препаратов при лечении опиоидной зависимости на основе извлеченных уроков и рекомендаций ВОЗ. Сюда бы входило продолжение МПТ для пациентов, получающих в стационарах плановую или экстренную медицинскую помощь, необходимость пересмотра критериев приёма и выписки больных, а также увеличение длительности рабочих часов пунктов МПТ с учетом потребностей пациентов.

Укрепить инфраструктуру. Продолжить улучшение инфраструктуры наркологических учреждений, обеспечив возможность получения полного спектра услуг в конфиденциальных условиях. Для дальнейшего улучшения качества выдачи метадона пациентам и профилактики утечки метадона пункты МПТ желательно обеспечить электронными дозаторами.

Создать систему закупок и распределения. Внедрить контролируемый государством механизм закупок и распределения медикаментозных препаратов для МПТ.

Расширить мониторинг и оценку (МиО) МПТ. Улучшить и расширить процедуры мониторинга и оценки МПТ, обеспечив сбор и анализ данных, связанных как с непосредственным оказанием услуг, так и с воздействием МПТ на поведение и здоровье пациентов. При этом важно обеспечить стандартизацию отчетных форм, получаемых из различных пунктов, а также упростить их; повысить качество данных и снизить объем бумажной работы за счет внедрения информационных систем управления здравоохранением.

Внедрить стратегии адвокационной и коммуникационной деятельности. Разработать комплексную стратегии продвижения и освещения вопросов, связанных с МПТ, с целью распространения легкой для понимания и научно-обоснованной информации и снижения негативного влияния недостоверной информации. Следует обеспечить максимально активное участие неправительственных организаций и пациентов, проходящих МПТ, в реализации таких мероприятий, особенно тех, которые направлены на популяризацию МПТ среди ПИН и членов их семей.

Практиковать на основе доказательств. Продолжать сохранять приверженность доказательной медицине в процессе принятия решений, связанных с развитием услуг по лечению ВИЧ и наркотической зависимости. Усилить акцент на результаты передовых исследований, таких как, например, обзоры Кохран, которые неоднократно подтверждают безопасность и эффективность МПТ по сравнению с другими методами лечения.

Отчет о базовой оценке услуг по уходу и лечению ВИЧ в Казахстане

ICAP. 2012. Almaty: ICAP.)

Выводы

Высокий уровень политической ответственности. В Казахстане прилагаются усилия по обеспечению доступа ЛЖВ к услугам по уходу и лечению. В настоящее время из государственного бюджета в сфере здравоохранения выделяются средства для закупки антиретровирусных препаратов (АРВ-препаратов), что указывает на выполнение обязательств Министерства здравоохранения по предоставлению комплексных медицинских услуг всем ЛЖВ, которые в них нуждаются.

Эффективная структура вертикали. В Казахстане существует слаженная вертикаль предоставления услуг по уходу и лечению ВИЧ, отделенная от других видов деятельности в сфере здравоохранения. Несмотря на то, что это усложняет реализацию программы по борьбе с ВИЧ, большинство заинтересованных лиц и специалистов по вопросам ВИЧ считают, что такая обособленная система соответствует текущему уровню эпидемии.

Информационные системы управления здравоохранением. Казахстан стал первой страной в Центральной Азии, официально утвердившей и поддержавшей внедрение электронной системы ведения пациентов с ВИЧ на национальном уровне, что может в значительной мере улучшить качество данных, связанных с лечением и уходом. Существующая в данный момент система предоставления отчетности в бумажной форме часто неэффективна для проведения анализа, необходимого клиническим менеджерам центров по борьбе со СПИДом для достижения улучшений.

Повышение качества базовой инфраструктуры. Инфраструктура центров по борьбе со СПИДом в целом является адекватной, однако некоторые улучшения (например, увеличение количества консультационных кабинетов и кабинетов для приема больных) помогли бы улучшить качество и конфиденциальность услуг.

Потребность в более подготовленных кадрах. Несмотря на достаточное кадровое обеспечение некоторых центров по борьбе со СПИДом, в учреждениях, обслуживающих большое количество ЛЖВ, следует увеличить число квалифицированных специалистов по вопросам ВИЧ и медицинских сестер, а также улучшить их обучение. Частично это связано с высокой текучестью кадров, недостаточным количеством контрольных визитов и недостаточной поддержкой на местах со стороны партнеров по профессиональной подготовке, особенно медицинских сестер. Отсутствие постоянного наставничества тренеров снижает возможность эффективного применения знаний и навыков в реальных клинических условиях.

Приверженность и клиническое ведение пациентов. Результаты оценки указывают на относительно высокий уровень включения ЛЖВ в программы ухода и лечения на начальной стадии. Тем не менее, недостаточный уровень приверженности пациентов лечению указывает на необходимость укрепления потенциала для обеспечения комплексного клинического ведения ЛЖВ, в особенности в отношении диагностики, профилактики и лечения сочетанной и бактериальной инфекции. Следует развивать и расширять масштабы использования для консультирования междисциплинарного, ориентированного на пациента, подхода на базе медицинского учреждения, а также предоставления услуг по уровню сообщества и на дому (например, программы патронажного ухода). Несмотря на то, что сотрудники МЗ, Республиканского и областных центров по борьбе со СПИДом имеют высокую мотивацию в

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

отношении улучшения услуг по уходу и лечению, важную роль будет играть и адресная техническая поддержка.

Рекомендации

Пересмотреть клинические руководства и протоколы. Существующие национальные протоколы клинического ведения пациентов с ВИЧ-инфекцией необходимо пересмотреть для приведения их в соответствие с протоколами ВОЗ по АРТ и ведению пациентов с сочетанными инфекциям туберкулез/ВИЧ, а также ВИЧ/вирусный гепатит С/вирусный гепатит В. Копии обновленных протоколов необходимо распечатать и распространить во всех центрах по борьбе со СПИДом.

Предложить обучение клиническому ведению пациентов. Клиницистам и другим медицинским работникам, работающим в центрах СПИД, следует пройти формальное обучение применению комплексных подходов к клиническому ведению пациентов, живущих с ВИЧ. В частности, обучение должно охватывать темы, связанные с началом АРТ, мониторингом приверженности лечению и эффективности АРТ, устранением побочных эффектов, а также с изменением режима приема АРВ-препаратов в случае неэффективного лечения; с диагностикой, профилактикой и лечением оппортунистических инфекций (ОИ); а также с методами консультирования, в том числе мотивационным консультированием, консультированием в парах и консультированием с учетом гендерных особенностей. Программа обучения должна включать в себя обсуждение клинических случаев, а также дополнено оказанием наставнической и адресной технической помощи по необходимости. Дальнейшее отслеживание, включая контрольные визиты и поддержку на местах, играет решающую роль в надлежащем применении навыков, полученных во время обучения.

Провести обучение медицинских сестер клиническому ведению пациентов. Также важно обеспечить прохождение медсестрами, работающими в центрах СПИД, соответствующего обучения основным принципам клинического ведения пациентов, а также их активное вовлечение в процесс мониторинга и поддержки приверженности пациентов лечению. Учреждения последипломной подготовки медицинских сестер должны разработать и внедрить учебные программы по ведению пациентов с ВИЧ.

Нанять и обучить патронажных медсестер. Помимо базового медицинского лечения, ЛЖВ имеют ряд потребностей, для удовлетворения которых у центров по борьбе со СПИДом нет ресурсов, в том числе потребностей, связанных с уходом на дому и обучением принципам питания. Патронажные медсестры могут помочь повысить уровень удержания пациентов в программе лечения АРВ-препаратами и приверженности лечению, а также улучшить услуги, предоставляемые тем ЛЖВ, которые не могут или не желают посещать центры по борьбе со СПИДом. Патронажные медсестры должны быть обучены основам ухода на дому для решения общих проблем, связанных с ВИЧ, а также ограниченного лечебного и паллиативного ухода. Кроме того, они должны пройти обучение оказанию психологической поддержки и предоставлению ЛЖВ и лицам, осуществляющим уход за ними, информации о ВИЧ, СПИДе и оппортунистических инфекциях.

Провести обучение консультированию ПИН. Ввиду того, что большинство ЛЖВ в Казахстане являются ПИН, клиницистам необходимо пройти специальное обучение тому, как консультировать потребителей инъекционных наркотиков. Важно привлекать к этому физиотерапевтов и наркологов. Расширение охвата моделей МПТ и популяризация МПТ среди ЛЖВ и ПИН, проходящих АРТ, может способствовать соблюдению режима лечения и создать возможность для интеграции услуг АРТ и МПТ, а также проведению, по необходимости, лечения под непосредственным наблюдением (ДОТ).

Содействовать мониторингу в рамках обеспечения качества клинической работы. Необходимо поощрять и поддерживать мониторинговые визиты представителей Республиканского центра СПИД или квалифицированных сотрудников из разных областей. Проведение периодических оценок с целью обнаружения аспектов, нуждающихся в улучшении, необходимо для обеспечения рационального и эффективного достижения целей системы ухода и лечения. Мониторинговые визиты должны предусматривать анализ медицинских карт с целью обеспечения полноты и точности результатов отчетности.

Содействовать командному подходу к ведению пациентов. Команды центров по борьбе со СПИДом должны состоять из клиницистов, медсестер, эпидемиологов и психологов. Необходимо консультирование всех обслуживаемых ЛЖВ специалистом по туберкулезу не менее одного раза в год. Это улучшит ситуацию с направлением пациентов на прохождение скрининга на туберкулез, особенно в отношении пациентов, у которых наблюдаются симптомы туберкулеза. По возможности, центрам борьбы со СПИДом необходимо определить группу мотивированных равных консультантов, приверженных лечению, для предоставления консультаций по принципу «равный – равному», особенно для недавно включенных в программу лечения пациентов. Необходимо провести соответствующее обучение равных консультантов и осуществлять надзор за их работой.

Повысить приверженность лечению путем одновременного использования методов мониторинга и измерения. Поскольку использование данных, предоставленных исключительно пациентами, может привести к завышенным выводам об уровне приверженности лечению, сочетание методов измерения приверженности обеспечивает более высокую вероятность получения точных результатов. Клиницисты и медсестры могут осуществлять подсчет таблеток во время каждого посещения пациентом центра по борьбе со СПИДом и во время посещений пациентов на дому. Кроме того, важно, чтобы отчеты о данных, предоставленных пациентом, и результатах подсчета таблеток, были составлены надлежащим образом. Раздача коробочек для таблеток и устройств для напоминания (с текстовыми сообщениями) также может улучшить приверженность лечению. Врачи и медсестры должны получить четкие указания и пройти обучение тому, как оценивать предоставленный самим пациентом отчет о своей приверженности, в том числе о причинах несоблюдения режима лечения, а также тому, что делать для повышения приверженности.

Использовать инструменты прогнозирования закупок АРВ-препаратов. Планирование и прогнозирование АРТ можно улучшить за счет разработки и внедрения инструмента прогнозирования использования АРВ-препаратов, а также предоставления четких инструкций по применению этого инструмента. С целью дальнейшего развития данного процесса можно проводить ежегодные семинары по вопросам планирования использования АРВ-препаратов, в рамках которых сотрудники, отвечающие за прогнозирование использования АРВ-препаратов, могут обсуждать свои подходы к работе и получать соответствующие замечания или рекомендации. По возможности, инструмент прогнозирования использования АРВ-препаратов должен быть интегрирован в электронную систему ведения пациентов с ВИЧ для автоматического подсчета оценочного количества ЛЖВ, нуждающихся в лечении.

Внедрить механизмы обеспечения качества данных. Механизмы обеспечения качества для сбора и анализа данных необходимы для улучшения МиО услуг по уходу и лечению. Необходимо проводить анализ данных электронной системы ведения пациентов с ВИЧ для оценки эффективности программ АРТ в стране. Клиницисты могут пройти обучение работе с электронной системой ведения пациентов с ВИЧ для осуществления мониторинга своих пациентов.

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

Стандартизировать лабораторные процедуры подсчета клеток CD4 и тестирования на определение вирусной нагрузки ВИЧ. Следует разработать, утвердить и распространить во всех центрах по борьбе со СПИДом комплексные стандартные процедуры, соответствующие принятым нормам клинической работы. Необходимо провести обучение сотрудников лабораторий новым стандартным процедурам. Для обеспечения своевременной и корректной калибровки оборудования необходимо назначить и обучить по одному сотруднику из каждой лаборатории процедурам регулярного технического обслуживания и внутреннего контроля. В должностную инструкцию такого сотрудника необходимо внести изменения с учетом работ по техническому обслуживанию, калибровке и внутреннему контролю. Для периодического профилактического обслуживания и калибровки необходимо заключать контракты с дистрибьюторами отдельных видов оборудования.

Улучшить информационные системы управления здравоохранением. Взаимосвязь между сотрудниками лабораторий и клиническими сотрудниками центров по борьбе со СПИДом можно улучшить путем организации совместного обучения и регулярных обсуждений вопросов управления данными о пациентах при обнаружении противоречий между клинической картиной и лабораторными исследованиями. В связи с тем, что большое количество ЛЖВ, включая тех, кто проходит АРТ, находятся в заключении или освободились, важно поддерживать тесную связь между поставщиками медицинских услуг в учреждениях пенитенциарной системы и центрами по борьбе со СПИДом, а также осуществлять оценку услуг по уходу и лечению в учреждениях пенитенциарной системы.

Зарегистрировать большее количество АРВ-препаратов. Расширение ряда АРВ-препаратов, зарегистрированных в Казахстане, является чрезвычайно важным для обеспечения программ лечения достаточным арсеналом антиретровирусных препаратов с целью удовлетворения потребностей пациентов. Необходимо разработать государственную политику и процессы, в том числе упрощенные процедуры регистрации и таможенные нормы, которые бы стимулировали производителей АРВ-препаратов регистрировать и поставлять в Казахстан разработанные ими медикаменты.

Увеличить финансовые ресурсы. Существующие бюджетные ассигнования на закупку АРВ-препаратов и медикаментов для устранения побочных эффектов от АРТ, а также на закупку препаратов для лечения оппортунистических инфекций, являются недостаточными для охвата растущего числа людей, нуждающихся в лечении. Необходимо предпринять меры для обеспечения того, чтобы увеличенные бюджетные ассигнования учитывали не только уровень инфляции, но и привлечение новых пациентов в программу АРТ.

Оценка эффективности затрат на программы обмена игл и шприцев в Казахстане, 2000–2010 гг.

Wilson, D. P., L. Zhang, C. Kerr, A. Kwon, A. Hoare, et al. 2011. Almaty: UNAIDS, World Bank, and University of New South Wales.

Выводы

Высокая доля возвратных инвестированных средств. ПОШ направлены на профилактику ВИЧ и вирусного гепатита С (ВГС) среди ПИН. За 2000 – 2010 годы стоимость внедрения ПОШ в Казахстане составила около 17 млн. долларов США, но вложенные средства принесли значительные эпидемиологические и экономические результаты.

Снижение частоты совместного использования инъекционного инструментария. Существующие данные однозначно свидетельствуют о том, что развертывание ПОШ привело к

снижению частоты совместного использования инъекционного инструментария среди ПИН. С 2000 по 2010 гг. ПОШ предотвратили от 2 205 до 2 720 новых случаев ВИЧ-инфекции, 435 – 934 смертельных случаев, связанных с ВИЧ, а также 20 941 – 24 715 случаев гепатита С.

Экономическая эффективность. Согласно расчетам, за период с 2000 по 2010 гг. ПОШ добавили за счет предотвращения новых случаев ВИЧ- и гепатита С (в большинстве случаев – последнее) от 78 606 до 85 670 лет жизни с поправкой на её качество (единицы QALY). Средние затраты на одну выигранную единицу QALY по расчетам должны были составить всего 132 – 147 долларов США (для справки, стандартный нижний порог экономической эффективности на одну единицу QALY в Казахстане составляет 9 136 долларов США) и, таким образом, являются чрезвычайно экономически эффективными.

Больше здоровья, меньше расходов. В будущем предотвращенные за 2000 – 2010 года случаи заражения приведут к дополнительной экономии средств на здравоохранение. Преимущества инвестирования в ПОШ за этот период времени включают в себя, по оценкам, сохранение от 322 905 до 388 954 единиц QALY. В целом, средние затраты на одну выигранную единицу QALY, учитывая преимущества продолжительности жизни, составят 23 – 31 доллар США. Кроме того, программы обмена игл и шприцев обеспечивают экономию средств, связанных с расходами на диагностику и лечение ВИЧ (тестирование на ВИЧ, скрининг, лабораторные анализы, АРТ). Казахстан уже сэкономил от 2,31 млн. до 2,6 млн. долларов США из бюджета на здравоохранение, благодаря реализации ПОШ. Экономия ресурсов на протяжении всей жизни ожидается в рамках от 3,82 до 5,04 млн. долларов США (с учётом дисконтированных 3%). В период с 2011 по 2020 годы снижение финансирования приведёт к увеличению количества новых случаев инфицирования, а также к увеличению расходов на здравоохранение, при этом будет наблюдаться значительное соответствующее снижение возвратных инвестиционных средств. Как оказалось, оптимальная стоимость 1 выигранной единицы QALY связана с нынешним уровнем инвестирования, но дальнейшее расширение ПОШ привело бы к значительным дополнительным выгодам в виде сохранения здоровья и экономии расходов на здравоохранение и имело бы высокую экономическую эффективность.

Рекомендации

Сохранить объемы инвестиций в ПОШ. Инвестиции в ПОШ в период их развертывания привели к важным результатам в здравоохранении и экономики. Тем не менее, уменьшение финансирования ПОШ после 2013 года могло бы отрицательно сказаться на достигнутых результатах на национальном уровне. Необходимо поддерживать уровень услуг и охвата ПОШ, а также рассмотреть возможность расширения охвата для достижения более значительных преимуществ для здравоохранения и экономики. После завершения 7-го раунда Глобального фонда в конце 2013 года реализация гранта 10-го раунда предусмотрена только в 5-ти областях Казахстана. Таким образом, существует веский аргумент с точки зрения экономики и здравоохранения в пользу увеличения государственного финансирования ПОШ для компенсации сокращения финансирования остальной части страны для достижения целей национальной программы на 2011-2015 года.

Расширить охват ПОШ. Имеются доказательства того, что ПОШ могли бы в дальнейшем увеличить охват ПИН, так как состояние «насыщения» еще не достигнуто и дальнейшее расширение услуг ПОШ, скорее всего, было бы экономически эффективным. С другой стороны, исследование указывает на возможность увеличения распространенности ВИЧ и ВГС среди ПИН в случае снижения охвата ПОШ. Для Казахстана важно, как минимум, поддержание относительно высокого уровня охвата ПОШ для предупреждения нового роста эпидемии ВИЧ и ВГС.

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

Инвестировать в улучшение программ для повышения их эффективности. Оценка сложности и качества услуг ПОШ, проведенная в 2011 году в четырех городах, указала на аспекты, нуждающиеся в улучшении. Учитывая, что ПОШ доказали свою очень высокую экономическую эффективность, совершенствование структуры программы приведет к повышению ее действенности и значимости.

Повышение эффективности: быстрая оценка закупки, хранения, распространения и выдачи АРВ-препаратов в Казахстане

Quality Health Care Project. 2012.

В настоящее время работа по управлению закупками, логистикой и поставками АРВ-препаратов в Казахстане сопряжена с организационными трудностями, которые создают разного рода проблемы на местном уровне. При условии внедрения программного обеспечения по прогнозированию использования и управлению запасами АРВ-препаратов с привлечением соответствующих экспертных знаний, проведением достаточного обучения и предоставлением соответствующей экспертизы, центры по борьбе со СПИДом в Казахстане могли бы иметь систему распространения АРВ-препаратов мирового класса. Данный отчет содержит оценку деятельности двух областных центров.

Выводы

Обнуление реестра АРВ-препаратов. Согласно неписанному правилу, реестры АРВ-препаратов обнуляются в конце каждого года, при этом соответствующие бюджетные статьи, предусмотренные на закупку АРВ-препаратов, к этому времени должны быть полностью исполнены. В случае нарушения этого правила центр по борьбе со СПИДом несет финансовый ущерб в виде потери бюджетного профицита на следующий год. В 2011 году один центр по борьбе со СПИДом успешно опротестовал данное правило, однако процесс переговоров потребовал огромных усилий и времени.

Нехватка оформленных в письменном виде руководств. В настоящее время в сфере управления закупками, логистикой и поставками АРВ-препаратов мало руководящих документов или надлежащих описаний функций и обязанностей. В результате, сотрудники центров по борьбе со СПИДом привлекают внешние ресурсы управления системой закупок и поставок в лице подрядчика «СК Фармасьютикелз» (SK Pharmaceuticals) и ведут неравноправные переговоры. В рамках данной оценки не удалось найти какой-либо официальный документ, касающийся управления системой закупок АРВ-препаратов, методики прогнозирования, организации процесса и временных рамок, равно как и описания функций и обязанностей Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом, МЗ и областных центров по борьбе со СПИДом. Ввиду общего отсутствия руководств в письменном виде, неписанные правила стали фактически нормой и привели к серьезной путанице в работе центров по борьбе со СПИДом.

Отсутствие методики количественного анализа. Центры по борьбе со СПИДом должны разработать свою собственную методику количественного анализа. Такая методика может в значительной степени отличаться друг от друга в зависимости от экспертизы сотрудников, времени, выделенного на вычисления, а также наличия и качества соответствующих данных.

Неэффективный процесс утверждения. Ввиду отсутствия четко установленных функций и обязанностей, областные центры по борьбе со СПИДом сталкиваются с трудностями при получении одобрения от областных управлений здравоохранения. Эти центры находятся в

невыйгрышном положении, запрашивая одобрения, вместо того, чтобы с уверенностью требовать удовлетворения своих потребностей, основываясь на имеющихся доказательствах. Кроме того, сам процесс в значительной мере разнится по областям.

Отсутствие поддержки сотрудникам. Сотрудники получают недостаточную поддержку. Это неизбежно приводит к импровизации при принятии решений, которые могут казаться прагматичными, но также могут навредить установленной практике. Эта проблема должна частично решиться с внедрением программного обеспечения по прогнозированию использования и управлению запасами АРВ-препаратов.

Работа с единственным фармацевтическим подрядчиком. Привлечение в качестве подрядчика одной единственной компании – «СК Фармасьютикейлз» – для работы с разными областными центрами по борьбе со СПИДом, имеющими ограниченные знания процесса управления системой закупок, наделяет подрядчика большой властью. В результате этого, условия контрактов нередко являются неблагоприятными для центров, что еще больше затрудняет их сотрудникам надлежащее управление запасами АРВ-препаратов и предоставления качественных медицинских услуг. Например, даты поставки в контракте обозначены месяцами, а не числами. Областным центрам по борьбе со СПИДом сложно узнать у «СК Фармасьютикейлз», будет ли поставка произведена в начале месяца или в конце. Центры сталкиваются с неопределенностью, ожидая поставки до 30 дней, и иногда просят у других областных центров помощи для временного пополнения своих запасов. Ассортимент продукции, поставляемой «СК Фармасьютикейлз», ограничен, что препятствует лечению ВИЧ-инфицированных, а сама компания несоответствующим образом реагирует на жалобы, что создает трудности в логистике.

Неадекватные стандарты хранения. Два центра по борьбе со СПИДом не придерживаются принятой практики управления запасами, хранением, использованием холодильников и морозильных установок; такие стандарты сотрудникам вообще неизвестны. Это приводит к неэффективному управлению запасами, ограниченному обороту запасов (использование в первую очередь продукции с менее длительным сроком годности), трудностям в отношении определения потребностей в количественном выражении, а также к пропуску окончания срока годности продукции. Наряду с этим, не всегда применяется адекватная защита от попадания солнечных лучей, а складские помещения не всегда хорошо проветриваются, не всегда оснащены качественными системами кондиционирования воздуха и обогрева. Осуществляется неэффективный контроль условий замораживаемой или незамораживаемой продукции ввиду отсутствия гигрометров (приборов, контролирующих уровень влажности в складском помещении), не ведется отслеживания температурного режима в складском помещении до и после термокаротажного зондирования (один раз в день), а также не ведется подсчет циклов холодильников и периодических циклов. Процесс получения изделий причиняет много беспокойства. Оценка контроля сотрудниками получаемых изделий не производилась.

Слабый контроль дефицита запасов. По словам сотрудников центров по борьбе со СПИДом, а также согласно данным Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом, главной и самой существенной проблемой для центров является частый и циклический дефицит запасов, особенно АРВ-препаратов и медикаментов, предназначенных для лечения оппортунистических инфекций (ОИ). Случается также образование излишков в случае недостаточных знаний о складских возможностях и правильном управлении.

Неэффективный процесс утверждения бюджета. Процесс утверждения бюджета стал запутанным и трудоемким, что оставляет сотрудникам меньше времени на предоставление качественных услуг клиентам. Переговоры с департаментом здравоохранения МЗ не вносят ясности.

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

Рекомендации

Внедрить программное обеспечение по прогнозированию использования и управлению запасами АРВ-препаратов. Это поможет улучшить качество данных, стандартизировать количественный анализ, упорядочить процессы прогнозирования и унифицировать временные рамки.

Предоставить областным центрам по борьбе со СПИДом организационные инструменты. К таким инструментам относится общая организационная структура, практические пошаговые задания, а также подробное описание функций и обязанностей Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом, МЗ и областных центров по борьбе со СПИДом в сфере закупок и управления запасами, а также в процессе прогнозирования.

Определить функции и обязанности. Обеспечить выполнение Республиканским центром по профилактике и борьбе со СПИДом функции централизованного координатора процесса прогнозирования, а также предоставить ему руководство и экспертизу в сфере управления системой закупок. Делегировать Республиканскому центру СПИД функции централизованного надзора за заключением контрактов на поставку АРВ-препаратов, логистики и распределения среди областных центров по борьбе со СПИДом.

Разработать, распространить и обеспечить внедрение национальных руководств по управлению запасами, хранению, использованию холодильников и морозильных установок с помощью соответствующих инструментов. Эти документы будут использоваться как справочники по надлежащей практике.

Нанять менеджера управления системой закупок АРВ-препаратов при Республиканском центре по профилактике и борьбе со СПИДом. Этот человек будет отвечать за заключение контрактов с дистрибьютором, управление взаимоотношений по поставкам, централизованное рассмотрение жалоб областных центров по борьбе со СПИДом, помощь в проведении количественного анализа и определении срока доставки, проведении обучения, по мере необходимости, а также общей координации и обеспечения рационализированной цепочки поставок.

Подписать контракт между Республиканским центром по профилактике и борьбе со СПИДом и «СК Фармасьютикелз», обеспечив восстановление равновесия в контракте и его доработку в пользу Республиканского центра. От этого, в конечном итоге, выиграют пациенты.

Способствовать проведению оценки областных центров по борьбе со СПИДом. Начать с центров, раздающих наибольшее количество АРВ-препаратов и обслуживающих ВИЧ-инфицированных, проживающих в наиболее отдаленных местах, а также располагающих наименьшим бюджетом.

Провести количественный анализ и указать потребности каждого пункта предоставления услуг в следующем:

- ремонт складских помещений, помощь в выборе или смене складских помещений и так далее
- стандартизированные медицинские кабинеты в комнатах для проведения консультаций
- стандартизированные профессиональные холодильники и/или морозилки
- стандартизированное оборудование для хранения (полки, карточки учета)

- стандартизированное оборудование для мониторинга (гигрометр, и др. устройство для регистрации данных о температуре и т.п.)
- стандартизированные инструменты записи данных (таблицы для записи температурных данных, карточки учета и т.д.)
- стандартизированное оборудование обеспечения охраны и безопасности (электронная сигнализация, огнетушитель и др.).

Провести обучение сотрудников областных центров по борьбе со СПИДом и менеджера управления системой закупок АРВ-препаратов при Республиканском центре по профилактике и борьбе со СПИДом по следующим вопросам:

- национальные руководства управления запасами, хранением, использованием холодильников и морозильных установок;
- предоставление и размещение памяток с указанием того, что нужно делать, а что не нужно делать, а также знаков с обозначением огнетушителя;
- соответствующие инструменты, такие как таблицы для записи температурных данных и карточки учета.

Обеспечить качество цепочки поставок. Оценить цепочку поставок и принять меры для недопущения того, чтобы единственный дистрибьютор скомпрометировал цепочку поставок из-за ненадлежащего складирования и транспортировки в областные центры по борьбе со СПИДом.

Исследование и оценка потенциала проведения тестирования и консультирования на ВИЧ по инициативе поставщика услуг в медицинских учреждениях Центральной Азии

Murzalieva, G. and A. Elizaryeva. 2010. Almaty: AIDS Control Project, Republic of Kazakhstan.

Выводы

ВИЧ не является национальным приоритетом. После завершения Национальной программы Казахстана по борьбе со СПИДом в 2010 году государство приняло решение сделать ВИЧ частью Государственной программы развития общественного здравоохранения на 2011-2015 года.

Поскольку государство не рассматривает проблему СПИДа в качестве приоритетной (низкая распространенность ВИЧ в стране), существуют серьезные опасения, что деятельность, связанная с борьбой с ВИЧ, не будет в полной мере отображена в Государственной программе и даже может отойти на второй план, уступив место другим приоритетам в сфере здравоохранения.

Снижение вреда не является национальным приоритетом. Заинтересованность государства в программах по снижению вреда низкая, поэтому работу в этой сфере финансирует ГФСТМ.

Высокая текучесть персонала. Частая смена государственных чиновников и переход опытных сотрудников из государственного сектора в проекты ослабляют технический потенциал государственных институтов.

Плохая координация. Необходимо улучшить координацию между правительственными ведомствами, НПО и международными организациями.

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

Многие ПИН не имеют возможности оплатить услуги. В этом регионе услуги по конфиденциальному и анонимному лечению нередко только платные и большинство тех, кто особенно нуждается в таких услугах, остаются без них.

Нехватка высококачественных учреждений. Несмотря на то, что в стране существуют хорошо оборудованные медицинские учреждения (например, Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании, г. Павлодар), такие учреждения не могут в полной мере удовлетворить потребности в лечении и реабилитации в масштабах всего Казахстана.

Недостаточное регулирование и слабая поддержка НПО. Несмотря на значительный вклад НПО в работу по профилактике ВИЧ, в том числе в работу по профилактике среди наиболее уязвимых групп населения, деятельность НПО не урегулирована, что нередко усложняет их работу с целевыми группами, а также их взаимодействие с государственными органами. В Казахстане необходимо предусмотреть финансирование и разработать процедуры государственных соглашений для поддержки НПО.

Препятствия лечению ИППП. В Казахстане уязвимые группы имеют низкий уровень доступа к лечению инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). В основном соответствующие услуги ограничиваются посещением кожно-венерологических диспансеров, обслуживающих пациентов на платной основе. Для получения бесплатного лечения ИППП пациенту необходимо зарегистрироваться в медицинском учреждении, занимающемся лечением ИППП, и предоставить свои контактные данные под страхом административных взысканий, предусмотренных Уголовным кодексом. В случае диагностирования ИППП, такого как сифилис, обязательным является стационарное лечение. Такие барьеры нередко оказываются непреодолимыми для представителей уязвимых групп населения и молодежи и не согласуются с правилами лечения ИППП, принятыми в мире и поддержанными ВОЗ. По мнению национальных экспертов, такие условия приводят к высокому уровню заболевания ИППП.

Профилактика ВИЧ среди ПИН в тюрьмах. Поскольку потребление опиоидных веществ является главным фактором распространения ВИЧ-инфекции среди заключенных, группа национальных экспертов рекомендует внедрять опиоидную заместительную терапию в тюрьмах, а также принимать меры, рекомендованные ВОЗ, Управлением ООН по наркотикам и преступности (ЮНОДК) и ЮНЭЙДС. Кроме того, группа национальных экспертов рекомендует рассмотреть возможность таких мер, как программы предоставления стерильных шприцев, рекомендованные ВОЗ в соответствии с международным передовым опытом. Программа борьбы против СПИДа в Казахстане на 2006-2010 года указывает на важность программ обмена игл и шприцев для ПИН вне мест лишения свободы. В Казахстане следует применять этот принцип и к заключенным, обеспечивая их теми же услугами по профилактике и лечению ВИЧ, которые доступны вне тюрем. Кроме того, реализация программ обмена игл и шприцев в местах лишения свободы соответствует выполнению Казахстаном взятых на себя обязательств относительно принятия мер по защите и продвижению самых высоких стандартов здравоохранения для каждого человека (в том числе в местах лишения свободы). Это предусмотрено Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах (статья 12), который ратифицирован Казахстаном.

Рекомендации

Обеспечить обучение консультированию и тестированию (КИТ) на ВИЧ для медицинских работников. Специалисты многих секторов здравоохранения, связанных с ВИЧ, таких как акушерство, инфекционные заболевания, наркология и др., должны проходить обучение вопросам консультирования и тестирования на ВИЧ. Важно выбирать наиболее мотивированных сотрудников для прохождения обучения, разработать отдельный модуль, посвященный

психологическому тестированию, обновить содержание существующих программ семинаров, а также усовершенствовать существующие учебные материалы. Младший медицинский персонал и сотрудники лабораторий также должны проходить обучение.

Исследовать способы эффективного обслуживания большого количества клиентов. Групповое консультирование может быть одним из решений проблемы большого потока клиентов, нуждающихся в консультировании по вопросам ВИЧ. Еще одним решением является более активное вовлечение младшего медицинского персонала, особенно в сфере акушерства, в лечение туберкулеза и предоставление предродовых услуг. Брошюры и другие формы подачи информации могут помочь в распространении основной информации среди клиентов.

Улучшить доступ к услугам для маргинализированных групп населения. В Центральной Азии ПИН и заключенные нуждаются в законодательстве, которое бы обеспечивало им доступ к услугам профилактики, лечения и ухода в связи с ВИЧ.

Продвигать права ЛЖВ. Ограничение прав ЛЖВ представляет угрозу общественному здравоохранению, способствуя стигматизации, которая отталкивает уязвимых лиц от услуг профилактики и лечения и, таким образом, способствует дальнейшему распространению ВИЧ-инфекции.

Снизить вред от криминализации потребления наркотиков. Согласно действующему законодательству, люди, которые не могут справиться с зависимостью от наркотиков, вынуждены покупать их нелегально и, следовательно, считаются правонарушителями. Они часто избегают услуг по профилактике ВИЧ и других медицинских услуг, так как опасаются ареста, уголовного преследования и наказания.

Создавать лучшие возможности по лечению наркологической зависимости. Лечение, предлагаемое большинством наркологических диспансеров, не ориентировано на людей, потребляющих наркотики (как с положительным, так и с отрицательным ВИЧ-статусом). Единственное предлагаемое лечение основано на полном отказе от потребления наркотических веществ и дает ограниченный эффект. В результате этого у ПИН нет мотивации для установления контактов с медицинскими или другими учреждениями, и они часто отказываются от участия в профилактических мероприятиях.

Расширять доступ к АРТ для улучшения понимания важности тестирования и продления жизни. Расширение доступа к антиретровирусной терапии является необходимым. Доступ к лечению АРВ-препаратами улучшает состояние здоровья и увеличивает продолжительность жизни людей, живущих с ВИЧ; такие выгоды представляют собой серьезную мотивацию для того, чтобы люди проходили тестирование и узнавали свой ВИЧ-статус. Кроме того, лечение АРВ-препаратами содействует профилактике ВИЧ, снижая вирусную нагрузку и, следовательно, риск передачи ВИЧ-инфекции другим людям (например, половым партнерам).

Содействовать вовлечению представителей гражданского общества и затронутых групп. Группа национальных экспертов рекомендует создать правовую базу, регулирующую деятельность аутрич-работников и «равных» консультантов, в том числе и тех, кто занят в реализации программ обмена игл и шприцев. Кроме того, необходимо законодательно урегулировать порядок вовлечения НПО, ЛЖВ и ПИН в дальнейшую разработку и реализацию национальных программ и стратегий в отношении ВИЧ и наркотических средств.

Усилить стратегию снижения вреда и активизировать деятельность в ее рамках. Группа национальных экспертов рекомендует предпринять ряд шагов для усиления мер по снижению вреда, включая следующие:

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

- государственные органы должны разработать комплексную стратегию снижения вреда, которая бы включала меры по снижению вреда в учреждениях уголовно-исполнительной системы, с целью профилактики ВИЧ, а также сохранения и улучшения состояния здоровья лиц, потребляющих наркотики;
- Министерство внутренних дел и Министерство здравоохранения должны разработать руководящие принципы взаимодействия государственных органов (в особенности правоохранительных органов) и центров, осуществляющих программы снижения вреда, в рамках Государственной программы борьбы с наркоманией и наркобизнесом.

Смягчить наказания за употребление наркотиков. Правительство должно отменить уголовное наказание за хранение наркотических средств для личного использования без намерения их продажи. Действующий Уголовный кодекс заставляет потребителей наркотиков действовать подпольно и препятствует их обращению за медицинскими услугами.

Содействовать успешной реализации программ обмена иглами и шприцами. Группа национальных экспертов рекомендовала пересмотреть график работы и другую деятельность существующих кабинетов доверия на базе центров по борьбе со СПИДом и других медицинских учреждений, чтобы они могли стать более доступными для ПИН. Кроме того, в целях обеспечения эффективности профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН и охраны здоровья граждан, группа национальных экспертов рекомендует разработать четкую законодательную базу для программ обмена иглами и шприцами, в том числе и порядок утилизации использованных шприцев. Такая законодательная база должна также поддерживать эффективность реализации данных программ, обеспечивая четкую правовую поддержку аутрич-работников, в том числе и «равных» консультантов (например, лиц, потребляющих или потреблявших наркотики, или других представителей затронутых групп).

Освободить лиц, реализующих программы снижения вреда, от уголовной или административной ответственности. Деятельность по снижению вреда и аутрич-работа, выполняемая НПО, включая услуги по обеспечению стерильными шприцами или другим оборудованием в целях снижения вреда, связанного с потреблением наркотиков (в том числе и распространения ВИЧ), должны быть, безусловно, освобождены законом от ответственности. Закон должен четко определить, что деятельность работников, предоставляющих такие услуги, не подходит ни под определение «пропаганды и незаконной рекламы наркотиков» Закона «О наркотических средствах» (статья 24) и Кодекса об административных правонарушениях (статья 321), ни под определение «склонения к употреблению наркотических средств» положения Уголовного кодекса (статья 261). Кроме того, в статьи Уголовного кодекса (статья 259) и Кодекса об административных правонарушениях (статья 320), регулирующие «хранение» наркотических средств, рекомендуется внести поправки, чтобы четко определить, что работники ПОШ не должны привлекаться ни к административной, ни к уголовной ответственности за хранение остаточного количества наркотика в использованных шприцах или иных подобных средствах. Для этого в Уголовный кодекс и Кодекс об административных правонарушениях должны быть внесены специальные положения следующего образца:

- ни одно из положений настоящего или любого другого закона не препятствует распространению шприцев и других подобных материалов, а также предоставлению рекомендаций или инструкций по безопасному использованию шприцев и других подобных материалов штатом программы обмена стерильных шприцев или иной программы, направленной на снижение вреда, связанного с потреблением запрещенных наркотических средств и психотропных веществ; лицо, хранящее любые остаточные количества запрещенного наркотического или психотропного вещества, которое содержится в шприце или другом средстве, используемом для введения наркотика, в силу

всего лишь факта хранения, не считается согласно данному или любому другому закону совершившим преступление.

Убрать статью о состоянии опьянения, как фактора, отягчающего вину при уголовной ответственности. Согласно Уголовному кодексу (статья 54), состояние опьянения (наркотического или алкогольного) в момент совершения преступления является отягчающим обстоятельством, которое влечет ужесточение наказания. Однако сам факт опьянения не усиливает вреда, причиненного преступлением. Данное положение, в сущности, дискриминирует обвиняемых на основании состояния здоровья (т.е. наркотической или алкогольной зависимости), так как ведет к назначению более сурового наказания за преступление, совершенное людьми с таким состоянием здоровья.

Отменить или ограничить применение принудительного освидетельствования на наркотики. Группа национальных экспертов рекомендовала запретить тест на наркотики, за исключением редких случаев, которые должны быть четко определены одним нормативным актом. В настоящее время принудительное тестирование на наркотики может быть применено в случае употребления наркотиков в общественных местах (Кодекс об административных правонарушениях, статья 336-2), а также в случае, если лицо находится в состоянии наркотического опьянения в общественном месте, на рабочем месте, а также в ряде других мест, определенных приказом Министерства здравоохранения. К тому же, как было отмечено выше, согласно Кодексу об административных правонарушениях (статья 326), к административной ответственности в виде наложения штрафа могут быть привлечены за «уклонение от медицинского обследования и лечения лица, употребляющие наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача». Фактически, законодательство Казахстана дает сотрудникам органов внутренних дел широкие полномочия по принудительному тестированию на наркотики многих категорий граждан не только в случаях, когда такая мера может быть оправдана в целях предотвращения причинения человеком серьезного вреда себе или окружающим. Для устранения неоправданно широких оснований для принудительного тестирования на наркотики, необходимо принять следующие меры:

- статьи 326 и 336-2 Кодекса об административных правонарушениях необходимо отменить;
- «Инструкцию по проведению медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения», утвержденную приказом Министерства здравоохранения (Приказ № 446), рекомендуется пересмотреть, чтобы значительно ограничить разрешение на принудительное тестирование.

Отменить административную ответственность за уклонение от медицинского обследования и лечения. Рекомендуется внести поправки в статьи 326-328 Кодекса об административных правонарушениях, предусматривающие административную ответственность в различных ситуациях за уклонение от медицинского обследования и лечения. Статья 326 предусматривает ответственность за уклонение от обследования и лечения лиц, находящихся в контакте с ВИЧ-инфицированными, больными СПИДом, ИППП, туберкулезом (после письменного предупреждения, сделанного учреждением здравоохранения) лиц, признанных страдающими от алкогольной или наркотической зависимости, либо в отношении которых имеются «достаточные данные», что они без назначения врача употребляют наркотические средства или психотропные вещества. Статья 327 налагает ответственность за уклонение от обследования и лечения на лиц с заболеваниями, представляющими «серьезную опасность» для окружающих (к которым отнесена и ВИЧ-инфекция, несмотря на то, что она не передается бытовым путем), а также лиц, находившихся с ними в контакте, несмотря на письменное предупреждение, сделанное учреждением здравоохранения. Статья 328 налагает ответственность на лиц с заболеваниями, представляющими «серьезную опасность» для окружающих, за сокрытие

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

источника заражения и имен лиц, находившихся с ними в контакте. Данные общие положения являются нарушением права на тайну частной жизни, личную безопасность и свободу. Даже тогда, когда назначение принудительного обследования или лечения может быть оправдано, - в случае риска нанесения вреда определенному человеку или другим людям- целью должна быть их защита от возможного вреда, а не наказание.

Отменить положения уголовного права, относящиеся к ВИЧ и ИППП. Статьи 115 и 116 Уголовного кодекса, предусматривающие наказание непосредственно за заражение и подвергание заражению ВИЧ и ИППП, должны быть отменены. Умышленное заражение этими видами инфекций могли бы рассматриваться как нанесение телесного вреда, предусмотренное другими статьями Уголовного кодекса.

Принять новый закон о лечении наркотической зависимости. В Казахстане не существует закона о лечении наркотической зависимости, и данные вопросы регулируются несколькими нормативно-правовыми актами. Группа национальных экспертов рекомендует разработать и принять всесторонний закон о лечении наркотической зависимости и наркологической помощи, который будет предусматривать улучшение и расширение способов лечения наркотической зависимости.

Внедрить опиоидную заместительную терапию. Опиоидная заместительная терапия признана в международной передовой практике ключевым методом профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН и является важным компонентом лечения наркотической зависимости, основанном на примерах опыта. Методы лечения наркотической зависимости необходимо привести в соответствие с международными стандартами и передовым опытом. В процесс разработки такого закона следует вовлечь НПО, а также людей, которые потребляют или потребляли наркотики.

Обеспечить анонимность и конфиденциальность лечения наркотической зависимости. Группа национальных экспертов рекомендует расширение анонимности услуг по лечению наркотической зависимости и реабилитации и отмечает необходимость строгого соблюдения конфиденциальности с привлечением к ответственности за ее несоблюдение. Группа национальных экспертов рекомендует внести поправки, усиливающие соблюдение конфиденциальности медицинской информации пациентов, получающих наркологическую помощь. В законодательство могут быть добавлены следующие положения:

- информация обо всех медицинских услугах, включая записи о личности пациента, диагнозе или лечении, составленные в ходе лечения наркотической зависимости, должна оставаться конфиденциальной;
- никакие сведения, упомянутые в пункте (1), не могут быть использованы для предъявления обвинения в совершении уголовного преступления пациентом или в качестве основания для проведения расследования в отношении пациента;
- персонал программы не может быть принужден в соответствии с любым другим законом давать свидетельские показания, касающиеся информации, которая была им доверена или стала известна во время выполнения ими своих обязанностей в рамках программы;
- любое использование личной информации о пациентах и персонале программы для исследований или проведения оценки должно осуществляться при обеспечении полной анонимности, при этом любое такое использование должно регулироваться в соответствии с пунктом (2) данной статьи.

Отменить или ограничить применение принудительного лечения наркотической зависимости. Необходимо оценить эффективность принудительного лечения наркотической

зависимости в Казахстане с целью проведения реформы существующего законодательства, содержащего общие положения о принудительном лечении. Общеизвестно, что принудительное лечение нарушает права человека и должно применяться только в исключительных, четко определенных случаях в целях предотвращения непосредственного причинения человеком вреда себе или окружающим. В настоящее время целый ряд правовых инструментов Казахстана регулирует принудительное лечение наркотической зависимости; многие из них являются очень широкими и нуждаются во внесении поправок. Согласно действующему законодательству Казахстана, принудительное лечение наркотической зависимости может назначаться, если, в целом, существует возможность привлечения к административной ответственности и наказания лица за уклонение от лечения при условии, что имеются «достаточные данные» относительно употребления таким лицом наркотических средств (Кодекс об административных правонарушениях, статья 326). Принудительное лечение может быть также назначено наряду с административным взысканием или уголовным наказанием. Кроме того, лицам, осужденным за преступления, совершенные в состоянии наркотического опьянения, суд может назначить принудительное лечение от наркотической зависимости наряду с наказанием в виде лишения свободы (в настоящее время законодательством Казахстана не предусмотрено лечение от наркотической зависимости в качестве альтернативы лишению свободы). В этом отношении в законодательстве Казахстана в полной мере не реализуются возможности, предусмотренные международными договорами по контролю наркотиков. Группа национальных экспертов и технические консультанты проекта в целях ограничения применения принудительного лечения предложили ряд рекомендаций:

- отменить или, по крайней мере, ограничить сферу применения статьи 326 Кодекса об административных правонарушениях, предусматривающую ответственность, кроме всего прочего, за уклонение от лечения наркотической зависимости;
- отменить президентский Указ № 2184 «О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией»;
- внести в Уголовный кодекс поправки, разрешающие в соответствии с договорами по контролю наркотиков, применение лечения наркотической зависимости в качестве меры, альтернативной заключению при совершении менее серьезных уголовных преступлений. Проведение такого лечения возможно в «добровольных» отделениях медико-социальной реабилитации под контролем по аналогии с контролем условно освобожденных лиц.

Реформировать регистрацию потребителей наркотиков и защиту конфиденциальности. Для защиты и уважения прав человека, а также для устранения препятствий для обращения за лечением наркотической зависимости или наркологической помощью, Казахстану рекомендуется отменить централизованный учёт лиц с наркотической зависимостью, что может привести к нарушению прав человека. Для этого рекомендуется отменить приказ Министерства здравоохранения, предусматривающий постановку на учёт лиц с наркотической зависимостью.

Ввести меры профилактики и лечения передозировок. В целях предотвращения смерти и другого серьезного вреда здоровью потребителей опиоидных наркотиков, аутрич-работники, в том числе и работающие в НПО, а также «равные» консультанты, должны иметь законное право распространять и применять в случае передозировок такие препараты, как налоксон. Аутрич-работники должны пройти соответствующее обучение, одобренное Министерством здравоохранения, методам применения опиоидных антагонистов. Для предотвращения случаев передозировки в тюрьмах, равные консультанты из числа заключенных, а также работников тюрем должны обучиться применению налоксона.

Обеспечить непрерывность лечения. Группа национальных экспертов рекомендует развивать сотрудничество между учреждениями, занимающимися лечением ВИЧ-инфекции, наркотической

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

зависимости, туберкулеза, гепатита С, чтобы урегулировать перевод пациентов с ВИЧ и наркотической зависимостью из учреждений закрытого типа в другие медицинские учреждения.

Гарантировать информированное согласие на тестирование на ВИЧ. Как отмечалось выше, согласно приказу Министерства здравоохранения, обследование на ВИЧ должно осуществляться на основании информированного согласия и консультирования. Однако в Законе «О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИДа» нет специального положения, требующего получения информированного согласия. Таким образом, необходимо принять закон, предусматривающий, что тестирование на ВИЧ или другие инфекции, передаваемые через кровь, осуществляется исключительно на основании информированного согласия (в письменной форме) обследуемого лица.

Принудительное тестирования и лечение ВИЧ и ИППП. Действующим законодательством Казахстана предусмотрены широкие возможности для принудительного тестирования и лечения ВИЧ и ИППП. Эти положения нарушают права человека и не соответствуют международным рекомендациям, основанным на передовом опыте.

Обеспечить доступ к бесплатному и конфиденциальному лечению ИППП. Технические консультанты и группа экспертов рекомендуют отменить практику регистрации лиц с ИППП и ввести бесплатное добровольное и конфиденциальное тестирования и лечение ИППП.

Усилить меры по снижению вреда. Учитывая, что потребление инъекционных наркотиков играет существенную роль в распространении эпидемии в Казахстане, важно, чтобы Законом «О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИДа» были предусмотрены меры профилактики ВИЧ и другого вреда, связанного с наркотиками, в соответствии с международными нормами и признанными примерами передового опыта. Для этого Закон «О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИДа» рекомендуется усилить, включив в него меры по снижению вреда, в том числе, ВИЧ-инфицирование, среди заключенных и потребителей наркотиков. Рекомендуется разработать специальные руководства для таких ведомств, как Министерство здравоохранения и Министерство юстиции, а также для правоохранительных органов, с целью сотрудничества с государственными организациями и НПО для обеспечения успешного внедрения и предоставления услуг по снижению вреда.

Соблюдать другие права пациентов. Законы «О системе здравоохранения» и «Об охране здоровья граждан» рекомендуется усилить путем добавления следующих положений:

- лечение предоставляется в соответствии с принятой клинической практикой;
- лечение без дискриминации;
- значительное участие пациента в определении целей своего лечения;
- значительное участие пациента в процессе принятия всех решений, связанных с лечением, включая время и способ начала лечения, а также прекращение лечения;
- реализация прав пациента; и
- конфиденциальность медицинских записей и результатов клинических обследований.

Реализовать программы снижения вреда в тюрьмах, включая программы обмена игл и шприцев. Рекомендуется внести поправки и дополнения в правила внутреннего распорядка исправительных учреждений и мест содержания под стражей, а также в ведомственный приказ, регламентирующий порядок оказания медико-санитарной помощи подозреваемым, обвиняемым и осужденным. Цель таких поправок состоит во внедрении программ обмена шприцами и

распространения презервативов и стерилизующих средств для сохранения здоровья заключенных, в том числе путем профилактики ВИЧ и других болезней, передаваемых через кровь. Положения правил внутреннего распорядка, запрещающие заключенным хранение игл и шприцев, рекомендуется отменить, так как они препятствуют реализации программ обмена игл и шприцев в тюрьмах. Положения, подобные представленным ниже, рекомендуется добавить в Закон «О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИДа» и/или в Уголовный кодекс, или подготовлены в виде правил обмена шприцев и других мер профилактики ВИЧ в местах лишения свободы и содержания под стражей.

Распространять презервативы и другие средства безопасного секса в тюрьмах.

Министерство здравоохранения и Министерство юстиции должны обеспечить анонимный доступ заключенных к презервативам и другим средствам безопасного секса, а также к соответствующей информации о надлежащем применении этих средств и их значимости для профилактики распространения ВИЧ и других ИППП. Кроме этого:

- Министерство здравоохранения должно разработать план утилизации использованных презервативов с соблюдением анонимности заключенных, не причиняя вреда здоровью тюремных служащих;
- распространение и хранение презервативов и других средств безопасного секса в тюрьмах, согласно данному закону, не должно рассматриваться как преступление или административное правонарушение, а презервативы и другие средства безопасного секса не должны использоваться в качестве доказательства сексуальных отношений, определяемых как уголовное или административное правонарушение.

Разрешить осуществление программ снижения вреда. Программы снижения вреда должны осуществляться во всех тюрьмах с целью снижения вреда, связанного с применением опасной практики потребления наркотиков, в том числе риска распространения ВИЧ или других болезней, передаваемых через кровь. Среди важных положений должны быть следующие:

- в целях предотвращения распространения болезней, передаваемых через кровь, и снижения рисков для здоровья, связанных с потреблением наркотиков среди заключенных, Министерство здравоохранения либо местная тюремная администрация может уполномочить то или иное лицо или организацию (в том числе и НПО) осуществлять программы снижения вреда. Работа будет включать в себя предоставление заключенным стерильных шприцев и других материалов, а также презервативов и других средств.

Увеличить поток информации о снижении вреда. Персонал программ снижения вреда может предоставлять информацию по следующим темам:

- услуги по лечению наркотической зависимости и другая медицинская помощь;
- средства защиты от инфекционных болезней, в том числе и от болезней, передаваемых через кровь, например, ВИЧ;
- риски, связанные с употреблением контролируемых веществ;
- информация по снижению вреда, относящаяся к потреблению конкретного наркотика, в том числе безопасная практика инъекций и ингаляций;
- поиск бесплатной юридической помощи;
- организации и центры, предоставляющие услуги по трудоустройству и профессиональному обучению; и
- доступные услуги по оказанию помощи лицам с наркотической зависимостью и их семьям.

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

Разрешить распространение стерильных шприцев и сопутствующих материалов. Наделенное полномочиями лицо или организация, могут распространять шприцы и другие материалы через:

- медсестер или врачей, работающих в тюремном медпункте или в других секциях тюрьмы;
- заключенных, прошедших обучение для работы в качестве аутрич-консультантов по принципу «равный – равному»;
- НПО или медицинских специалистов, посещающих тюрьму с этой целью; и
- автоматы, обменивающие использованные шприцы один к одному на стерильные.

Обеспечить конфиденциальность заключенного. Сохранять конфиденциальность заключенных, желающих получить стерильные шприцы и сопутствующие материалы, не требуя от них информирования об этом тюремной администрации.

Обеспечить безопасное хранение и утилизацию использованных шприцев для заключенных. Министерство юстиции по согласованию с Министерством здравоохранения должно установить меры по безопасному хранению шприцев заключенными.

- Программа обеспечения стерильными шприцами должна включать меры для поощрения безопасной утилизации шприцев и мониторинга количества выданных и хранящихся на складе шприцев.
- Стерильные шприцы и сопутствующие материалы, распространяемые в рамках программ снижения вреда, должны использоваться в строгом соответствии с законом или любыми другими надлежащими правилами или утвержденными положениями соответствующего органа.

Декриминализация хранения шприцев в местах лишения свободы. Распространение или хранение шприцев и сопутствующих материалов в тюрьмах не должны составлять уголовного преступления или административного правонарушения; эти материалы также не должны служить допустимыми доказательствами незаконного употребления наркотиков.

Обеспечить доступность отбеливателя как средства дезинфекции. Отбеливатель и инструкции по его применению в качестве дезинфицирующего средства должны быть доступны заключенным. Кроме того, служащие и должностные лица тюрем должны:

- поощрять участие и помощь заключенных в распространении отбеливателя;
- обеспечить доступность отбеливателя для заключенных при сохранении их анонимности;
- создать такие условия, чтобы заключенному не требовалось обращаться к тюремному персоналу для получения отбеливателя.

Разработать информационно-просветительские программы для тюрем. Министерство здравоохранения должно разработать и реализовать в каждой тюрьме информационные и просветительские программы по ВИЧ/СПИДу и другим болезням, передаваемым через кровь, и лечению наркотической зависимости, в том числе материалы, которые могут оказаться полезными после освобождения, а также предоставлять информацию о лечении, уходе и поддержке.

- Такие программы, должны включать просветительскую работу по принципу «равный – равному» с привлечением лиц, не связанных с Министерством юстиции, включая возможность реализации таких программ организациями местного уровня.

- Материалы, по мере возможности, должны быть предоставлены заключенным на их родном языке и должны учитывать образовательный уровень целевой аудитории, а также ее социальные и культурные особенности.

Возложить на Министерство здравоохранения ответственность за организацию обучения и просветительской работы. Министерство здравоохранения должно проводить обучение и просветительскую работу с персоналом и заключенными на регулярной основе, в том числе предоставляя информацию о стандартных мерах предосторожности в целях предотвращения и контроля заболеваний, передаваемых через кровь, а также о мерах постконтактной профилактики, если такие существуют.

- Обучение и просветительская работа с заключенными должны включать в себя предоставление информации о доступных услугах и лечении, а также программы просвещения и консультирования по принципу «равный – равному», предусматривающие значительное участие заключенных в качестве консультантов.
- Обучение заключенных и тюремного персонала, которые могут иметь контакт с кровью и другими жидкостями организма, универсальным мерам предосторожности.

Реализовывать программы опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) в тюрьмах. Учитывая высокий уровень распространенности наркотической зависимости среди заключенных, важность рискованных моделей потребления наркотиков в распространении эпидемии ВИЧ, а также важность обеспечения доступа к медицинским услугам, предоставляемым в соответствии с принципом соблюдения прав человека и способствующим реализации права на наивысший достижимый уровень здоровья, правительству Казахстана рекомендуется начать осуществлять программы ОЗТ в тюрьмах сразу же после того, как данный вид лечения станет доступным вне тюремных учреждений. Положения Уголовного кодекса, касающиеся ОЗТ в тюрьмах, могут быть сформулированы следующим образом:

- МЗ при поддержке Министерства внутренних дел должно внедрить программы опиоидной заместительной терапии во всех тюрьмах;
- заключенные с опиоидной зависимостью должны иметь право на заместительную терапию опиатами в соответствии с руководствами по опиоидной заместительной терапии, применяемыми в данном сообществе;
- опиоидная заместительная терапия должна быть доступна на бесплатной основе при заключении в тюрьму и в течение всего срока отбывания наказания;
- действие программ опиоидной заместительной терапии не должно ограничиваться только теми заключенными, которые участвовали в подобной программе до лишения свободы; все заключенные, имеющие право на данный вид лечения, должны получать его в течение всего срока отбывания наказания;
- участие в программах опиоидной заместительной терапии должно предлагаться на добровольной основе всем заключенным с опиоидной зависимостью;
- опиоидная заместительная терапия может включать ряд подходов, в том числе поддерживающее лечение;
- программа должна обеспечить персонал, тюремных служащих, политиков, а также заключенных, информацией о фактах опиоидной заместительной терапии;
- в рамках программы должна быть разработана комплексная система планирования выписки заключенных, чей срок отбывания наказания подходит к концу, включая систему направления их на программы опиоидной заместительной терапии за пределами тюрьмы.

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

Обеспечить доступ заключенных с наркотической зависимостью к реабилитации. Группа национальных экспертов рекомендовала правительству принять законодательные нормы, для создания программ медицинской и социальной реабилитации заключенных с наркотической зависимостью.

Отменить принудительное тестирование заключенных на ВИЧ и обеспечить доступ к добровольному консультированию и тестированию (ДКТ). Принудительное тестирование противоречит правам человека и международному передовому опыту. Более того, в целях обеспечения равного доступа к медицинской помощи, органы власти, ответственные за исправительные учреждения, должны обеспечить повсеместный доступ к получению АРТ и других видов лечения и препаратов для заключенных с ВИЧ. Для этого рекомендуется добавить в Закон «О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИДа» и/или Уголовный кодекс следующие положения для равного и надлежащего медицинского ухода заключенных:

- тестирование заключенных на ВИЧ проводится исключительно на добровольной основе;
- заключенный, у которого результат теста на ВИЧ оказался положительным, имеет право на соответствующие медицинские услуги, консультирование и направление в другие службы поддержки в период нахождения в тюрьме;
- медицинские работники обязаны охранять физическое и психическое здоровье заключенных и обеспечивать лечение заболеваний такого же качества и уровня, как и для тех, кто не является заключенным или задержанным.

В этом положении следует сделать прямую ссылку на ВИЧ; в идеале, такая поправка должна быть сформулирована шире, охватывая тех, кто нуждается в медицинских услугах и препаратах, не только связанных с лечением ВИЧ. Группа национальных экспертов также рекомендует исправительным учреждениям, в сотрудничестве с другими заинтересованными государственными органами и НПО разработать программу социального сопровождения лиц с ВИЧ, освобождающихся из мест лишения свободы.

Соблюдать конфиденциальность медицинской информации заключенных. Рекомендуется внести в Уголовный кодекс поправки, содержащие новые положения, обязывающие персонал учреждений уголовно-исполнительной системы соблюдать конфиденциальность медицинской информации заключенных, в том числе их ВИЧ-статусе. Рекомендуется включить в Уголовный кодекс следующее положение о конфиденциальности:

- вся информация о состоянии здоровья и лечения заключенного является конфиденциальной, и все медицинские процедуры должны проводиться с соблюдением конфиденциальности;
 - информация должна содержаться в документах, доступных только медицинским работникам, но не остальному тюремному персоналу. На камере, в досье или иных документах заключенного не должно быть никаких обозначений, ярлыков, штампов или иных знаков, указывающих на его ВИЧ-статус; допустимы только записи в медицинской карте пациента согласно стандартной профессиональной практике оформления истории болезни.

Информация подлежит раскрытию только с согласия заключенного или в целях обеспечения безопасности других заключенных и тюремного персонала при условии соблюдения принятых в обществе принципов раскрытия информации.

Устранить дискриминацию заключенных с ВИЧ или наркотической зависимостью. Чтобы устранить дискриминацию, заложенную в законодательстве, рекомендуется внести в Уголовный кодекс ряд изменений:

- отменить запрет на перевод осужденных, не прошедших лечение от наркотической зависимости, в лучшие условия (учреждения менее строго режима); и
- исключить ВИЧ-позитивный статус и факт незавершенности курса лечения наркотической зависимости или ИППП из статьи 73 (и из других подобных статей), как факторы, ограничивающие право заключенного на перевод и перемещение.

Предусмотреть досрочное освобождение для заключенных, принимающих участие в мероприятиях по профилактике ВИЧ. Группа национальных экспертов рекомендует представлять лицам, активно участвующим в мероприятиях по профилактике ВИЧ или профессиональной работе и обучению профилактике ВИЧ, право подавать на условно-досрочное освобождение.

Принять антидискриминационные законы. Законодательство Казахстана содержит общие положения, запрещающие дискриминацию на основе ВИЧ-положительного статуса. Но дискриминация существует, и само законодательство Казахстана содержит дискриминационные положения в других сферах. Правовая защита от дискриминации является важным элементом решения проблемы маргинализации, которая всячески усиливает как уязвимость людей к ВИЧ, так и отрицательное воздействие ВИЧ-инфекции. Законодательство в этой сфере может быть усилено различными способами для приведения его в соответствие с принципами прав человека.

Запретить тестирование на ВИЧ при трудоустройстве и в образовательных заведениях. Действующее законодательство Казахстана запрещает отказ в принятии на работу или увольнение людей на основании ВИЧ-статуса. Однако было бы целесообразно в четкой форме признать, что требование прохождения медицинского тестирования на ВИЧ до найма, на рабочем месте или в процессе обучения в образовательном учреждении является незаконной дискриминацией. Таким образом, в Трудовой кодекс рекомендуется включить новое положение, запрещающее работодателям требовать тестирования на ВИЧ в качестве условия трудоустройства. Такое положение может быть сформулировано следующим образом:

- дискриминация лица, его родственника или партнера на основании реального или предполагаемого ВИЧ-инфицирования или диагноза СПИДа запрещена в сферах, включающих, но не ограничивающих, трудоустройства и образование. Для большей ясности, принуждение лица пройти тестирование на ВИЧ в качестве условия трудоустройства или зачисления в образовательное учреждение как до, так и во время работы или учёбы, является дискриминационным и незаконным.

Запретить дискриминацию лиц с наркотической зависимостью в местах трудоустройства. Законодательство Казахстана ограничивает права лиц, потребляющих наркотики и состоящих на учёте в наркологических диспансерах, на получение водительских прав и работу, связанную с повышенным риском, либо в фармацевтических учреждениях. Как отметила группа национальных экспертов, эта практика Министерства здравоохранения противоречит государственной политике по допуску к некоторым видам трудовой деятельности лиц, ранее употреблявших наркотики. Согласно приказу Министерства здравоохранения, ограничения не зависят от состояния здоровья лица на текущий момент, а резолюция правительства снимает ограничения на многие виды деятельности и вождение транспорта для лиц, находящихся в состоянии ремиссии. В качестве рекомендации предлагается провести пересмотр действующих нормативно-правовых актов с целью устранения неоправданной дискриминации в области трудоустройства на основании факта потребления наркотиков.

Запретить дискриминацию лиц с наркотической зависимостью в образовательных заведениях. Законодатели должны решить вопрос о дискриминацию по признаку наркотической зависимости не только в сфере трудоустройства, но и образования. Принуждение к прохождению теста на наркотики перед принятием на работу или учёбу в образовательном заведении также является ничем не оправданной дискриминацией на основании состояния здоровья. Требование пройти тестирование на наркотики на рабочем месте может быть оправдано в ограниченном числе случаев, например, в отношении профессий, связанных с повышенной опасностью, и только в случае обоснованного предположения об ухудшении состояния здоровья или возможного выборочного тестирования на наркотики лиц, возвращающихся на работу после прохождения курса лечения от наркотической зависимости. Рекомендуется внести в закон (возможно, в Закон «О наркотических средствах») поправку следующего содержания: при отсутствии аргументированного обоснования, относящегося к данному конкретному случаю, запрещается дискриминация лица, его родственника или партнера на основании того, что это лицо потребляет или потребляло наркотики, или на основании предположения, что такое лицо потребляет или потребляло наркотики;

- принуждение лица пройти освидетельствование на наркотики в качестве условия зачисления в образовательное учреждение до или во время учёбы является дискриминационным и незаконным;
- принуждение лица пройти освидетельствование на наркотики в качестве условия трудоустройства является дискриминационным и незаконным. Применение тестирования на наркотики в качестве условия продолжения работы разрешено только в отношении профессий, в связи с которыми ухудшение состояния здоровья на рабочем месте может представлять серьёзную угрозу для работника или окружающих, и при условии обоснованного подозрения, что состояние работника может ухудшиться из-за потребления наркотиков.

Уважать и охранять семейные отношения. Закон «О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИДа» запрещает нарушение «прав и законных интересов» людей, живущих с ВИЧ на основании их ВИЧ-позитивного статуса, равно как и ущемление жилищных и иных прав их родных и близких. Тем не менее, люди, живущие с ВИЧ, лишены права на усыновление/удочерение, что является неоправданным общим ограничением. Потребители наркотиков также лишены права на усыновление/удочерение. Кроме того, сам факт наличия у лица наркотической зависимости может служить основанием для лишения лица родительских прав: согласно Закону «О браке и семье» предусматривается лишение лица родительских прав в случаях, если такое лицо «признано в установленном законом порядке большим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией». Такое ограничение только на основании медицинского состояния, которое можно вылечить, не является оправданным и может рассматриваться как дискриминация по состоянию здоровья. Вместо этого следует тщательно рассматривать обстоятельства каждого индивидуального случая, а не основывать решения на предположениях или предубеждениях о людях, потребляющих наркотики или зависимых от них. Рекомендуется внести следующие изменения:

- в статью 67(5) Закона «О браке и семье» рекомендуется внести поправки, уточняющие, что наличие у родителя наркотической зависимости, как таковое, не может быть достаточным основанием для лишения лица родительских прав в случаях, касающихся жестокого отношения к детям или пренебрежения их воспитанием, а также что для принятия решения необходим детальный анализ всех обстоятельств дела;
- в постановление правительства, относящее ВИЧ и наркотическую зависимость к факторам, препятствующим усыновлению (удочерению) ребенка, либо принятию его под опеку,

рекомендуется внести изменения в целях исключения данных состояний из соответствующего перечня.

Казахстан: ситуация в стране

UNAIDS. 2009. Geneva: UNAIDS.

Выводы

Отнесение ВИЧ/СПИДа к более общим программам общественного здравоохранения. По завершении Национальной программы по борьбе со СПИДом в Казахстане в 2010 году правительство приняло решение включить проблему борьбы с ВИЧ в Государственную программу развития общественного здравоохранения (2011-2015 гг.). Поскольку правительство не рассматривает проблему СПИДа как приоритетную, существуют серьезные опасения по поводу того, что усилия, направленные на борьбу с ВИЧ, не будут в полной мере отображены в Программе и даже могут отойти на второй план, уступив место другим приоритетам в сфере здравоохранения.

Высокая текучесть персонала. Текучесть персонала в Казахстане довольно высокая. Частая смена государственных чиновников и переход опытных сотрудников из государственного сектора в сектор реализации проектов ослабляет технический потенциал государственных учреждений. Приверженность государства обязательствам финансировать определенную деятельность довольно низкая и работу по снижению вреда финансирует ГФСТМ.

Оценка положения с ВИЧ/СПИДом и связанных с ними систем оказания медицинских услуг в Карагандинской области (исследование потока пациентов, функциональности и вопросов финансирования)

Routh, S. 2007. Almaty, Kazakhstan: CAPACITY Project.

Выводы

Клиники ПМСП/семейной медицины часто являются первыми поставщиками услуг. Пациенты, инфицированные ВИЧ, ТБ и ИППП, зачастую предпочитают обращаться в учреждения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), вместо непосредственного посещения специализированных центров, занимающихся лечением этих инфекций. Одной из причин этого является близость к дому, еще одной – традиционная практика территориального распределения населения между соответствующими участковыми врачами/поставщиками услуг ПМСП, унаследованная Центральными-Азиатскими странами от системы здравоохранения бывшего Советского Союза. К сожалению, учреждения ПМСП не предоставляют никаких значительных услуг по профилактике и лечению ВИЧ, за исключением направления пациентов в центры по борьбе со СПИДом и предоставления в незначительных объемах номинальных консультаций и психологической помощи.

Перед системой здравоохранения стоит проблема роста количества пациентов. ART и ведение пациентов, имеющих другие заболевания, связанные с ВИЧ (за исключением коинфекции ТБ, для лечения которой может понадобиться стационарное лечение на разных этапах), в принципе является долгосрочным амбулаторным режимом лечения. Ввиду этого, в отношении районов с высоким уровнем распространенности ВИЧ важно определить целесообразность и устойчивость охвата существующими областными/городскими СПИД-центрами растущего числа ВИЧ-позитивных пациентов и пациентов, получающих ART. Таким образом, важно решить, что

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

лучше – укреплять вертикальные СПИД- центры, чтобы у них была возможность автономно предоставлять АРТ, в том числе устранять побочные эффекты и удовлетворять другие общие медицинские потребности пациентов, больных СПИДом, или же, наоборот, использовать альтернативные схемы предоставления услуг с привлечением существующих систем здравоохранения, в том числе поставщиков услуг ПМСП.

Недостаточное количество тестов на коинфекцию. Несмотря на данные программ по борьбе со СПИДом, ТБ и кожно-венерологическими болезнями о том, что тесты на коинфекцию обязательны для всех клиентов с положительным результатом теста на ВИЧ, только четверо из восьми ЛЖВ сообщили о прохождении теста на ТБ или ИППП. Аналогично, из 21 респондента, больных ТБ, 12 человек сдали тест на ВИЧ и ИППП, и из 12 респондентов, у которых были обнаружены ИППП, пять сдали тест на ВИЧ, а семь – на ТБ.

Клиенты, инфицированные ВИЧ, ТБ и ИППП, редко обращаются за консультацией к частным практикующим врачам и народным целителям. Главным фактором, объясняющим этот факт, может быть недостаточность альтернативных источников в Карагандинской области в частности и Центрально-Азиатских странах в целом.

Клиенты с ВИЧ раскрывают свой статус членам семьи и друзьям. Все восемь респондентов рассказали о своем ВИЧ-статусе либо супругу (супруге) или члену семьи, либо родным, друзьям, коллегам и соседям. С одной стороны, данный факт, очевидно, может показаться противоречащим идее того, что ЛЖВ боятся стигмы и дискриминации, но в то же время, респонденты с ВИЧ указали, что самой большой для них проблемой являются вопросы конфиденциальности и защиты тайны личной жизни. Результаты данного опроса могут не соответствовать ситуации в других странах ЦАР.

Некоторые клиенты с ВИЧ-позитивным статусом не удовлетворены условиями в больницах и клиниках. Трое ВИЧ-инфицированных респондентов выразили неудовлетворенность условиями пребывания в тубдиспансере, указав на отсутствие надлежащих процедур лечения пациентов с коинфекцией ВИЧ/ТБ, а также на недостаточные навыки врачей поликлиники в ведении случаев ВИЧ и СПИДа.

Клиенты доверяют центрам по борьбе со СПИДом в вопросе соблюдения конфиденциальности. На вопрос о наиболее предпочтительных учреждениях для прохождения тестирования и лечения ВИЧ большинство респондентов выбрали СПИД- центры. По-видимому, основной причиной такого выбора стали переживания клиентов по поводу конфиденциальности. Фактически, респонденты, ЛЖВ, не знают, где еще можно получить необходимое лечение и уход с соблюдением права на тайну частной жизни и конфиденциальности. Тем не менее, большинство из них считает более удобным для себя обслуживаться в медицинском учреждении, находящемся относительно недалеко от места жительства, с условием соблюдения тайны частной жизни и конфиденциальности.

Система здравоохранения слишком сложная и малопрозрачная. По результатам оценки функциональности и финансирования, областная система здравоохранения состоит из слишком большого количества специализированных вертикальных систем, а функциональные обязанности и взаимосвязи основных поставщиков услуг определены нечетко. В общих системах здравоохранения, в том числе и в клиниках ПМСП/клиниках семейной медицины, услуги по профилактике и лечению ВИЧ доступны в очень малых объемах или недоступны вообще. Несмотря на то, что на базе учреждений ПМСП/клиник семейной медицины предоставляются некоторые услуги по профилактике, раннему обнаружению и лечению ТБ и ИППП (включая ДОТС в случае ТБ), а услуги диагностики и лечения ИППП доступны в многопрофильных больницах, очевидным является отсутствие четкого направления политики, а также

функциональной структуры и ресурсов для эффективной интеграции услуг по лечению и профилактике ВИЧ/СПИДа, ТБ и ИППП в существующие общие системы здравоохранения.

Низкий уровень взаимодействия между программами. Наряду с тем, что разные вертикальные специализированные программы четко отделены от систем первичной медицинской помощи и других общих систем здравоохранения, взаимодействие между такими программами в целях решения важнейших вопросов, таких как услуги профилактики, раннего обнаружения и лечения для целевых групп риска населения, кажется неадекватным и неопределенным. Например, в текущей концентрированной фазе эпидемии две главные группы населения с наиболее высоким риском заражения ВИЧ, ПИН и РС, обслуживаются преимущественно в рамках вертикальных программ наркологической и кожно-венерологической помощи, соответственно. Таким образом, управление вертикальной системой по борьбе с ВИЧ/СПИДом в Центральной Азии является более сложной задачей, чем управление другими вертикальными системами по борьбе с инфекционными болезнями. Кроме того, из-за отсутствия эффективной и функциональной системы отслеживания направленных пациентов сложнее понять реальную динамику взаимодействия, как между отдельными, так и между всеми элементами сложной системы здравоохранения, включая вертикальные программы, которые периодически дублируют друг друга.

Недостаточная аутрич-работа. Еще одним значимым недостатком, общим для всех специализированных вертикальных программ, является отсутствие какой-либо программы по осуществлению активной аутрич-работы, ориентированной на наиболее уязвимые группы. В рамках некоторых программ действуют стационарные учреждения по проведению аутрич-работы, однако отсутствует профилактический механизм установления и поддержания контакта с людьми для того, чтобы предложить им необходимые профилактические услуги. Несмотря на то, что некоторые НПО и организации на базе сообществ предлагают аутрич- и профилактические инициативы для наиболее уязвимых групп, их слишком мало, и большинство финансируются на средства доноров. Кроме того, связи между государственной системой здравоохранения и программами, которые реализуют НПО или организации на базе сообществ, недостаточно легализованы и регламентированы. Таким образом, в странах Центральной Азии необходимо обратить внимание на вопрос краткосрочной функциональной эффективности и долгосрочной устойчивости программ НПО/организации на базе сообществ.

Недостаточные услуги по уходу и поддержке на базе сообществ. Можно утверждать, что государственная программа по борьбе со СПИДом ограничила возможности для предоставления дополнительных услуг по лечению и поддержки ВИЧ, и, таким образом, инициативы НПО/организаций на базе сообществ, вероятно, являются единственной альтернативой для заполнения данного пробела. Поэтому очень важно, чтобы в странах ЦАР такие частные инициативы организовывались и финансировались государственной программой по СПИДу. В действительности, отсутствует четкая долгосрочная стратегия обеспечения финансовой устойчивости таких частных инициатив. Государственные системы финансирования в странах ЦАР, как правило, не имеют механизмов финансирования деятельности НПО/организаций на базе сообществ. Для обеспечения постоянного участия государства и финансовой стабильности таких видов деятельности, как аутрич-работа и профилактика среди наиболее уязвимых групп, чрезвычайно важно начать создание страновых механизмов финансирования с целью содействия работе НПО/организаций на базе сообществ за счет государственных средств.

Изменение функций с целью повышения экономической эффективности. Можно утверждать, что существующие вертикальные системы могут стать намного эффективнее в экономическом плане, если вместо того, чтобы функционировать в качестве прямых поставщиков услуг, каждый из которых создает и поддерживает собственную систему предоставления услуг,

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

они будут выступать в роли лидеров по техническим/методическим вопросам разработки и внедрения, экономически эффективных мер по обеспечению охраны здоровья, как на индивидуальном уровне, так и на уровне населения в целом. Следует сосредоточить внимание на интеграции соответствующих индивидуальных услуг в систему общественного здравоохранения и общие системы оказания медицинских услуг. Тем не менее, такое фундаментальное изменение функций и обязанностей в рамках вертикальных программ необходимо осуществлять постепенно, возможно, на протяжении приблизительно одного десятилетия.

Рекомендации

Планировать процесс интеграции реалистично. Полная интеграция услуг по лечению и профилактике ВИЧ/СПИДа невозможна в краткосрочной перспективе ввиду существующей структуры системы оказания медицинских услуг, а также во избежание вспышки концентрированной эпидемии среди населения в целом. В долгосрочной перспективе интеграция необходима для обеспечения финансовой дееспособности и устойчивости системы оказания медицинских услуг в целом, включая программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом и другие специализированные вертикальные программы. Пошаговая стратегия реализации является решающей для успеха, а краткосрочные шаги должны соответствовать долгосрочному видению и стратегии интеграции.

Разработать долгосрочную стратегию интеграции. Долгосрочное видение и стратегия интеграции услуг по лечению и профилактике ВИЧ/СПИДа и других вертикальных систем по борьбе с инфекционными заболеваниями может разделить функции по предоставлению отдельных медицинских услуг и услуг общественного здравоохранения, а также интегрировать их в целостную индивидуальную систему оказания (общих) медицинских услуг и общую систему здравоохранения с оказанием и расширением аутрич-работы и деятельности по профилактике среди наиболее уязвимых групп, а также деятельности по уходу за ЛЖВ и их поддержке на уровне сообществ, как через государственные, так и через частные механизмы.

Обеспечить предоставление основных услуг. Можно утверждать, что при наступлении фазы концентрированной эпидемии возможность предоставления таких услуг, как АРВ-терапия, не имеет критического значения для всех центров ПМСП. Тем не менее, существует ряд важных элементов, которые должны быть включены в перечень услуг всех подобных учреждений, в том числе распространение соответствующей и точной информации с целью снижения стигмы, улучшение навыков межличностного общения и консультирования, общие меры предосторожности и основные мероприятия по продвижению здорового образа жизни и профилактики. Кроме того, со временем во все учреждения ПМСП можно ввести ДКТ, возможно, ориентируя его на начальном этапе на определенные группы, например, беременные женщины.

Дополнить услуги амбулаторного лечения АРВ-препаратами. В географических районах с высоким уровнем заболеваемости ВИЧ, учреждениям ПМСП рекомендуется включить в свою деятельность распространение АРВ-препаратов, содействие приверженности лечению, а также ДКТ. Такая стратегия должна предусматривать определение регулирующих критериев отбора и аккредитации, выбор нескольких учреждений ПМСП, проведение тренингов, решение вопросов логистики и проведение мониторинга в целях обеспечения качества и непрерывной аккредитации таких учреждений. Наряду с этим, необходимо откорректировать существующие системы подушевого финансирования в этих учреждениях ПМСП для компенсации дополнительных услуг. Вместо непосредственного участия в процессе предоставления услуг СПИД-центры должны выступать в роли техническо-методических центров, осуществляющих обучение отобранных учреждений ПМСП в районах с высоким уровнем заболеваемости ВИЧ, обеспечивающих достаточные поставки АРВ-препаратов и других необходимых медикаментов и запасов, а также управляющих механизмом аккредитации и обеспечения качества.

Повысить эффективность аутрич-работы среди наиболее уязвимых групп. Это важно для экономически эффективного сдерживания распространения концентрированной эпидемии среди населения в целом. Как в краткосрочной, так и, возможно, в долгосрочной перспективе, ни общая система здравоохранения, ни вертикальные системы (ВИЧ/СПИД, наркология, ИППП) не проводят эффективной аутрич-работы и профилактики среди уязвимых групп, отчасти из-за склонности уделять первостепенное внимание лечению, а не профилактике. В настоящее время в профилактическую аутрич-работу с уязвимыми группами вовлечено несколько НПО/организаций на базе сообществ, причем в основном эта деятельность финансируется донорами, и какой-либо четкой долгосрочной стратегии обеспечения финансовой устойчивости не существует. В страновых системах государственного финансирования не предусмотрены механизмы поддержки программ НПО/организаций на базе сообществ.

Препятствовать расширению потенциала стационарного лечения. Наиболее важным решением в отношении политики в краткосрочной перспективе, обеспечивающим интеграцию стационарных услуг для клиентов с ВИЧ в долгосрочной перспективе, является препятствие расширению потенциала стационарного лечения (больничные койки) в вертикальных системах по борьбе с ВИЧ/СПИДом. Это важно как для финансовой устойчивости системы здравоохранения в целом, так и для содействия работе СПИД-центров с акцентом на профилактику, а не на лечение. Создание новых больничных койко-мест в условиях недостаточного финансирования сектора здравоохранения, когда количество существующих коек уже превышает необходимое, не соответствует текущим долгосрочным реформам системы здравоохранения в странах ЦАР, направленным на повышение эффективности, финансовой устойчивости, а также оптимальной координации и интеграции предоставления медицинских услуг.

Интегрировать услуги, связанные с ВИЧ/СПИДом, и услуги по лечению ТБ. Важным мероприятием, реализация которого была начата в рамках стратегии-3 проекта «Потенциал», является пилотная интеграция услуг, связанных с ВИЧ/СПИДом, и лечением ТБ. Усиление этих двух вертикальных программ по отдельности может препятствовать долгосрочной интеграции этих услуг в общую систему оказания медицинских услуг. Их интеграция может быть хорошим шагом в краткосрочной перспективе, особенно если она помогает в достижении цели недопущения оказания стационарных услуг в вертикальных системах по борьбе с ВИЧ/СПИДом. Пациентов, больных СПИДом, но не больных ТБ, которым необходимо стационарное лечение в связи с определенными заболеваниями, можно лечить в больницах общего типа, а пациентов, больных СПИДом и ТБ – в противотуберкулезных клиниках.

Обратить внимание на политики. Будет сложно полностью интегрировать услуги, связанные с ВИЧ/СПИДом, и услуги по борьбе с ТБ без внесения значительных изменений в существующие структуры системы здравоохранения и механизмы финансирования. В принципе, интеграция вертикальных систем по борьбе с ВИЧ/СПИДом и ТБ не отличается от интеграции общих систем здравоохранения. Однако данный вопрос является в значительной степени политизированным и предусматривает внесение изменений в нормативно-правую базу, а также существующие структуры, и механизмы финансирования системы здравоохранения. На начальном этапе можно разработать краткосрочные меры, направленные на установление более эффективной взаимосвязи между услугами, связанными с ВИЧ/СПИДом, и услугами по ТБ, а на более позднем этапе – долгосрочные меры, направленные на изменение структуры и механизмов финансирования для обеспечения более содержательной интеграции. При этом не следует недооценивать также и уровень соответствующих проблем в области организационной реструктуризации, мониторинга и надзора, а также финансирования в секторе здравоохранения.

Казахстан: обзор системы здравоохранения

Kulzhanov, M. and B. Rechel. 2007. *Health Systems in Transition* 9(7).

Рекомендации не предложены.

Раздувая пламя: нарушения прав человека как фактор распространения эпидемии СПИДа в Казахстане

Struthers, M. and J. Csete. 2003. *Human Rights Watch* (June) 15(4).

Информация, представленная ниже, взята дословно из данного отчета.

Рекомендации

В сфере ВИЧ/СПИДа:

- в полном объеме и в кратчайшие сроки реализовать принятое правительством в июле 2002 г. решение об отмене обязательного тестирования в местах досудебного содержания под стражей;
- провести проверку предложенной системы добровольного тестирования на предмет ее соответствия Руководящим принципам ООН по ВИЧ/СПИДу и правам человека, обратив особое внимание на обеспечении добровольного и конфиденциального консультирования и тестирования на ВИЧ, а также на сведении к минимуму обязательного государственного тестирования;
- прекратить регистрацию ВИЧ-инфицированных государственными органами и любую другую практику, нарушающую право человека на конфиденциальность информации о ВИЧ-статусе;
- прекратить практику изолированного содержания ВИЧ-инфицированных заключенных;
- прекратить практику изъятия личных документов у задержанных, потребителей наркотиков и ЛЖВС.
- внести изменения в статью 14(2) Конституции Республики Казахстан о запрете дискриминации или принять официальную политику или указ о толковании данной статьи с тем, чтобы запретить дискриминацию на основании ВИЧ-статуса или сексуальной ориентации. Аналогично, подтвердить положение о равенстве всех перед законом (статья 14(1)) независимо от ВИЧ-статуса;
- обеспечить оперативный пересмотр нормативно-правовых актов в сфере ВИЧ/СПИДа, внедряемых правительством, а также применение международных стандартов, таких как Международные руководящие принципы, по ВИЧ/СПИДу и правам человека, разработанные ООН, на соответствие которым и осуществляется оценка нормативно-правовых актов;
- гуманизировать лечение наркологической зависимости, как этого требуют обязательства Казахстана в рамках Единой конвенции о наркотических средствах 1961 г. и протоколу к ней от 1972 г., Конвенции о психотропных веществах 1971 г. и Конвенции ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 г.;
- ввести в центрах по борьбе со СПИДом, кожно-венерологических диспансерах и других медицинских учреждениях программы помощи представителям групп риска и ЛЖВС в соответствии со стандартами, предусмотренными международными руководствами по

ВИЧ/СПИДу и правам человека, разработанными ООН, уделив особое внимание обеспечению конфиденциального и добровольного характера тестирования на ВИЧ с соответствующим консультированием;

- ликвидировать в таких учреждениях любую государственную практику, нарушающую право на конфиденциальный и добровольный характер тестирования;
- государственные чиновники всех уровней должны в рамках публичных мероприятий и контактов со СМИ подчеркивать осуждение преследований, полицейских притеснений и нарушений прав представителей групп риска и сотрудников программ борьбы с ВИЧ/СПИДом, а также подчеркивать важность профилактических программ для представителей групп повышенного риска.

В сфере международных договоров о правах человека:

- ратифицировать Международный пакт о гражданских и политических правах и факультативные протоколы к нему;
- ратифицировать Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах.

В сфере деятельности сотрудников правоохранительных органов:

- внедрить постоянно действующую программу подготовки для сотрудников полиции всех уровней, рассказывающую о вопросах в сфере ВИЧ/СПИДа, важности программ снижения вреда и связанных с этим аспектам соблюдения прав человека. Такую подготовку должны проходить все поступающие на службу; для действующих сотрудников необходимо предусмотреть переподготовку. Следует также обеспечить знание сотрудниками полиции и работниками судебной системы положений закона Республики Казахстан от 1997 г., отменившего запрет на гомосексуализм, а также последних международных договоров о праве не подвергаться дискриминации по признаку сексуальной ориентации;
- отменить существующую в правоохранительных органах практику разрядок на аресты и задержания. Обвиняемый должен содержаться под стражей до суда только в тех случаях, когда он может скрыться от правосудия или представляет общественную опасность. Обеспечить ответственность по всей строгости закона для сотрудников, причастных к произвольным арестам, вымогательству, недозволенному обращению и превышению власти;
- обеспечить задержанным полный и беспрепятственный доступ к адвокату на всех этапах предварительного следствия и суда, прекращение недозволенного обращения на стадии предварительного заключения и недопустимость в дальнейшем принятия казахстанскими судами в качестве доказательства признаний, полученных под давлением;
- обеспечить также всем лицам возможность безбоязненно подавать жалобы на нарушения при обращении в независимые инстанции для оперативного и тщательного расследования;
- обеспечить наделение Уполномоченного по правам человека Казахстана полномочиями по самостоятельному расследованию нарушений, совершаемых сотрудниками правоохранительных органов;
- усилить гарантированные Конституцией программы оказания юридической помощи и обеспечить их реализацию без дискриминации маргинальных групп, в частности потребителей наркотиков и работников секса.

Национальной программе профилактики и борьбы со СПИДом:

- расширить охват существующих программ снижения вреда, в том числе в местах лишения свободы, и обеспечить достаточную подготовку сотрудников таких программ. Обеспечить доступ к всеобъемлющей информации о ВИЧ/СПИДе, а также к добровольному и конфиденциальному тестированию для всех лиц, содержащихся под стражей;
- в кратчайшие возможные сроки реализовать пилотные программы метадоновой терапии, запуск которых намечен на первый квартал 2003 г.;
- включить в планы работы программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом проведение регулярного мониторинга и отслеживание реакции на нарушения прав человека в отношении представителей групп риска, а также разработать рабочие критерии соблюдения стандартов в сфере прав человека;
- включить больных СПИДом в состав государственных органов по выработке политики и комиссий по координации деятельности в области ВИЧ/СПИДа;
- обеспечить сбор точных статистических данных по заболеваемости и распространенности ВИЧ/СПИДа в группах повышенного риска;
- активизировать образовательные программы и программы по проведению профессиональной подготовки в области ВИЧ/СПИД для сотрудников правоохранительных органов и врачей;
- обеспечить потребителям инъекционных наркотиков равный доступ к антиретровирусным препаратам.
- активизировать кампанию по разъяснению основных фактов о ВИЧ/СПИДе среди населения, в том числе среди учащихся и военнослужащих срочной службы. Акцент в такой разъяснительной работе должен делаться на том, насколько важно не относиться к ЛЖВС или представителям уязвимых групп как к преступникам или отверженным, а также на том, что однополые отношения законны;
- активизировать разъяснительную работу среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, а также расширить сотрудничество с представляющими их НПО.

Организациям системы ООН и международным и двусторонним донорам:

- добиваться от Казахстана незамедлительного присоединения к основным договорам о правах человека, включая Международный пакт о гражданских и политических правах (с факультативными протоколами) и Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах;
- в области программ и политики по ВИЧ/СПИДу в Казахстане оказывать целевую поддержку тем мерам, которые направлены на приведение положения в соответствие с международными стандартами и связаны с защитой ЛЖВС от стигматизации и дискриминации, а также защитой их прав на добровольное и конфиденциальное тестирование и права на комплексное лечение и уход.

Европейскому союзу и странам-членам ЕС:

- используя механизм периодического обзора Соглашения о партнерстве и сотрудничестве, призвать Правительство Казахстана привести свое внутреннее законодательство и практику в области процессуальных гарантий и свободы выражения мнений в соответствие с двусторонними договорами и международными стандартами. Особое внимание следует уделить конкретным нарушениям, зафиксированным в настоящем отчете;

- Европарламент должен обратиться к Совету сотрудничества «Европейский Союз – Казахстан» с требованием подготовить открытый доклад о соблюдении Казахстаном указанных международных стандартов, а также должен обусловить продолжение сотрудничества в рамках Соглашения о партнерстве и сотрудничестве конкретным и поддающимся оценке прогрессом Казахстана в этой области.

Соединенным Штатам Америки:

- продолжать добиваться на самом высоком уровне приведения Казахстаном внутреннего законодательства и практики в области процессуальных гарантий и свободы выражения мнений в соответствие с двусторонними договорами и международными стандартами, с акцентом на конкретные нарушения, зафиксированные в настоящем докладе, а также с учетом резолюций Конгресса США, таких как Совместная резолюция, отражающая мнение конгресса о правах человека в Центральной Азии (Joint Resolution Expressing the Sense of the Congress with Respect to Human Rights in Central Asia, S.J. Res. 3), от 14 января 2003 г.;

Европейскому банку реконструкции и развития:

- статья 1 Соглашения об учреждении Европейского банка реконструкции и развития гласит, что целью банка является оказание содействия развитию «в Центральной и Восточной Европе стран, приверженных и реализующих принципы многопартийной демократии, плюрализма и рыночной экономики». В свете такого установленного законом обязательства ЕБРР должен учесть выводы настоящего доклада в своей ежегодной оценке Казахстана и заявить о том, что характер и уровень будущего содействия будет зависеть от существенного прогресса в выполнении вышеизложенных рекомендаций.

КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА: ОЦЕНКИ, ВЫВОДЫ, РЕКОМЕНДАЦИИ

В данном разделе представлен обзор имеющихся оценочных отчетов, выводов, а также пробелов и/или рекомендаций для Кыргызской Республики.

Комплексный анализ услуг по снижению вреда в Кыргызской Республике (проект)

Bivoli, S., M. Smelyanskaya, Y. Aleshkina, and K. Lezhentsev. 2011. Bishkek: UNAIDS, DFID, and Quality Health Care Project.

Выводы

Очевидный прогресс в предоставлении услуг по ВИЧ. Кыргызская Республика успешно развила обширную инфраструктуру НПО и государственных учреждений, а также обеспечила наличие многочисленных, подготовленных и опытных трудовых ресурсов для борьбы с ВИЧ. В стране есть не только большое количество поставщиков услуг, но и широкий спектр услуг, особенно по наркологической помощи. При содействии разных доноров в стране создана и хорошо функционирует подготовленная группа поставщиков новых услуг.

Политическое лидерство и обязательства по организации услуг в тюрьмах. Развитие широкой сети по предоставлению ОЗТ и услуг в рамках ПОШ в тюрьмах, а также «упорядочивание» этих услуг и положительное отношение к ним медицинских работников и сотрудников правоохранительных органов, работающих в тюрьмах, указывает на то, что Кыргызская Республика занимает ведущую позицию в сфере оказания услуг по снижению вреда в регионе.

Эффективность адвокационной деятельности НПО. В Кыргызской Республике хорошо развит сектор предоставления услуг НПО, в котором заняты имеющие соответствующую специализацию квалифицированные сотрудники, а также мощная сеть обладающих хорошими навыками адвокационной деятельности и общественной мобилизации НПО, которые принимают участие в общегосударственном процессе разработки политики и принятия решений в сфере борьбы с ВИЧ на постоянной основе.

Разработка и реализация программ ОЗТ. Лидирующая роль нескольких государственных учреждений, таких как Республиканский центр наркологии и Управление по вопросам здравоохранения в тюрьмах, содействуют внедрению и расширению заместительной опиоидной терапии в сфере своих услуг. В результате этого программа ОЗТ является по-настоящему низкопороговой, предусматривая гибкий подход в отношении предоставления ОЗТ в другом медицинском учреждении в случае болезни пациента, а также разработку процедур вовлечения родственников пациента в процесс выдачи доз препарата в рамках ОЗТ в исключительных случаях.

Постоянные инновации. Несмотря на то, что условия для реализации программы снижения вреда не всегда были благоприятными и приходилось встречаться с многочисленными проблемами, предоставляемые услуги были адаптированы и включили в себя инновационные и неформальные подходы, вместе с теми, которые применяются при непрерывной работе с потребителями наркотиков, оказавшимися в сложной ситуации, а именно: развитие практик

вторичного обмена шприцев, доставка чистых шприцев в точки продажи наркотиков, а также доставка налоксона, несмотря на административные барьеры.

Модели предоставления услуг. Группа экспертов наблюдала примеры передового опыта в отношении разработки горизонтальных моделей интеграции медицинских услуг, повышающих эффективность предоставления комплексного пакета услуг в целях снижения распространенности ВИЧ и других инфекций у потребителей наркотиков. Это предоставление ОЗТ госпитализированным больным туберкулезом, интеграция высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) и ОЗТ в тюрьмах, интегрированное ведение ВААРТ и туберкулеза в тюрьмах, а также создание междисциплинарных команд и действенной модели ведения пациентов на базе НПО, ориентированной на потребляющих наркотики женщин.

Необходимость проведения оценки. Несмотря на огромные усилия, прилагаемые многими участниками процесса и донорами, оценка эффективности программ снижения вреда почти невозможна в связи с недостаточно развитой государственной системой мониторинга и оценки программ профилактики ВИЧ среди ПИН. Доступная в данный момент количественная информация является недостаточно качественной для того, чтобы на ее основании делать любые выводы об охвате потребителей наркотиков программами обмена шприцев; и невозможно свести воедино данные со всех секторов. В предыдущей Национальной стратегии борьбы со СПИДом не было четко определенных исходных показателей, целей и критериев оценки программ снижения вреда.

Фрагментация. Ввиду того, что многие доноры и исполнители уделяют особое внимание профилактике ВИЧ среди уязвимых групп населения, процесс предоставления услуг стал довольно сложным, и многие попытки картирования этих услуг в стране остались безуспешными. Нередко основные поставщики услуг в одном и том же регионе не знают обо всем спектре доступных услуг, а каждая организация имеет в своем распоряжении лишь часть информации. Одни и те же медработники часто сотрудничают на контрактной основе с несколькими финансирующими организациями одновременно. Они предоставляют некоторые похожие услуги в нескольких вариантах и с использованием нескольких структур МиО, которые невозможно объединить в одну систему.

Необходимость координации на национальном уровне. Неэффективная координация в секторе снижения вреда на национальном уровне также приводит к фрагментации. Нет единого руководящего органа, ответственного за составление программы по профилактике ВИЧ среди потребителей наркотиков, имеющего полномочия для создания рамки программы, оценить прогресс и определить успех этой программы. В настоящее время выполнение программы идет разрозненно по местам предоставления услуг и по приоритетам доноров. По-видимому, сеть центров по борьбе со СПИДом не доминирует в профилактике ВИЧ среди ПИН.

Фокус на профилактику ВИЧ. В Кыргызской Республике акцент мероприятий для ПИН сместился со значительной работы по профилактике ВИЧ в сторону оказания наркологической помощи и отказа от потребления наркотиков. Это означает, что непрерывный наркологической уход, включающий ОЗТ и реабилитационные меры, ставит на второй план программу обмена шприцев, являющейся основной мерой (и, как доказывает мировой опыт, оказывает самое быстрое воздействие на передачу ВИЧ среди ПИН) и отправной точкой получения комплексного пакета услуг по профилактике ВИЧ. Таким образом, ПИН и пациентов ОЗТ часто отговаривают от получения многих доступных в настоящий момент услуг и они не могут приобщиться к ним в качестве сотрудников, работающих по принципу «равный – равному».

Нестабильные ресурсы. Финансирование предоставления услуг ПОШ прерывалось несколько раз за последние несколько лет, что приводило к задержке выплат заработной платы персоналу, не

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

отвечающим требованиям закупкам игл и презервативов (презервативы и иглы низкого качества, неподходящие шприцы, которые не соответствовали потребностям клиентов) или отсутствию запасов.

Комплексные услуги. ПИН все еще сталкиваются с барьерами на пути к получению комплексного пакета услуг для решения проблем, связанных с основными инфекциями, такими как туберкулез, ВИЧ, гепатит, кожные инфекции, а также услугами по защите репродуктивного здоровья для потребляющих наркотики женщин – даже в центрах семейной медицины, на базе которых реализуются ПОШ и предоставляется ОЗТ. У них может не быть необходимых документов и медицинской страховки, и наличных денег на оплату услуг, что приводит к возникновению таких моделей предоставления услуг, при которых НПО оплачивает медицинские услуги неофициально, в частном порядке.

Ограниченные возможности тестирования на ВИЧ. Несмотря на доступность услуг тестирования на ВИЧ на базе центров по борьбе со СПИДом, многие клиенты не обращаются туда в связи с участвовавшей в последнее время практикой подтверждения личности пациента и получения его контактных данных. В результате этого, единственной возможностью для анонимной сдачи теста на ВИЧ и другие инфекции является ежегодный интегрированный биологический и поведенческий надзор (IBBS). Существует настоятельная необходимость в низкопороговых услугах по тестированию на ВИЧ на уровне сообществ.

Усложнение аутрич-работы в связи с меняющимися рынками наркотиков. Изменения на рынках наркотиков привели к большей закрытости среды потребителей наркотиков, их большей подозрительности и страху, и созданию закрытых групп, избегающих контакта с поставщиками услуг по снижению вреда. Существующая сеть наркоторговцев не особенно озабочена проблемой чистых шприцев, что может повлечь за собой совместное использование игл и шприцев. Молодые потребители наркотиков зависят от более взрослых в вопросах приобретения наркотиков, игл и шприцев и избегают контактов с поставщиками услуг по снижению вреда.

Чрезмерный контроль со стороны полиции и криминализация. На доступ к ПОШ и программам ОЗТ продолжает влиять чрезмерный контроль со стороны полиции и криминализация потребления наркотиков и владения шприцами, несмотря на принятие в стране ряда менее строгих законов. Повышенное внимание правоохранительных органов к клиентам этих двух видов программ усложняет ежедневную работу, ведет к росту небезопасного инъекционного введения наркотиков и небезопасной утилизации использованных шприцев, а также заставляет более молодых потребителей наркотиков избегать контактов с поставщиками услуг по снижению вреда. Кроме того, высокий показатель заключенных потребителей наркотиков ведет к их круговому движению в тюрьму и из нее; а после освобождения они лишаются паспортов, что в дальнейшем мешает им получать медицинские услуги.

Неприятие ОЗТ в обществе. Будущее ОЗТ находится под растущей угрозой неприятия со стороны некоторых групп в сообществе. Нередко спор провоцируют мифы о том, чем на самом деле является и не является программа ОЗТ. Тем не менее, уже были озвучены некоторые обоснованные опасения по поводу качества предоставления ОЗТ, которые необходимо соответствующим образом разрешить в следующем цикле составления программы.

Рекомендации

Сосредоточить внимание на качестве услуг. Несмотря на то, что до последнего времени работа по снижению вреда расширялась, развитие новых услуг, доступ к клиентам и качество предоставления услуг должны стать приоритетами в следующем программном цикле. Современные политические условия благоприятны для того, чтобы больше внимания уделять

качеству услуг. Официальные лица МЗ указали на важность составления программы, ориентированной на результат, экономическую эффективность и улучшение качества, как на будущие направления работы по профилактике ВИЧ.

Располагать услугами и финансировать их. В следующие пять лет Кыргызская Республика будет получать от внешних доноров значительную финансовую поддержку профилактике и лечению ВИЧ. Тем не менее, страна должна постепенно брать на себя предоставление и финансированию таких услуг, чтобы помочь заново отдать приоритет работе по профилактике ВИЧ с переходом на мероприятия с доказательной базой с документально подтвержденным успехом. В данном контексте стране необходимо вновь сосредоточить внимание на ПОШ, как ключевой стратегии эффективной профилактики ВИЧ, а также на необходимости разработки более эффективных горизонтальных моделей предоставления услуг, отказываясь от вертикальных систем и дублирования работы.

Создать единый орган, ответственный за координацию профилактики ВИЧ среди уязвимых групп населения. Такой орган должен осуществлять надзор за услугами по снижению вреда, предоставляемыми как государственными учреждениями, так и НПО, и использовать единые стандарты минимального пакета услуг. Это приведет к стандартизированному подходу, благодаря которому потребители наркотиков по всей стране будут получать услуги похожего уровня и качества.

Вернуть ПОШ статус основного инструмента контроля распространения ВИЧ среди ПИН. Это должно быть сделано не только на бумаге (в Стратегии), но отразиться на уровнях финансирования и стать приоритетом для дальнейшего укрепления своего статуса.

Разработать единую систему МиО. Система должна состоять из ряда ключевых индикаторов уровня охвата и качества с четкими исходными показателями и целями, и ее должны внедрить как государственные, так и неправительственные организации. Внедрить единую уникальную электронную систему отчетности для общественного и пенитенциарного секторов, основанную на едином уникальном идентификационном коде, используемом всеми учреждениями.

Предоставлять поддержку структуре центров по борьбе со СПИДом. Структуре центров по борьбе со СПИДом необходима значительная институциональная поддержка для перестройки ее организационного потенциала по клиническому ведению пациентов с ВИЧ, надзору, управлению товарами и цепочкой поставок, а также укреплению системы МиО. Клинические сотрудники центров по борьбе с ВИЧ должны проходить клиническое обучение вопросам АРТ для ПИН, чтобы обеспечить одинаковый уровень навыков работы с ПИН.

Расширить адвокационную работу. Ключевым приоритетом дальнейшего развития ПОШ и ОЗТ является расширение адвокационной работы с государством для того, чтобы подход, основанный на защите прав человека и общественном здравоохранении поддержал национальные меры противодействия ВИЧ. Правоохранительные органы должны в лучшем случае поддерживать ПОШ и ОЗТ, а в худшем – относиться к этим программам нейтрально.

Решить проблему недостающих компонентов комплексного пакета услуг. К ним относятся доступ к тестированию на вирусный гепатит В (ВГВ) и ВГС, а также вакцинация против ВГВ и вирусного гепатита А (ВГА). Кроме того, важно разработать стратегию обеспечения умеренной стоимости лечения ВГС.

Прийти к общенациональному консенсусу в отношении моделей предоставления комбинированных услуг, адаптированных к местным условиям. Исходя из бремени

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

заболевания и текущих неудовлетворенных потребностей, возможны несколько моделей интеграции услуг с разным уровнем инвестиций:

- ПОШ на базе НПО и мобильные ПОШ, предлагающие комплекс услуг в одном месте;
- пункты ПОШ и ОЗТ при центрах семейной медицины (ЦСМ) как первичные пункты получения услуг, доступных в ЦСМ;
- интеграция скрининга на туберкулез и ВИЧ в пунктах предоставления ОЗТ;
- интеграция надзора за ОЗТ и проведения АРТ с лечением туберкулеза;
- открытие пунктов предоставления ОЗТ при центрах по борьбе со СПИДом;
- поддержка действующих междисциплинарных команд;
- создание городских и областных координационных комитетов по профилактике ВИЧ и ТБ.

Улучшить взаимодействие между донорскими агентствами. Во избежание дублирующего и параллельного составления программ, рассмотреть возможность создания междонорских технических рабочих групп для регулярных встреч до устранения такого дублирования.

Избегать параллельной отчетности по одним и тем же услугам. Рационализировать требования к отчетности, включая формы, частоту и сроки предоставления отчетности с учетом потребностей потребителей и страны. Определить, какая база данных наиболее точно отвечает потребностям доноров, чтобы ею могли пользоваться все поставщики услуг по профилактике ВИЧ.

Повысить качество ПОШ. Ряд способов достижения этой цели:

- улучшение качества предоставления услуг в рамках ПОШ, а также мониторинг и расширение аутрич-работы;
- расширение и адаптация ориентированных на молодежь и разработанных с учетом гендерных особенностей пакетов услуг в рамках существующих ПОШ;
- разрешение молодым людям, потребляющим наркотики, работать волонтерами в пунктах снижения вреда.
- рассмотрение вопроса об обсуждении безопасного секса;
- разработка стратегии коммуникации и новых информационных, образовательных и коммуникационных материалов (ИОК);
- дальнейшая интеграция ПОШ в существующие пункты доверия и общественные центры, а также медицинские учреждения;
- расширение географического охвата только после проведения быстрых оценок пунктов предоставления услуг.

Улучшить качество программ ОЗТ. Ряд способов достижения этой цели:

- повышение качества программ ОЗТ (увеличить среднее дозирование, улучшить долгосрочное удерживание пациентов, решить вопрос параллельного потребления веществ);
- улучшение качества интегрированных и всеохватывающих услуг, предоставляемых пациентам ОЗТ, путем расширения доступа к социальным услугам, доступным через НПО;

- продолжение улучшения предоставления непрерывного ухода пациентам ОЗТ за счет открытия пунктов ОЗТ в противотуберкулезных больницах на юге страны и в тюрьмах;
- более эффективная и рациональная координация ОЗТ для беременных женщин.

Улучшить тестирование и консультирование на ВИЧ. Организовать анонимное тестирование в центрах по борьбе со СПИДом и расширить доступ к экспресс-тестированию в пунктах ПОШ и через аутрич-работу.

Улучшить клиническое ведение пациентов с ВИЧ и доступ к ВААРТ. Укрепить организационный потенциал центров по борьбе со СПИДом для обеспечения высококачественных клинических услуг для ПИН, а также развить навыки консультирования и базового ведения пациентов для своевременного тестирования, диагностики и лечения в рамках ПОШ и ОЗТ.

Улучшить профилактику, диагностику и лечение туберкулеза. Четко определить функции и обязанности служб, работающих в сфере контроля и лечения туберкулеза. Повысить осведомленность как ПИН, так и поставщиков услуг об инфекционном контроле и ведении пациентов, больных туберкулезом.

Улучшить услуги по репродуктивному здоровью. Внедрить более эффективные модели обеспечения доступа женщин, потребляющих наркотики, к услугам по планированию семьи, безопасному аборту и дородовой помощи.

Технический отчет: индивидуальные, социальные и структурные барьеры на пути соблюдения режима лечения АРВ-препаратами в Кыргызской Республике и предлагаемый план действий в республиках Центральной Азии

Thumath, M., A. Bolotbaeva, D. Parsons, and D. Burrows. 2011. Bethesda, MD: Quality Health Care Project in the Central Asian Republics, Abt Associates Inc.

Выводы

Политическое лидерство. Несмотря на многочисленные проблемы, в противодействии Кыргызской Республики ВИЧ/СПИДу, есть ряд сильных сторон. Страна является признанным в регионе лидером по внедрению услуг по профилактике и снижению вреда, в частности по обеспечению доступа к иглам и шприцам в закрытой среде. Аналогично, хорошо организовано планирование дальнейшей жизни клиента после выхода из тюрьмы и сотрудничество между тюрьмами и НПО в случаях, когда пациенты имеют соответствующие документы, а также разработаны планы решения проблемы пациентов, не имеющих документов. Кроме того, был достигнут прогресс в интеграции вертикальных систем в услуги первичной медицинской помощи на уровне ЦСМ. В регионе работают сильные местные организации, которые в значительной степени участвуют в работе Странового координационного механизма Глобального фонда.

Инновационные модели предоставления услуг. Что касается инноваций в лечении, то страна начала раннее пилотирование моделей междисциплинарных команд, несмотря на ограничения в их работе, связанные с тем, что они не могут назначать и выдавать АРВ-препараты. Кроме того, широко распространено применение регулярного тестирования на ВИЧ по инициативе поставщика, которое может улучшить доступ к раннему диагностированию и обеспечению связи с услугами по детоксикации, женскими консультациями и тюрьмами. Наконец, существует в основном благоприятная нормативно-правовая база для обеспечения соблюдения прав человека, включая законы о запрете дискриминации в отношении ЛЖВ и наиболее уязвимых групп

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

населения. Тем не менее, все еще есть проблемы в сфере прав человека и во взаимоотношениях с политической и правоохранительной системами.

Большинство ЛЖВ не получают регулярного ухода. По данным последнего неопубликованного отчета ВОЗ по Кыргызской Республике, в стране зарегистрировано 2 977 ЛЖВ, которые живы на конец 2010 года (ВОЗ, 2011). Только 36% (1 074) из них обращались за получением услуг по уходу в 2010 году.

Большинство ЛЖВ не проходят мониторинг количества клеток CD4. В 2010 году в системе здравоохранения было зарегистрировано 570 пациентов, у которых был впервые выявлен ВИЧ. Тем не менее, мониторинг количества клеток CD4 был осуществлен только у 31,6% (180) из пациентов под наблюдением, у 50,5% (91) из которых количество клеток CD4 составило менее 350. Такой высокий уровень готовности к АРТ среди пациентов под наблюдением может указывать на все еще существующие проблемы в системе здравоохранения, препятствующие выполнению общегосударственных рекомендаций. Другими словами, политика и/или практика тестирования на ВИЧ не является достаточно действенной для того, чтобы привлекать ЛЖВ на более ранних стадиях развития инфекции, что является обязательным условием лечения ВИЧ на ранних этапах и своевременного начала АРТ.

Неудовлетворенные потребности в АРТ. Значительная доля пациентов, проходящих мониторинг уровня CD4, которым показано начало АРТ, также указывает на то, что на уровне населения непосредственная необходимость в прохождении АРТ намного выше, чем количество пациентов, уже проходящих терапию. Такая неудовлетворенная потребность имеет серьезные последствия для точности прогнозирования потребностей в АРВ-препаратах в стране.

Препятствия для лечения. Согласно данным ВОЗ, из 548 пациентов, начавших АРТ, только 65% (356) оставались в программе терапии на конец 2010 года. Причины, по которым 192 пациента прекратили прохождение АРТ, были следующими: 70 (36%) – смерть, 25 (13%) – непереносимость и отсутствие приверженности, а с остальными (97 = 50%) был утрачен контакт для их дальнейшего ведения. К сожалению, данные по доступу к АРВ-препаратам особых групп населения очень скудные. Интервью с ключевыми респондентами и опыт работы в других странах указывают на то, что самые значительные барьеры в лечении АРВ-препаратами существуют у ПИН, работников коммерческого секса, а также малоимущих женщин с детьми. Тем не менее, существует острая потребность в надежных данных для нахождения соответствующего выхода из сложившейся ситуации.

Медицинские работники используют разные подходы к лечению АРВ-препаратами. Выявлены значительные отличия в подходах к поддержке приверженности лечению АРВ-препаратами и даже в оценке надлежащего уровня приверженности. Большинство респондентов считали себя ответственными за услуги по ВИЧ/СПИДу; половина из них рассматривали себя в качестве поставщиков других медицинских услуг, предоставляющих услуги пациентам с ВИЧ. Один из сотрудников ЦСМ вовсе не считал, что участвует в предоставлении услуг по ВИЧ, хотя являлся семейным доктором в клинике, значительное количество пациентов которой составляли ЛЖВ. Все 10 респондентов указали, что их медицинские учреждения предоставляют ДКТ. Только Центр наркологии предоставляет МПТ и социальную поддержку в целях содействия соблюдению режима лечения. Только четверо из 10 респондентов могут назначать АРТ, при этом трое из них работают в Национальном центре по профилактике и борьбе со СПИДом.

Другие результаты по основным тестам для ЛЖВ. По результатам исследования, определение уровня CD4, вирусной нагрузки и подсчет лимфоцитов проводят только центры по борьбе со СПИДом. Респонденты, работающие в Республиканском центре наркологии и НПО, сообщили о своем участии в заборе крови для проведения теста на ВИЧ. Только Республиканский центр по

борьбе со СПИДом и междисциплинарные команды сообщили о вовлеченности в проведение терапии АРВ-препаратами (пять респондентов). В обеих междисциплинарных командах, участвовавших в интервью, врач был сотрудником Центра по борьбе со СПИДом.

Раздача АРВ-препаратов. Респонденты заявили, что АРВ-препараты в основном раздаются ежемесячно или раз в две-три недели. По словам сотрудников Центра по борьбе со СПИДом, АРВ-препараты для определенных пациентов может получить пациент, зарегистрированный работник по уходу, член семьи или медицинский работник местного медицинского учреждения; однако представители НПО отметили, что только пациентам разрешается получать свои АРВ-препараты, а разрешение на получение препаратов местным медицинским медработникам дается в исключительных случаях.

Имеющиеся данные о посещениях клиники. Ниже представлено пять основных видов данных, которые чаще всего доступны в записях по каждому посещению клиники пациентами, которые получают лечение АРВ-препаратами (в порядке снижения частоты):

- сообщаемые побочные эффекты;
- количество предоставленных таблеток АРВ-препарата (с разбивкой по типу);
- ожидаемая дневная норма выдаваемых АРВ-препаратов (с разбивкой по типу);
- дата следующего запланированного посещения клиники;
- отзыв поставщика услуг о соблюдении пациентом режима лечения за последнее время.

Бремя положительного результата теста на ВИЧ. Положительный результат теста на ВИЧ может стать огромной психологической нагрузкой на получившего его человека, поддерживающих его людей, в том числе и для родителей ВИЧ-инфицированных детей. Положительный ВИЧ-статус приносит неуверенность во все сферы жизни человека, в том числе в отношении качества жизни и ее продолжительности, эффективности лечения, а также реакции общества на измененный статус человека. Реакцию на положительный ВИЧ-статус сложно предвидеть: она может выражаться в форме шока, отрицания, страха, снижения самоуважения и депрессии. Такие эмоциональные состояния могут повторяться, ввиду чего необходимо обеспечить доступность адекватной психологической поддержки не только в период послетестового консультирования, но и на протяжении всего срока лечения пациента, в любое время по его требованию.

Возможности консультирования ЛЖВ. Официально, в штатном расписании каждого центра по борьбе со СПИДом числится психотерапевт, но часто консультированием занимается сотрудник Центра, наряду со своими прямыми обязанностями. Если пациенту нужна консультация психотерапевта, его направляют к соответствующему специалисту в партнерскую НПО или ЦСМ, или же на прием к работающему в центре по борьбе со СПИДом врачу, не являющемуся психотерапевтом, хотя такие врачи сами выражают беспокойство по поводу такой практики и отмечают, что не каждый из них владеет навыками, необходимыми для оказания корректной психологической поддержки ЛЖВ. Кроме того, врачи центров по борьбе со СПИДом не имеют права назначать антидепрессанты, их может назначить только психотерапевт.

Равные консультанты считаются ценным ресурсом. Врачи центров по борьбе со СПИДом, представители НПО и участники фокус-групп с разными наиболее уязвимыми группами населения отметили необходимость привлечения консультантов по принципу «равный – равному» для работы с ЛЖВ на протяжении всего периода лечения, начиная сразу после постановки диагноза и до начала и продолжения АРТ. Члены фокус-групп, представляющие ЛЖВ, сказали, что самую лучшую психологическую поддержку они получают от равных с ними по статусу консультантов. В ходе обсуждений фокус-групп были определены разные группы риска с разными

потребностями в услугах социально-психологической поддержки для содействия приверженности АРТ.

Выявленные потребности конкретных основных групп населения. К ним относятся следующие:

- специальная психологическая помощь беременным ПИН, поскольку беременность может приводить к повышению тревожности. Потребители наркотиков и НПО, работающие с ними, сказали, что ввиду травм и сложных проблем со здоровьем, потребители наркотиков могут ощущать боли, не поддающиеся лечению, и ощущать дискомфорт. Многие люди, которым нужно лечение АРВ-препаратами, могут не хотеть начинать его, опасаясь побочных эффектов. Кроме того, важно регулировать дозу метадона для тех, кто начинает лечение АРВ-препаратами после прохождения программ МПТ, чтобы предотвратить абстинентный синдром;
- снижение двойной стигмы в отношении ПИН и работников секса, живущих с ВИЧ. Страх многих молодых ПИН и работников секса перед возможностью узнать о положительном статусе препятствует прохождению ими теста на ВИЧ. Им известно, что они подвержены риску инфицирования ВИЧ; однако соблюдение конфиденциальности является серьезной проблемой, и ВИЧ-инфицированные потребители наркотиков или работники секса боятся двойной стигмы;
- проблема насилия в семье женщин с ВИЧ-положительным статусом: такие женщины и/или матери ВИЧ-положительных детей часто становятся жертвами насилия в семье, в том числе психологического. Главными агрессорами являются мужья и свекрови;
- бедность и семейные проблемы ПИН: большинство ПИН теряют связь со своими семьями, когда начинают потреблять наркотики, а наиболее активные потребители наркотиков не работают и не имеют стабильного дохода. Сообщается, что, кроме того, важной проблемой семей ВИЧ-положительных ПИН является безопасность продуктов;
- поддержка мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ): по данным фокус-группы МСМ, молодые МСМ особенно нуждаются в психологической поддержке, так как они являются более уязвимыми, чем другие МСМ. Безопасность продуктов также была названа среди значимых проблем семей с детьми, имеющими ВИЧ-положительный статус. Такие семьи имеют в среднем четырех-пять детей и сталкиваются с трудностями в обеспечении их горячей пищей даже один раз в день. Детям обычно дают чай с хлебом.

Ограничения в связи с децентрализацией. Теоретически, услуги по лечению и уходу в связи с ВИЧ/СПИДом децентрализованы и распределены по всей стране между девятью центрами по борьбе со СПИДом и 66 ЦСМ. Тем не менее, процесс децентрализации услуг не включал в себя определение функций и обязанностей разных уровней системы здравоохранения с целью обеспечения непрерывности и качества услуг. Во время проведения данной оценки группа по оценке не нашла ни одного ЦСМ, который в действительности мог назначать или даже выдавать АРВ-препараты; все АРВ-препараты необходимо было получать в региональном центре по профилактике и борьбе со СПИДом (для некоторых пациентов поездка в этот центр занимает до шести часов). Только Национальный центр по профилактике и борьбе со СПИДом в г. Бишкек и Центр по профилактике и борьбе со СПИДом в г. Ош могут назначать АРТ, выдавать медикаменты ЛЖВ и проводить иммунологические и вирусологические тесты (подсчет количества клеток CD4 и определение уровня вирусной нагрузки), которые являются важными для принятия решений в отношении своевременного начала АРТ и мониторинга ее эффективности. Кроме того, эти центры являются единственными поставщиками услуг, которые могут давать лабораторное подтверждение ВИЧ.

Ограничения в услугах, создающие барьеры. Поскольку другим учреждениям не разрешено проводить лабораторные анализы и формировать запасы АРВ-препаратов, они вынуждены отправлять образцы крови для изначального тестирования на ВИЧ и для повторного подтверждающего тестирования, причем каждый раз, когда к ним на прием приходит ВИЧ-инфицированный пациент, они должны направить его в Национальный центр по профилактике и борьбе со СПИДом и/или Центр по профилактике и борьбе со СПИДом в г. Ош для определения количества клеток CD4 и мониторинга вирусной нагрузки, либо для получения АРВ-препаратов. Это создает значительные дополнительные препятствия для пациентов в получении услуг, так как им приходится идти на прием в свой местный ЦСМ и в центр по борьбе со СПИДом. Кроме того, роль специалистов по инфекционным заболеваниям в ЦСМ остается очень неясной. Даже в инновационных междисциплинарных командах, созданных НПО, сотрудники в действительности не имеют права назначать или выдавать АРВ-препараты, что в значительной степени препятствует достижению ими своих первоочередных целей по поддержке ЛЖВ, проходящих терапию.

К пробелам индивидуального и социального характера относятся следующие:

- слишком большой акцент на индивидуальных барьерах для приверженности в противовес структурным;
- ограниченное применение способов обеспечения приверженности поставщиками услуг (мобильные телефоны, МПТ/ДОТ, таймеры, аутич-работа);
- недостаточное привлечение к предоставлению клинических услуг работников по принципу «равный – равному»;
- слабая интеграция ведения пациентов и социальной поддержки/НПО с центрами по борьбе со СПИДом;
- неэффективное применение руководств ВОЗ по лечению АРВ-препаратами за 2010 год, что привело к задержке доступа к уходу и увеличению числа пациентов, с которыми был потерян контакт для их дальнейшего наблюдения.

К структурным пробелам относятся следующие:

- вертикальные услуги по лечению и профилактике ВИЧ плохо интегрированы в системы лечения туберкулеза, ИППП, ПОШ и ОЗТ;
- значительные проблемы, связанные с цепочкой поставок и закупок (детские смеси, пищевые пакеты, тесты на ВИЧ, подсчет количества клеток CD4 и определение вирусной нагрузки, АРВ-препараты, медикаменты для лечения оппортунистических инфекций, лекарства для облегчения побочных эффектов и т.п.);
- вопросы качества во всех сферах профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ
- модели оплаты услуг делают такие услуги недоступными для целевых групп населения;
- серьезные препятствия к доступу к документации/идентификации/влиянию;
- неэффективная система мониторинга и оценки конечных результатов и доступа целевых групп населения;
- большие проблемы с инфекционным контролем и общими мерами предосторожности;
- низкий уровень доступа основных групп населения к тестированию на ВИЧ;
- высокий порог, высокие барьеры в предоставлении услуг;

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

- проблемы доступности: географические, культурные и гендерные;
- слабая связь с лечением после постановки диагноза;
- отсутствие услуг, учитывающих гендерные особенности пациентов во многих отношениях в том числе для женщин и сообществ лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров (ЛГБТ);
- нехватка услуг, ориентированных на детей и молодежь;
- ограниченные связи с общественным здравоохранением и преимуществами лечения как способа профилактики;
- стигма и дискриминация уязвимых групп населения и ЛЖВ; и
- нарушение прав человека в отношении уязвимых групп населения.

Упущенные возможности для реализации программ МПТ/ДОТ. В то время как раздача доз АРВ-препаратов сразу на несколько недель вперед рациональна ввиду того, что пациентам приходится далеко ездить, чтобы получить медикаменты, она представляет собой упущенную возможность для реализации программы МПТ /ДОТ. В то же время, настойчивое требование того, чтобы пациенты приезжали для получения АРВ-препаратов, также является значительным фактором, препятствующим оказанию помощи, особенно пациентам, проживающим далеко, имеющим детей или работающих.

Рекомендации

Преодолеть социальные и структурные барьеры в получении услуг. Чрезвычайно важно дать философское обоснование, подкрепленное научными доказательствами, того, что наиболее значимыми барьерами в предоставлении услуг уязвимым группам населения фактически являются социальные и структурные барьеры, которые нередко находятся вне контроля отдельного потребителя наркотиков. Эти барьеры возможно преодолеть, и во многих странах мира, в том числе в на Украине, в России, Канаде, Бразилии и Австралии, есть успешные программы лечения АРВ-препаратами для наиболее уязвимых групп, соединяющие в себе социальные и медицинские меры по модели предоставления комплекса услуг на базе одного учреждения. Они интегрируют другие необходимые услуги с использованием АРВ-препаратов. В эпоху лечения как формы профилактики, при которой комплексные социальные программы, поддерживающие применение АРВ-препаратов для лечения уязвимых групп населения, связаны с уменьшением вирусной нагрузки в сообществе и снижением количества ВИЧ-инфицированного населения, пришло время инвестировать в повсеместный доступ для всех ЛЖВ.

Расширить возможности пациентов путем внедрения модели хронических заболеваний. Все большее количество авторов выступает в поддержку использования модели хронических заболеваний в лечении ВИЧ/СПИДа, объединяющей принципы расширения возможностей пациента и самоуправления пациентов, как основоположных компонентов ухода в связи с ВИЧ. Самоуправление пациента определяется как способность пациента в дополняющем партнерстве с поставщиками медицинских услуг управлять симптомами, лечением, изменениями в образе жизни, а также многими физическими и психологическими трудностями, связанными с хроническими заболеваниями.

Внедрить средства поддержки приверженности лечению. К ним могут относиться напоминания по мобильному телефону, настенные таблицы и пейджеры или таймеры.

Улучшить обучение медицинскому и равному консультированию. Проводить обучение для расширения возможностей сотрудников и равных консультантов по активному решению проблем, связанных с побочными эффектами, а также предоставлению поддерживающей терапии,

особенно на этапе начала лечения. Разработать учебную программу оказания помощи при ведении пациента и самоуправления по принципу «равный – равному».

Предложить круглосуточную поддержку семь дней в неделю. Обеспечить доступность врачей или медсестер на протяжении всего дня ежедневно для ответов на вопросы о пропущенных дозах или побочных эффектах.

Использовать равных консультантов и группы поддержки, которые интегрированы в работу клиники. Использовать равных консультантов в сфере лечения АРВ-препаратами с целью консультирования по приверженности по принципу «равный – равному». Внедрить работу по ведению пациентов в центрах по борьбе со СПИДом с четко обозначенными функциями, обязанностями и объемом.

Создать материалы ИОК для уязвимых групп населения. Сделать запрос на перевод или разработать материалы ИОК по лечению АРВ-препаратами для ПИН, работников секса, МСМ, женщин и детей, заключенных и мигрантов.

Предоставить материалы по поддержке приверженности лечению на разных языках в самой доступной форме. К материалам для ЛЖВ можно было бы отнести видео о ЛЖВ, получающих АРВ-препараты, мультфильмы для детей, оперативная (онлайновая) информация о том, для чего следует принимать АРВ-препараты, медицинские дневники или журналы учета для записи результатов подсчета клеток CD4 и медикаментов и многом другом.

Устранить барьеры, препятствующие доступу к услугам и способствующие приверженности. Предоставить субсидии на покрытие транспортных расходов всем пациентам. Улучшить отслеживание контактных данных и обеспечивать возможности для анонимной работы с равными консультантами и в онлайн-режиме. Обеспечить доступ клиентов к услугам по ВИЧ через любую службу в рамках ПОШ, лечения и профилактики туберкулеза на базе клиник в местах лишения свободы, лечения ОЗТ, ИППП, в больнице, женской консультации и так далее. Отменить для ЛЖВ плату за вакцины, тестирование на ВГС, услуги по родовспоможению. Обеспечить доступ ЛЖВ к получению документов и прописки.

Обеспечить стимулы для вовлечения и приверженности лечению. К таким мероприятиям могут относиться ваучеры или наличные деньги (вместо пакетов с продуктами питания) для ПИН, РС, женщин и семей, а также карточки для мобильных телефонов для МСМ.

Создать связи между клиническими услугами. Осуществить пилотное внедрение ДОТ с использованием АРВ-препаратов в комбинации с услугами ДОТ, такими как МПТ и лечение и профилактика ТБ.

Расширить услуги местных сообществ. Расширить рамки деятельности НПО и междисциплинарных команд с целью включения низкопороговых программ лечения АРВ-препаратами в условиях местных сообществ, а не только на базе центров по борьбе со СПИДом.

Переориентировать услуги ДКТ уязвимым группам населения. Предоставлять низкопороговое мобильное экспресс-тестирование и экспресс-тестирование на базе НПО в сочетании с такими привлекательными услугами, как лечение абсцессов, тестирование на ВИЧ, юридические услуги, стоматологическая помощь, услуги по поддержке, вакцинация и так далее.

Улучшить связь с услугами после постановки диагноза и во время мониторинга путем децентрализации тестирования для определения количества клеток CD4 и вирусной

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

нагрузки. Незамедлительно открыть доступ к тестам на определение уровня CD4 и вирусной нагрузки за пределами центров по борьбе с ВИЧ.

Улучшить клинические стратегии. Незамедлительно внедрить новые руководства ВОЗ по лечению с целью ограничить снижение доли пациентов, дальнейшее ведение которых остановлено. Улучшить качество лабораторных систем по определению количества клеток CD4 и вирусной нагрузки.

Улучшить управление системой закупок лабораторных тестов. Сюда должны входить мониторинг реакция быстрых плазменных реактивов, ВГС, ВИЧ и тест на ВИЧ, в том числе экспресс-тесты. Закупить эффективную систему для транспортировки лабораторных образцов из НПО, ЦСМ, тюрем, пунктов ОЗТ и пунктов ТБ.

Картирование основных услуг в сфере ВИЧ, оценка их качества и анализ проблем и потребностей наиболее уязвимых групп в Чуйской области и городе Бишкек, Кыргызская Республика

Deryabina, A. 2011. Arlington, VA: AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order 1.

Выводы

Интеграция услуг по лечению и профилактике ВИЧ в систему первичной медицинской помощи. Кыргызской Республике удалось добиться существенных результатов в интеграции услуг по ВИЧ в систему ПМСП, при этом центры семейной медицины (ЦСМ) играют важную роль в обеспечении доступа наиболее уязвимых групп к различным медицинским услугам, включая АРТ, профилактику передачи ВИЧ от матери к ребенку (ППМР), МПТ, а также базовые услуги по снижению вреда. Реализация этих компонентов в значительной степени зависит от внешнего финансирования, которое предоставляется через ГФСМ.

Уровень доступа к АРТ является низким. Это, в основном, связано с тем, что ЛЖВ не имеют возможности сдать анализ на количество клеток CD4.

Трудности в оценке качества услуг. Оценка качества услуг, предоставляемых в государственных медицинских учреждениях, ограничивается периодической проверкой и анализом данных официальной статистики. Ни одно из учреждений не изучает удовлетворенность клиентов услугами и не привлекает последних к разработке и реализации программ.

Низкая мотивация медицинских работников. Это остается основным препятствием на пути к улучшению услуг, предоставляемых наиболее уязвимым группам населения.

Сотрудничество между НПО и государственными медицинскими учреждениями. Такое сотрудничество является наиболее эффективным, если персонал медицинских учреждений получает финансовое вознаграждение от НПО. С целью обеспечения доступа к услугам многие НПО нанимают ключевых медицинских работников государственных учреждений на условиях частичной занятости в рамках проектов.

Препятствия на пути ПИН и других к доступу к услугам. Применяемая государством система сооплаты требует, чтобы пациент был трудоустроен, имел удостоверение личности, определенное место жительства, а также располагал финансовыми средствами для покрытия 50% стоимости, что является основным препятствием на пути доступа ПИН, бывших заключенных и ЛЖВ к медицинским услугам.

Снижение стигмы и дискриминации в обществе в целом и, в особенности, среди медицинских работников. Тем не менее, для ЛЖВ все еще существуют барьеры к доступу к государственным медицинским услугам и даже к участию в мероприятиях НПО.

Общий прогресс. Кыргызской Республике удалось добиться существенных результатов в вопросе интеграции услуг, связанных с ВИЧ, в систему ПМСП. ЦСМ играют важную роль в обеспечении доступа наиболее уязвимых групп к различным медицинским услугам, включая АРТ, ППМР и ОЗТ. Страной был предпринят ряд мер для более эффективной интеграции услуг, связанных с ВИЧ и ТБ. Несмотря на постоянные проблемы, которые, в основном, связаны с механизмами финансирования и потенциалом персонала, положительные результаты интеграции отмечают как организации, так и сами пациенты.

Рекомендации

Улучшить работу по интеграции услуг по ВИЧ и услуг по охране материнства и детства. Это направление должно стать приоритетным, учитывая разнообразные потребности клиентов.

Сосредоточиться на определении национальных и местных источников финансирования для обеспечения непрерывного предоставления государственных услуг. Текущая ситуация является нестабильной, поскольку интеграция полностью зависит от финансирования ГФСТМ. Реализация многих важных компонентов национальной программы по профилактике и лечению ВИЧ (АРТ, ОЗТ, обмен шприцев, распространение презервативов, лечение ТБ) в значительной степени зависит от внешнего финансирования, которое предоставляется через ГФСТМ. Это вызывает серьезные опасения по поводу долгосрочного планирования и реализации этих компонентов.

Создать и поддерживать междисциплинарные команды для проведения регулярной оценки и решения вопросов качества как в государственных учреждениях, так и в программах НПО. Система оценки качества услуг, предоставляемых в государственных медицинских учреждениях, ограничивается периодической проверкой и анализом данных официальной статистики. Ни одно из учреждений не исследует удовлетворенность клиентов предоставляемыми услугами и не привлекает последних к разработке и реализации программ. С целью обеспечения высокого качества услуг и постоянного контроля качества необходимо применять количественные и качественные подходы к сбору данных.

Решить проблему низкой мотивации медицинских работников. Низкая мотивация остается основным препятствием на пути эффективного предоставления услуг по ВИЧ в государственных учреждениях. Низкая оплата труда медицинских работников, плохие условия работы, а также устаревшие помещения и оборудование приводят к недостаточно высокому качеству услуг, предоставляемых населению в целом и уязвимым группам в частности. В рамках усилий по обеспечению стабильности услуг необходимо решить вопросы выплат вознаграждений. Кроме того, необходимо рассмотреть возможность проведения систематической оценки инфраструктуры и стратегического обеспечения учреждений основным оборудованием и материалами.

Облегчить выполнение обязанностей по ведению документооборота. Сотрудники государственных медицинских учреждений вынуждены заниматься бумажной работой и загружены большим объемом отчетности, вследствие чего, они не могут обращать внимание на социально-психологические проблемы представителей наиболее уязвимых групп населения, в особенности ПИН и ЛЖВ. Часто они сталкиваются со сложностями в процессе работы с этими группами и не могут их проконсультировать для обеспечения приверженности лечению (ВИЧ, ТБ, зависимости от психоактивных веществ, ИППП и т.д.). Поэтому наличие социальных работников и консультантов в штате медицинских учреждений, которые помогали бы врачам и являлись

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

ответственными за координацию связей с социально-уязвимыми группами, было бы полезно. Принимая во внимание низкий уровень финансирования государственных медицинских учреждений, НПО могли бы за счет средств грантов направлять для работы в таких учреждениях социальных работников. Это способствовало бы укреплению сотрудничества между НПО и государственным сектором, повышению качества предоставляемых услуг и расширению доступа наиболее уязвимых групп к медицинским услугам.

Предлагать финансовое поощрение медицинскому персоналу. Сотрудничество между НПО и государственными медицинскими учреждениями является наиболее эффективным в случае, когда персонал медицинских учреждений получает финансовое вознаграждение от НПО. С целью обеспечения доступа к услугам многие НПО нанимают ключевых медицинских работников из государственных учреждений на условиях частичной занятости в рамках реализации проектов. Такая мера является эффективной в краткосрочной перспективе, однако необходимы долгосрочные стратегии для обеспечения эффективного взаимодействия между НПО и государственными медицинскими учреждениями, особенно учитывая тот факт, что на данный момент все понимают необходимость и целесообразность такого сотрудничества. Планирование совместной работы, включая проведение совместных мероприятий, направленных на повышение качества услуг, должно поощряться и поддерживаться.

Сделать программы по борьбе с ВИЧ более комплексными и ориентированными на клиентов. Существует потребность в программах НПО по борьбе с ВИЧ, которые не ограничивались бы базовыми услугами в сфере снижения вреда. Предоставление юридической, социальной и психологической поддержки, а также временного жилья – это первоочередные потребности практически всех уязвимых групп. Необходимо поддерживать партнеров, оказывающих техническую помощь, для расширения объемов технической экспертизы, предоставляемой в соответствии с этими потребностями. Необходимо делать акцент на то, каким образом наиболее полный набор услуг может быть интегрирован в уже существующие пакеты.

Предоставлять клиентам только высококачественные средства защиты. При планировании и составлении бюджетов проектов по снижению вреда реализующие их организации должны обеспечивать высокое качество распространяемых среди наиболее уязвимых групп средств индивидуальной защиты (презервативы, лубриканты, шприцы/иглы), поскольку низкое качество таких материалов неизбежно приводит к их неправильному использованию, низкой мотивации и низкому спросу на них. Также необходимо устанавливать рациональные и реалистичные стандарты аутрич-работы (например, количество клиентов, которые могут быть охвачены одним аутрич-работником за месяц) для предупреждения завышения отчетных показателей и неэффективной работы. В частности, должна существовать система постоянного поддерживающего надзора, в рамках которой поощрялись бы высокие результаты работы и решались бы возникающие проблемы без применения наказаний.

Сделать медицинское страхование доступным и приемлемым по цене для ЛЖВ. Разработка и внедрение системы беспристрастного предоставления медицинского страхования для ЛЖВ независимо от места проживания и трудоустройства, может улучшить их доступ к медицинским услугам и непрерывность лечения. Необходимость оплаты услуг (даже в минимальном размере) наличными деньгами остается существенным препятствием для ЛЖВ, не имеющих постоянного источника дохода.

Предлагать сотрудникам обучение и переподготовку в области ВИЧ. Принимая во внимание растущую численность ЛЖВ, сотрудники ЦСМ, включая таких узких специалистов как гинекологи, венерологи и стоматологи, должны быть обучены по вопросам ВИЧ, а также получать материалы, имеющие отношение к специальным потребностям ЛЖВ. Такое обучение может быть

включено в другие типы обучения (например, курсы ППВМР в рамках обучения основам безопасного материнства). Важно, чтобы после прохождения обучения медицинским работникам предоставлялась помощь специалиста в этой области и постоянно обновляющиеся данные.

Отслеживание глобальных инициатив в области ВИЧ/СПИДа и их влияния на систему здравоохранения: опыт Кыргызской Республики

Murzalieva, G., J. Aleshkina, A. Temirov, A. Samiev, N. Kartanbaeva, et al. 2009. Bishkek: Center for Health System Development and London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Выводы

Высокий уровень финансирования иностранными донорами. Тот факт, что 94% от общего финансирования в области ВИЧ осуществляется иностранными донорами, указывает на серьезную нестабильность и неустойчивость в этом вопросе, т.к. если международные организации уменьшат свой вклад, государству будет трудно заполнить потенциальные пробелы в финансировании.

Треть ресурсов ГФСТМ была направлена на финансирование деятельности НПО, работающих в сфере ВИЧ. 29% этих средств было направлено на профилактику, а 17% – на лечение.

Результатом деятельности ГФСТМ в стране стало значительное расширение деятельности по ВИЧ/СПИДу. Увеличился географический охват; был вовлечен ряд как государственных, так и неправительственных организаций, увеличился объем низкопороговых услуг, предоставляемых основным группам населения; проведено множество информационно-образовательных мероприятий; охвачены новые целевые группы (мигранты, сельское население, ЛЖВ); начато предоставление новых услуг (АРТ, карантинизация крови, новые лабораторные тесты).

Деятельность ГФСТМ позволила повысить уровень устойчивости отдельных программ. В частности, расширенное внедрение метадоновой заместительной терапии, увеличение числа клиентов и начало реализации программы в тюрьмах стало возможным благодаря наличию устойчивого источника финансирования.

Консолидация усилий в рамках гранта ГФСТМ и Центрально-Азиатского проекта по СПИДу. Центрально-Азиатский проект по СПИДу (СААР) с фокусом на оказание услуг с меньшим охватом нацелен на создание благоприятной среды для изменения поведения. Этот проект стал своевременным дополнением к деятельности ГФСТМ, так как оказание услуг для основных групп населения в период перерыва в финансировании ГФСТМ продолжалось, а также был дополнен пакет предоставляемых услуг, что привлекло больше клиентов.

Мероприятия, финансируемые ГФСТМ, были более эффективными благодаря масштабу финансирования, усилиям по координации и сотрудничеству между финансирующими организациями, созданию благоприятной среды и институционализации некоторых мероприятий.

Остаются факторы, препятствующие дальнейшему развитию. Основными факторами являются следующие: перерывы в финансировании деятельности суб-получателей, которые приводят к потере потенциала организаций и клиентов. Дальнейшему географическому расширению препятствует отсутствие доступа к основным группам населения. В последнее время снизилась приверженность политических лидеров деятельности в области ВИЧ/СПИДа. Для

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

оценки истинных объемов деятельности необходима разработка единого подхода к мониторингу и оценке.

Самой распространенной формой сотрудничества является перенаправление в другие организации. Несмотря на важность функции перенаправления, ее осуществление в последнее время ухудшилось в связи с перерывами в финансировании, что усилило конкуренцию и сократило численность поставщиков услуг.

Организации активно сотрудничают в деятельности, направленной на повышение собственного потенциала. Организации в настоящее время объединяются в ассоциации, проводят совместные обучающие мероприятия для персонала и объединяют ресурсы для проведения масштабных образовательных кампаний.

Важно, что все больше мероприятий, организованных НПО, проводятся с вовлечением представителей государственных организаций и гражданского общества. Такой подход усиливает понимание осуществляемой на местах деятельности в области ВИЧ/СПИД и способствует более конструктивному сотрудничеству.

В Кыргызской Республике созданы предварительные условия для внедрения единой системы МиО. Все организации используют уникальный идентификационный код; имеется несколько электронных баз учета данных; разработан национальный план МиО. Однако до последнего времени не были предприняты комплексные меры для запуска единой системы МиО.

Организации более формально сотрудничают в рамках ассоциаций по реализации совместных проектов, предоставлению консультаций и профессиональной подготовки. Сотрудничество между организациями признается более выгодным экономически и эффективным. Однако по-прежнему предпочтительным остается сотрудничество, основанное на личных связях и договоренностях.

Широкое вовлечение НПО, а также государственных и частных организаций позволило начать оказывать услуги в области ВИЧ/СПИД во всех регионах страны. Наиболее широкий спектр услуг оказывается в городе Бишкек, в Чуйской и Ошской областях (регионы с наибольшей распространенностью ВИЧ). Однако потребности южных регионов (Ошская, Джалал-Абадская, Баткенская области) и сельских районов удовлетворяются не в полной мере.

Представители уязвимых групп населения имеют бесплатный доступ к базовым услугам (профилактика и лечение ИППП, ПОШ, тестирование на ВИЧ, информационно-образовательные материалы). АРВ-препараты и метадон полностью предоставляются за счет ГФСТМ. Кроме того, увеличивается объем услуг по уходу и поддержке ВИЧ-инфицированных.

Все еще сохраняются барьеры в отношении дальнейшего улучшения доступности и качества услуг по ВИЧ. На институциональном/программном уровне это перебои в финансировании деятельности организаций. Мероприятия по повышению уровня информированности (качество тренингов, язык информационных материалов, корректность и своевременность подачи информации и др.) недостаточно эффективны. Качество поставляемых средств индивидуальной защиты (презервативы, шприцы, салфетки) низкое. Недостаточно развита преемственность в оказании услуг между НПО и государственными медицинскими организациями, тюремным и гражданским секторами. Остаются финансовые барьеры в отношении получения услуг в общей лечебной сети. Социальная помощь для ЛЖВ практически недоступна.

На уровне сообществ и отдельных лиц все еще существует недостаточная осведомленность о предоставляемых услугах и о юридических правах, защищающих от стигмы и дискриминации со стороны членов семей/сообществ, правоохранительных органов и, в отдельных случаях, со стороны медицинских работников.

Рекомендации

Увеличить долю государственных расходов на услуги, связанные с ВИЧ/СПИД. Соотношение государственного и внешнего финансирования указывает на нестабильность системы. Если международными организациями будет принято решение о сокращении объемов внешней помощи, государство должно будет восполнить эти расходы своими собственными.

Укрепить потенциал управления проектами. Для расширения деятельности в области ВИЧ/СПИД в наиболее неблагоприятных регионах на юге страны следует уделить больше внимания укреплению потенциала управления проектами в организациях, работающих в этом регионе.

Унифицировать существующие подходы к мониторингу и оценке деятельности в области ВИЧ/СПИД. Первыми шагами в этом направлении должны стать: 1) утверждение на уровне МЗ и Правительства национальной системы МиО; 2) разработка подходов к осуществлению МиО в донорских организациях по вопросам кодирования, учета клиентов и оказанных услуг.

Осуществлять координацию деятельности в области ВИЧ/СПИД на основе соблюдения преемственности с учетом предыдущего положительного и отрицательного опыта: 1) секретариат Странового межсекторального координационного комитета (СМКК) должен иметь надведомственный статус и находиться при аппарате Правительства; 2) СМКК должен сосредоточить свое внимание на схожих проблемах, чтобы обеспечить заинтересованное участие всех сторон; 3) необходимо проводить целенаправленную деятельность по формированию обязательств лиц, принимающих решения на высоком правительственном уровне.

Продолжать мероприятия по усилению координационного механизма на областном уровне. Для повышения активности областных координационных структур необходимо: 1) предоставить секретариатам ОМКК соответствующую материально-техническую базу; 2) обеспечить для ОМКК регулярную техническую помощь по вопросам координации деятельности в области ВИЧ/СПИД; и 3) обеспечить регулярную регламентированную связь между секретариатами ОМКК и Секретариатом СМКК.

Продолжать укрепление сотрудничества между государственными, НПО и частными организациями с целью обеспечения эффективности и непрерывности в оказании услуг по ВИЧ/СПИД.

Пересмотреть систему финансового стимулирования человеческих ресурсов в государственных организациях и НПО, работающих в области ВИЧ/СПИД (общий уровень заработной платы и система начисления надбавок). Данный вопрос может иметь решающее влияние на мотивацию, уровень текучести кадров и качество предоставляемых услуг, а также предотвратить появление отрицательных стимулов у персонала.

Разработать и внедрить в обучающий процесс систему МиО. Сюда следует включить процесс отбора участников тренингов, контроль качества учебных материалов, уровень использования знаний, полученных на практике, а также проведение обучения на регулярной основе.

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

Провести мероприятия по привлечению профессиональных социальных работников, психологов/психотерапевтов и юристов к работе в области ВИЧ/СПИД. Это позволит удовлетворить растущие потребности в данных услугах среди ЛЖВ, а также работников организаций, связанных со СПИДом (государственных и НПО).

Итоговый отчет и функциональный анализ институциональной структуры, ролей и взаимодействия программ по ВИЧ/СПИДу и связанных с ними программами по оказанию услуг в Кыргызской Республике

Routh, S., A. Kovalenko, N. Kinderbaeva, J. Malabekov, and S. Ashymova. 2008. Bishkek: CAPACITY Project Central Asian Program on AIDS Control in Vulnerable Populations.

Выводы

Различные элементы системы услуг, связанных со СПИДом, очень сложны и имеют очень большое количество специализированных вертикальных систем. Существует неопределенность и дублирование конкретных функций таких систем, а также взаимосвязей между ними. Большинство специализированных программ, реализацией которых управляет МЗ, не имеют собственных филиалов, кроме областных (провинциальных) штабов, за исключением нескольких, обладающих средствами для предоставления соответствующих услуг, в отдельных районах и городах. Таким образом, они используют сеть общих медицинских учреждений (многопрофильных больниц и амбулаторных клиник первичной медицинской помощи).

Мероприятия по обучению специалистов по работе с ВИЧ-положительными пациентами с сочетанными инфекциями не отвечают требованиям. Например, не все специалисты по туберкулезу владеют знаниями и практическими навыками лечения пациентов с коинфекцией ТБ/ВИЧ. Крайне необходима реализация программ специальной профессиональной подготовки в целях улучшения технической компетенции всех соответствующих поставщиков медицинских услуг по лечению оппортунистических инфекций у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Недостаточно внимания уделяется проблеме гепатита В и С. Несмотря на то, что количество случаев коинфекции ВИЧ и гепатита В и С растет тревожными темпами, а гепатит С стал серьезной сопутствующей инфекцией для ЛЖВ, по-видимому, имеет место некое нежелание признать данную проблему и принять соответствующие меры.

Серьезная нехватка услуг по социальной поддержке для уязвимых групп населения в целом и ЛЖВ в частности. Это результат недостаточного количества психологов и социологов. В качестве неотложной стратегии устранения данной проблемы МЗ может исследовать возможность привлечения к оказанию соответствующих услуг дополнительных социальных кадров/работников, занятых в Министерстве труда и социальной политики.

Существующие клинические контексты и практики лечения и ухода не соответствуют современным требованиям в отношении всех услуг, связанных со СПИДом (дерматология, инфекционные болезни, наркология). Сюда входит ведение всех важных сочетанных инфекций и услуг. Такие услуги необходимо упростить на основе клинических протоколов/руководств, разработанных или адаптированных к современной доказательной медицине. Здесь важную роль может играть Центр доказательной медицины.

Квалифицированный медицинский персонал уходит из системы. Сокращение численности квалифицированного медицинского персонала, обладающего соответствующими навыками,

связано с неадекватным уровнем заработной платы и отсутствием необходимых условий, таких как жилье. Эта проблема является постоянной для всех участвующих программ/организаций. Для удержания опытных и квалифицированных медицинских работников, особенно в высокоприоритетных районах, рекомендуется создать привлекательные условия труда и схемы стимулирования персонала.

Слабая роль НПО и организаций местного уровня. Аутрич-работа в рамках государственной системы здравоохранения с уязвимыми группами в частности и среди населения в целом проводится неактивно или практически не проводится. Это касается программ в области СПИДа и других специализированных программ. Существует серьезная потребность в вовлечении НПО и организаций на базе сообществ для изменения данной ситуации. Что касается ограниченных совместных усилий государства и НПО/организаций на базе сообществ по предоставлению аутрич-услуг, в большинстве случаев их финансируют внешние доноры, и их реализация осуществляется в конкретных пунктах и для определенных групп населения. Поскольку такие инициативы не включаются систематически в государственную систему, существует обоснованное беспокойство по поводу их устойчивости после прекращения внешнего финансирования. Таким образом, чрезвычайно важно оказать всю необходимую поддержку в создании, эффективном функционировании и обеспечении финансовой устойчивости подобных НПО/организаций на базе сообществ, работающих в сфере здравоохранения, а также разработать формальные функциональные взаимосвязи между ними и государственными учреждениями/программами в сфере здравоохранения.

Угроза нозокомиальных инфекций. Опасения по поводу внутрибольничных инфекций в больницах и медицинских учреждениях, занимающихся лечением серьезными инфекций, таких как ВИЧ, ТБ, ИППП и гепатит, продолжают существовать. Речь идет о передаче заражения от пациента пациенту, от пациента поставщику услуг, от поставщика услуг пациенту, а также от одного поставщика услуг другому. Уже сейчас, согласно предоставленным данным, большое количество медицинских работников инфицированы гепатитом В и С. Необходимо предпринять неотложные меры по устранению угрозы нозокомиальных инфекций, в частности, дать четкие указания относительно изоляции инфекционных пациентов и принять защитные меры, такие как обеспечение учреждений достаточным количеством одноразовых инструментов и обучение поставщиков услуг общим мерам предосторожности.

Необходимо усилить связь между программами по борьбе со СПИДом и ТБ. Это означает осуществление таких мер, как регулярное предоставление информации об ЛЖВ программам по ТБ с целью перенаправления пациентов, проведение тренингов для координаторов в каждом учреждении, занимающемся профилактикой и лечением ТБ, создание общей базы данных программ по СПИДу и ТБ и так далее. Следует извлечь уроки из пилотной программы, реализованной в Чуйской области в 2005-2007 гг., благодаря которой было улучшено сотрудничество между учреждениями, предоставляющими услуги, связанные со СПИДом и ТБ, в пенитенциарной системе.

Программы и организации, задействованные в лечении коинфекций, должны обмениваться всей необходимой информацией о состоянии здоровья пациентов. Несмотря на важность сохранения конфиденциальности информации, поставщики медицинских услуг должны постоянно быть хорошо проинформированы о том, есть ли у пациента другая серьезная коинфекция, например ВИЧ, ТБ, ИППП или гепатит. Это чрезвычайно важно по следующим причинам: 1) личная безопасность поставщиков медицинских услуг; 2) правильное лечение пациентов; 3) безопасность других пациентов, которым оказывается помощь в данном медицинском учреждении.

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

Недостаточное и нерегулярное финансирование. Это препятствие для нормальной работы всех существующих в данной сфере программ. Периодически недостаточное финансирование парализует процесс внедрения новых подходов к работе. Например, метадоновая заместительная терапия не могла быть начата на протяжении последних двух лет из-за отсутствия необходимых средств.

Опасения по поводу перерывов в финансировании со стороны доноров. Существуют серьезные опасения по поводу устойчивости разных проектов и мероприятий в случае прекращения финансирования донорами, в частности такие, как ремонт и содержание зданий, техническое обслуживание оборудования и транспортных средств; расходы на топливо; обеспечение регулярного снабжения одноразовыми шприцами. Для решения этих вопросов очень важно оптимизировать размер помещений/физической инфраструктуры для реализации специальных программ и приложить усилия для максимально эффективного использования существующей материально-технической базы (клиники/больницы) в рамках общей системы здравоохранения. Любые предложения по созданию стационарных (больничных) учреждений в рамках программы по СПИДу должны быть категорически отклонены.

Рекомендации

Немедленно создать рабочие группы. Это поможет решить вышеописанные проблемы и усилить взаимодействие и связи между системами услуг, связанными со СПИДом, т.е. рабочие группы из представителей отделений по борьбе со СПИДом, ТБ, кожно-венерологических и инфекционных заболеваний, наркологии и других. Задача таких межпрограммных рабочих групп - обеспечить более эффективное предоставление соответствующих услуг по профилактике и лечению. Кроме того, такие рабочие группы должны быть созданы на областном уровне, если и где это необходимо.

Создать формальные механизмы взаимодействия между программой изоляторов временного содержания (ИВС) МВД и программой по СПИДу. В целом, существующие взаимоотношения между специализированными программами (по СПИДу, ТБ, лечение кожно-венерологических заболеваний и т.п.) и программами здравоохранения, которые в рамках пенитенциарной системы реализуют Минюст и МВД, являются слабыми. Эти взаимоотношения необходимо срочно укрепить.

Прояснить роли и функции. Существует некая неопределенность в отношении конкретных ролей и функций разных специализированных вертикальных программ по СПИДу и других связанных с ним услуг. Например, согласно существующим нормативно-правовым документам, СЭС наделена полномочиями по организации всех профилактических и эпидемиологических мероприятий, направленных на борьбу с инфекционными заболеваниями, в том числе со СПИДом. Тем не менее, большинство функций, связанных с ВИЧ/СПИДом, в том числе дозорный надзор за ВИЧ, фактически реализует программа по СПИДу. Аналогично, согласно существующим официальным поручениям, две основные наиболее уязвимые группы населения - РС и ПИН - в принципе должны обслуживаться в рамках программ по кожно-венерологическим инфекциям и наркологии соответственно. Чрезвычайно важно прояснить такие неопределенности и устранить дублирование и связанные с ними пробелы.

Укрепить и систематизировать связи между услугами по ИППП/ВИЧ и наркологией/ВИЧ. Модель взаимодействия услуг по ВИЧ/ТБ проекта «Потенциал» может представить ключевые выводы. Вместо того, чтобы усилено участвовать в непосредственном предоставлении услуг, специализированные программы должны окончательно взять на себя роль по техническому и методическому руководству и наращиванию потенциала в своих сферах, а также максимально

эффективно использовать общую систему здравоохранения (сеть существующих учреждений ПМСП и многопрофильные больницы) для прямого предоставления этих услуг.

Постепенно осуществлять интеграцию. Чрезвычайно важно, чтобы интеграция услуг, связанных со СПИДом, и других специализированных услуг в общую систему здравоохранения осуществлялась постепенно, с проведением соответствующего обучения и организацией материально-технической базы для основных поставщиков услуг. Таким образом, наиболее уязвимые группы населения и люди, живущие с ВИЧ и с другими связанными инфекциями, могли бы чувствовать себя комфортно при получении необходимых услуг.

Адекватно оплачивать работу всего медицинского персонала. Медперсонал, работающий в программах по СПИДу и ТБ, получает дополнительную плату (надбавка за вредность) в размере 60% от суммы их заработной платы. Необходимо выплачивать аналогичную компенсацию за схожие профессиональные риски всем поставщикам медицинских услуг, работающим с людьми с ВИЧ и/или ТБ, в рамках других программ (общие программы здравоохранения и другие специализированные программы).

Улучшить клинические мероприятия для профилактики инфекционных заболеваний. Система ИВС МВД является самым большим и наиболее опасным местом распространения многих инфекционных заболеваний из-за относительно большой численности ЛЖВ, а также большого количества людей, которые проходят через эту систему и практикуют рискованное поведение (незащищенный секс и совместное использование игл при потреблении наркотиков). Для ИВС необходимо современное оборудование, квалифицированные сотрудники и прямой контроль со стороны Минздрава.

Переложить ответственность за организацию и надзор за реализацией медицинских программ в учреждениях пенитенциарной системы/тюрьмах, ГУИН и СИЗО, (Минюст) и ИВС (МВД) на Министерство здравоохранения. Благодаря этому увеличится количество людей, которые могут воспользоваться услугами программ, связанных с потреблением наркотиков, социальной поддержкой, а также другими важными услугами.

Обеспечить соответствующие стимулы для поставщиков услуг ПМСП (например, надбавка за вредность). Это создает мотивацию для сотрудников. Гарантировать должный учет профилактических услуг при расчете заработной платы поставщиков ПМСП и другого медицинского персонала.

Опыт создания услуг по снижению вреда в тюрьмах Кыргызской Республики в рамках Центрально-Азиатской региональной программы по ВИЧ/СПИДу (CARHAP)

Central Asia Regional HIV/AIDS Programme. [no date]

Выводы

Для внедрения комплексных услуг по снижению вреда в тюрьмах необходим значительный уровень адвокации, координации и сотрудничества. Пример Кыргызской Республики указывает на необходимость параллельного осуществления деятельности в двух направлениях: повышение эффективности предоставления услуг; и создание благоприятной среды путем внесения изменений в нормативно-правовую базу.

Работа по снижению вреда в тюрьмах может проводиться на базе поставщиков услуг от НПО. Важно включить и правильно объединить всех поставщиков услуг в тюрьмах при

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

предоставлении услуг, связанных как с периодом до, так и после освобождения. Если разрешить социальным бюро выполнять функцию многопрофильных учреждений, предоставляющих комплекс услуг, то это поспособствует эффективной интеграции услуг и, в конечном итоге, приведет к лучшему потреблению этих услуг для всех поставщиков.

Вклад в развитие потенциала начальств тюрем и сотрудников Минюста для повышения информированности в области снижения вреда и участия в программных мероприятиях. Кроме того, такие вложения помогают более эффективно выполнять программы и содействуют адвокативной деятельности для достижения необходимых изменений. Опыт Центрально-Азиатской региональной программы по ВИЧ/СПИДу (CARHAP) показывает, что обеспечение дополнительного потенциала и оказание технической помощи НПО, участвующим в реализации программы, может значительно улучшить результаты использования гранта и повысить качество услуг. Долгосрочное (один год) обязательство CARHAP по наращиванию потенциала в области МиО и организационного развития сыграло важнейшую роль в успешной реализации проекта.

Успех программ до освобождения особенно зависит от квалификации сотрудников. Как показывает опыт, в тюрьмах, где работают квалифицированные и мотивированные психологи и соцработники, мотивация клиентов и качество общих услуг было в целом выше, что обеспечило большее использование этих услуг. Обеспечение дополнительного обучения и других способов развития потенциала будет иметь важнейшее значение для стабильного успеха программы.

Необходимо обратить особое внимание на проблемы мотивации и профессионального выгорания персонала. Данный аспект нередко остается без внимания, но, тем не менее, является критически важным для успешной реализации проекта. Профессиональное выгорание приводит к высокой текучести кадров, в связи с чем требуются дополнительные ресурсы для подбора и обучения новых сотрудников. Проведение интерактивных тренингов и мероприятий по усилению потенциала три раза в год помогло сотрудникам социальных бюро более эффективно справляться с признаками профессионального выгорания.

Снижение вреда в тюрьмах имеет огромное значение. В период с 2007 по 2009 гг. умирало не менее трех заключенных ежегодно от болезней, связанных со СПИДом. По результатам тестов, ВИЧ все еще продолжает распространяться в тюрьмах, и количество новых случаев инфицирования возросло с 83 в 2007 году до 154 в 2009 году. Несмотря на то, что значительная доля прироста случаев инфицирования связана с увеличением количества сделанных тестов, а также с улучшением качества тестирования, эти цифры подтверждают необходимость постоянно уделять внимание дальнейшему развитию услуг по снижению вреда в тюрьмах.

CARHAP и Ассоциация по снижению вреда провели серьезную работу для обеспечения координации и регулирования финансирования услуг после освобождения. В результате этого в эти сферы были вовлечены другие доноры. Например, социальное общежитие для бывших заключенных, профинансированное Фондом СПИД Восток-Запад (AFEW), а также дополнительный дом социальной реабилитации бывших заключенных, открытый в Джалал-Абаде на средства ГФСТМ. Однако спрос намного превышает возможности доступных в настоящее время услуг. Дальнейшая адвокативная работа по расширению, внимание и финансирование со стороны доноров требуются для обеспечения долгосрочной устойчивости деятельности по снижению вреда в сфере услуг до и после освобождения.

ТАДЖИКИСТАН: ОЦЕНКИ, ВЫВОДЫ, РЕКОМЕНДАЦИИ

В данном разделе представлен обзор имеющихся оценочных отчетов, выводов, а также пробелов и/или рекомендаций для Таджикистана.

Аналитический отчет: Таджикистан. Возможности для согласования национального законодательства в отношении ВИЧ с лучшими международными стандартами и практиками

United Nations Development Programme. 2012. New York: UNDP.

Рекомендации

Поощрять инициативу прохождения добровольного тестирования, обеспечив наличие и доступность этого тестирования.

Оптимизировать время и процедуру тестирования на ВИЧ путем обеспечения наличия и доступа к экспресс-тестам на ВИЧ. Использовать более медленные и дорогостоящие, даже если они более точные, тесты на ВИЧ только в случаях, когда необходимо осуществить двойную проверку ВИЧ-статуса, типа ВИЧ-инфекции и так далее.

Внедрить в широких масштабах универсальные подходы к тестированию. Такие подходы включают в себя рекомендованные ВОЗ и ЮНЭЙДС, например тестирование на ВИЧ по инициативе поставщика услуг (согласие и отказ), которое может способствовать сокращению направлений на обязательное тестирование.

Обеспечить строгое соблюдение требований, касающихся конфиденциальности тестирования на ВИЧ и результатов теста, и не допускать нарушения этих требований.

Обеспечить предоставление каждому лицу, прошедшему тестирование, достаточной информации и консультирования до и после прохождения теста, а также получение от него информированного согласия на тестирование.

Обеспечить наличие и доступ к анонимному тестированию на ВИЧ, а также способствовать обеспечению такой возможности.

Обратить особое внимание на ключевые уязвимые группы населения. Используя данные самого последнего национального отчета Специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединённых Наций по ВИЧ/СПИДу (ССГАООН), сосредоточить внимание на добровольном тестировании на ВИЧ среди ПИН и их половых партнеров, РС и мужчин, практикующих секс с мужчинами. Содействовать внедрению добровольного конфиденциального тестирования на ВИЧ и анонимного тестирования, предусмотренного Законом «О противодействии ВИЧ/СПИДу», в среде сезонных трудовых мигрантов, где эпидемиологические данные указывают на рост случаев ВИЧ-инфицирования.

Ограничить обязательное тестирование на ВИЧ до минимума. Прямо запретить расширение перечня, созданного согласно требованиям Закона «О противодействии ВИЧ/СПИДу», при разработке других подзаконных актов.

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

Пересмотреть существующий перечень с целью исключения из него профессий, в отношении которых нет доказательств, подтверждающих предположения о том, что они имеют высокий риск заражения ВИЧ, таких как стоматологи и татуировщики.

Обеспечить использование стерильного оборудования, отвечающего современным требованиям медицинской/профессиональной безопасности, а также внедрение и соответствующий мониторинг общих мер предосторожности во всех медицинских учреждениях/зонах.

Обеспечивать, чтобы кровь, препараты крови и другие используемые биологические жидкости/ткани всегда тестировались и не были заражены ВИЧ и др.

Не вводить обязательное тестирование на ВИЧ как условие вступления в брак. Данные ССГАООН не подтверждают предположение о том, что люди, вступающие в брак, имеют риск инфицирования ВИЧ. Введение таких мер может препятствовать регистрации парами брака, лишив их некоторых преимуществ и услуг, доступных семьям согласно законодательству Таджикистана, а также отрицательно сказаться на правах детей таких пар. Вместо этого следует содействовать внедрению ДКТ на основании информированного согласия в соответствии с положениями законодательства Таджикистана. Необходимо принять меры, которые бы помогли парам осознать возможность доступа к ДКТ на основании информированного согласия, в том числе анонимному тестированию, не только перед вступлением в брак, а в любое время. Необходимо обеспечить предоставление дотестового и послетестового консультирования отдельным лицам и парам.

Отменить обязательное тестирование беременных женщин и вместо него поддерживать и содействовать внедрению ДКТ на основании информированного согласия. Согласно отчету ССГАООН о прогрессе, достигнутом в Таджикистане, доказательства того, что беременные женщины находятся в группе повышенного риска инфицирования ВИЧ, отсутствуют. В то же время, Уголовный кодекс Таджикистана предусмотрена уголовная ответственность за подвергание риску заражения ВИЧ-инфекцией, а также за инфицирование кого-либо ВИЧ, даже непреднамеренное (например, передача инфекции от матери к ребенку). Этот парадокс может привести к предпочтению у матерей рожать вне медицинских учреждений, к незарегистрированным родам и к возникновению осложнений у матерей и детей. Важно консультировать беременных женщин до и после тестирования. Если у беременной женщины обнаружен ВИЧ, важно, чтобы консультант сообщил ей о возможностях снижения риска передачи ВИЧ от матери к ребенку. Важно исключить из Уголовного кодекса Республики Таджикистан положения, предусматривающие уголовное наказание за передачу ВИЧ-инфекции.

Исключить положения, предусматривающие обязательное тестирование иностранных граждан и лиц без гражданства. В Таджикистане нет доказательств того, что иностранных граждане и лица без гражданства находятся в группе повышенного риска инфицирования ВИЧ. Ввиду того, что Таджикистан исключил из своего законодательства требования о депортации, необходимость в тестировании иностранцев отпала, ровно как стало ненужным и требование о предоставлении такими лицами свидетельства, подтверждающего их ВИЧ-отрицательный статус для получения разрешения на проживание в Таджикистане. В Законе «О статусе иностранных граждан» положение о том, что сам по себе ВИЧ-положительный статус не является основанием для того, чтобы считать человека угрозой для общества, не является основанием для депортации. Кроме того, рекомендуется содействовать внедрению ДКТ на основании информированного согласия.

Проводить тестирование лиц, ищущих убежища, в рамках комплексного пакета по оценке состояния здоровья, которая проводится в отношении всех людей, ищущих

убежище/беженцев в Таджикистане, но не выделять их специально для прохождения тестирования на ВИЧ. Целью такой оценки должно быть определение состояния здоровья лиц, ищущих убежища, и медицинского ухода/обслуживания, в котором они могут нуждаться. Рекомендуется ввести гарантии в Закон «О беженцах» в том, что сам по себе ВИЧ-положительный статус не представляет угрозы общественному здоровью и не может служить основанием для депортации и/или отказа в предоставлении убежища.

Исключить положения о принудительном тестировании, содержащиеся в законах и подзаконных актах. Принудительное тестирование не соответствует Закону Таджикистана «О противодействии ВИЧ/СПИДу» и Конституции Таджикистана, а также международным практикам. Вместо него следует содействовать внедрению добровольного тестирования в соответствии с требованиями Закона Таджикистана «О противодействии ВИЧ/СПИДу».

Рассмотреть возможность отмены положения о нераскрытии информации о ВИЧ-инфекции как основания для аннулирования брака. Обоснование принятие пункта 3 статьи 15 Семейного кодекса, предусматривающего аннулирование брака в случае, если один из партнеров не раскрыл свой ВИЧ-положительный статус, является нечетким, особенно ввиду того, что ВИЧ не является препятствием вступлению в брак. Не представляется возможным установить, каким образом данное положение может иметь положительную социальную цель и предотвращать распространение ВИЧ-инфекции.

Повысить возраст, до которого дети, живущие с ВИЧ, имеют право на получение государственной помощи с 16 до 18 лет. Такое положение обеспечило бы соответствие требований Закона «О противодействии ВИЧ/СПИДу» положениям Гражданского кодекса Республики Таджикистан.

Внести поправки в любые положения, законы, подзаконные акты, запрещающие продажу/распространение презервативов несовершеннолетним. Осуществлять просветительскую работу по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья с подростками в школах или в другой подходящей среде. Ознакомить детей с проблемами ВИЧ, с информацией о путях передачи и способах защиты от ВИЧ.

Ввести определения ключевых групп населения, подверженных риску заражения ВИЧ (уязвимые группы) с использованием доказательств, предоставленных в отчетах Специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединённых Наций по ВИЧ/СПИДу, о достигнутом прогрессе и других документах, описывающих исследования эпидемии ВИЧ в Таджикистане. Рассмотреть возможность включения в данное определение ПИН, РС, мужчин, практикующих секс с мужчинами, трансгендеров и, возможно, трудовых мигрантов.

Сделать содержание соответствующих подзаконных актов более четким, уточнив, что сам по себе ВИЧ-положительный статус не является основанием для того, чтобы считать человека непригодным к несению военной службы. Разработать точные критерии оценки, согласно которым здоровье лица, живущего с ВИЧ и подлежащего призыву в армию Таджикистана или находящегося на службе в армии, является основанием для признания его непригодным к несению военной службы.

Ввести правовые гарантии того, что ЛЖВ, которые несут службу в армии Таджикистана, будут получать лечение, уход и поддержку.

Рассмотреть возможность отмены статьи 125 Уголовного кодекса Таджикистана как несоответствующей гарантиям, предусмотренным Законом «О противодействии

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

ВИЧ/СПИДу» и передовому международному опыту. Законодательство Таджикистана содержит достаточные гарантии, предусматривающие ответственность за преднамеренную передачу инфекционных заболеваний другим лицам. Специальное выделение в положениях Уголовного кодекса ВИЧ, особенно без включения понятия о преднамеренности, скорее всего, приведет к росту несправедливости, нежели справедливости, и, скорее всего, не будет иметь какого-либо профилактического эффекта в отношении передачи ВИЧ.

Отчет по базовой оценке услуг по уходу и лечению ВИЧ в Таджикистане

Support Project. 2012. Dushanbe: ICAP.

Выводы

Таджикистан добился реального успеха в обеспечении и расширении доступа к услугам по лечению и уходу в области ВИЧ. Несмотря на то, что программу АРТ финансирует ГФСТМ, Министерство здравоохранения и Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом приложили огромные усилия для обеспечения ЛЖВ Таджикистана соответствующим медицинским уходом. В настоящее время в стране существует отдельная вертикальная система предоставления услуг ЛЖВ по уходу и лечению на базе центров по борьбе со СПИДом, которая недостаточно интегрирована в сеть медицинского обслуживания населения в целом. По словам большинства опрошенных специалистов, такая система предоставления услуг соответствует существующему уровню эпидемии, но в долгосрочной перспективе, принимая во внимание ежегодный рост числа ЛЖВ, она может привести к неэффективному предоставлению услуг.

Инфраструктура центров по борьбе с ВИЧ, в целом, отвечает требованиям. Некоторые улучшения, например, увеличение количества кабинетов консультаций и приемных кабинетов, помогут повысить качество и конфиденциальность услуг.

Многие сотрудники имеют большую рабочую нагрузку. В то время как кадровое обеспечение, в основном, соответствует уровню потребностей, в некоторых СПИД-центрах, обслуживающих большое количество ЛЖВ, сотрудники имеют большую нагрузку и существует потребность в дополнительных квалифицированных врачах, специалистах по инфекционным заболеваниям, а также в обученных медсестрах. Медсестры недостаточно обучены работе с пациентами с ВИЧ, и недостаточно опытны в обеспечении приверженности пациентов дальнейшему лечению и АРТ. Необходимо постоянно повышать уровень знаний и навыков других медработников, в особенности медсестер, что частично связано с высокой текучестью кадров и недостаточным количеством контрольных визитов, менторства и поддержки на местах. Отсутствие постоянного менторства со стороны тренеров снижает возможность эффективного применения знаний и навыков в реальных клинических условиях.

Устаревшие и не отвечающие требованиям системы отчетности. Существующая в данный момент бумажная система отчетности часто не способна обеспечить эффективный анализ данных и улучшение качества полученной информации. Она требует большого количества времени у медперсонала, которое они могли бы уделить пациентам. ГФСТМ финансирует основные компоненты специализированной медицинской помощи ЛЖВ. Процесс закупки АРВ-препаратов централизован и осуществляется Программой развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) по требованию Республиканского центра по борьбе со СПИДом. Тем не менее, существуют проблемы в планировании и прогнозировании потребностей в медикаментах и системах лабораторного тестирования, которые нередко влекут за собой сбои поставок медикаментов и систем тестирования в СПИД-центры.

Довольно высокие цифры первично официально зарегистрированных ЛЖВ для последующего лечения и уровень их приверженности АРТ. Ввиду ограниченных возможностей сотрудников, СПИД-центры не имеют всестороннего подхода к ведению ЛЖВ, а пациенты демонстрируют низкую приверженность последующему регулярному лечению. Высокие уровни стигматизации ЛЖВ в Таджикистане, особенно в провинции, усложняют дальнейшее ведение пациентов и вынуждают ЛЖВ переводиться в Республиканский центр по борьбе со СПИДом в Душанбе для дальнейшего лечения, что снижает доступность программ лечения и ухода на местном уровне и приводит к дополнительным затратам ЛЖВ в связи с поездками в другой город и проживанием там.

Недоступность важнейших услуг, связанных с ВИЧ. Также остаются недоступными некоторые важнейшие компоненты клинического ведения ЛЖВ, такие как тестирование для определения вирусной нагрузки, отсутствие эффективной диагностики, лечения и профилактики коинфекций (ВИЧ/вирусные гепатиты, ВИЧ/ТБ) и оппортунистических инфекций (субоптимальный уровень лечения котримоксазолом). Кроме того, не осуществляются посещения или уход ЛЖВ на дому, и нет программы паллиативного ухода. Потенциал медсестринского персонала не используется в полной мере.

Необходима техническая помощь в предоставлении услуг по уходу и лечению. В то время, как сотрудники МЗ и Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом, а также областных центров по борьбе со СПИДом активно работают по улучшению услуг ухода и лечения, техническая помощь международных агентств необходима для улучшения предоставления этих услуг.

Рекомендации

Пересмотреть существующие протоколы по лечению и профилактике ВИЧ. Существующие национальные протоколы клинического ведения пациентов с ВИЧ-инфекцией необходимо пересмотреть для приведения их в соответствие с пересмотренными протоколами ВОЗ по АРТ (2012 год) и ведению пациентов с коинфекцией ТБ/ВИЧ и ВИЧ/гепатит С/гепатит В. После утверждения пересмотренных протоколов МЗ достаточное количество напечатанных копий обновленных протоколов необходимо распространить во всех СПИД-центрах.

Продолжать обучение инфекционистов, работающих в СПИД-центрах. Рекомендуется уделить основное внимание комплексному подходу к клиническому ведению ЛЖВ, а среди тем курсов профессиональной подготовки должны быть такие: начало АРТ; мониторинг приверженности и эффективности АРТ; ведение побочных эффектов; изменение режима АРТ в случае неэффективного лечения; профилактика оппортунистических инфекций, диагностика и лечение; а также техники консультирования, в том числе мотивационное консультирование, консультирование пар и консультирование с учетом гендерных особенностей клиентов.

Обеспечить финансирование организации курсов обучения по АРТ. В целях обеспечения устойчивости мер по усилению потенциала клинического персонала необходимо обеспечить финансирование для внедрения регулярного углубленного курса обучения по вопросам АРТ для сотрудников СПИД-центров на базе Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров (ТИППМК). Важно, чтобы обучение не проходило исключительно в форме теоретических лекций, а предусматривало анализ конкретных клинических случаев и обсуждения. Обучение необходимо дополнить менторством на местах для приобретения практических навыков и получения адресной технической помощи по необходимости. Дальнейшая работа, в том числе контрольные визиты и поддержка на местах, является крайне важной для правильного применения на практике навыков, полученных в процессе обучения.

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

Предоставить медсестрам, работающим в СПИД-центрах, надлежащее обучение основным принципам клинического ведения ВИЧ-инфицированных пациентов. Медсестры должны активно вовлекаться в процесс мониторинга и поддерживать приверженность лечению. В идеале, учреждения последиplomной подготовки медсестер должны разработать и внедрить в существующие учебные программы учебный план по вопросам ведения пациентов с ВИЧ.

Содействовать регулярным мониторинговым визитам представителей Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом или соответствующих сотрудников центров областного уровня. Такие визиты необходимо поощрять. Мониторинговые визиты должны предусматривать анализ медицинских карт для полноты и точности данных в рамках предоставления отчетности. Кроме того, необходимы и периодические оценки (проводимые как внешними экспертами, так и сотрудниками учреждений по борьбе со СПИДом) существующей системы медицинских услуг для ЛЖВ, поскольку они способствуют повышению эффективности и рентабельности.

Привлечь и обучить медсестер, посещающих пациентов на дому. Помимо специфических медицинских услуг, предоставляемых СПИД-центрами, ЛЖВ имеют ряд потребностей, для удовлетворения которых в этих центрах в настоящее время нет ресурсов, включая уход на дому и консультации по питанию. Рекомендуется привлекать и правильно обучать медсестер, посещающих пациентов на дому, с целью повышения уровня удержания пациентов в программе лечения и приверженности АРТ, а также улучшения доступа к медицинским услугам для ЛЖВ, которые не могут или не желают посещать СПИД-центры. Посещающие пациентов медсестры должны быть обучены основам ухода за ЛЖВ на дому, а также базовым навыкам консультирования ЛЖВ и лиц, осуществляющих уход за ними, по вопросам лечения и профилактики ВИЧ, оппортунистических инфекций и коинфекций.

Содействовать командному подходу к ведению пациентов с активным участием врачей-клиницистов, медсестер и эпидемиологов в СПИД-центре.

Усилить интеграцию услуг по лечению и профилактике ТБ и ВИЧ и решить вопрос о бесплатном тестировании ЛЖВ на ТБ. Это улучшит скрининг на туберкулез среди ЛЖВ, особенно тех, кто обращается в СПИД-центр с симптомами туберкулеза. По возможности, СПИД-центры должны найти (в тесном сотрудничестве с местными организациями ЛЖВ или самостоятельно) группу приверженных и мотивированных людей в качестве равных консультантов и обеспечить консультирование на базе СПИД-центров, особенно для недавно зарегистрированных пациентов. Равные консультанты должны пройти соответствующее обучение и наблюдение. Индивидуальные меры, например, привлечение ухаживающих лиц, посещения на дому для корректировки схем лечения с учетом образа жизни пациента и т.п., являются эффективными способами улучшения приверженности.

Использовать комплекс методов для измерения приверженности. Мониторинг приверженности АРТ остается сложной задачей, которую нужно решить, особенно потому, что использование данных, сообщаемых самими пациентами, может зависеть реальный уровень приверженности. Врачи и медсестры могут вести подсчет таблеток во время каждого посещения пациентом СПИД-центра и во время посещений пациентов на дому. Кроме того, важно правильно записывать в медицинской карте пациента как данные, предоставленные пациентом, так и результаты подсчета таблеток. Раздача коробочек для таблеток и устройств для напоминания (СМС-напоминания) также могут улучшить приверженность к лечению, кроме того, эти методы можно сначала протестировать. Сотрудники (врачи и медсестры) должны пройти обучение оценке приверженности на основе самоотчетов пациентов, а также вопросам причин отсутствия приверженности и в дальнейшем принять меры для ее улучшения.

Обучить врачей техникам консультирования ЛЖВ. Ввиду того, что большинство ЛЖВ в Таджикистане являются ПИН, важно проводить специальный тренинг по навыкам консультирования для врачей, в том числе психотерапевтов и наркологов. Расширение моделей ОЗТ и популяризация ОЗТ среди ВИЧ-инфицированных ПИН, проходящих АРТ, может способствовать приверженности и позволить интегрировать АРТ в услуги ОЗТ, а также осуществлять ДОТ хотя бы для некоторых ЛЖВ.

Разработать инструмент планирования и прогнозирования. Планирование и прогнозирование АРТ может быть улучшено за счет разработки и внедрения инструмента прогнозирования с четкими инструкциями по его применению. Для дальнейшего развития этого процесса рекомендуется проводить ежегодные мастер-классы по планированию АРТ, где ответственные за прогнозирование сотрудники смогут обсуждать свои подходы к работе и получать соответствующую обратную связь. В идеале, инструмент прогнозирования АРТ должен быть интегрирован в систему электронного слежения за случаями ВИЧ, позволяющую проводить автоматический подсчет предполагаемого количества ЛЖВ, нуждающихся в лечении.

Внедрить механизмы обеспечения качества для улучшения МиО услуг по уходу и лечению. Необходимо внедрить механизмы обеспечения качества для сбора и анализа данных. После внедрения системы электронного слежения за случаями ВИЧ необходимо проводить анализ данных такой системы для оценки эффективности программ АРТ в стране. Врачи могут быть обучены использованию данных этой системы для мониторинга своих пациентов.

Стандартизировать процедуры подсчета CD4+ клеток и тестирования на определение вирусной нагрузки ВИЧ. Следует разработать, утвердить и распространить во всех СПИД-центрах комплексные стандартные процедуры, соответствующие принятым нормам клинической работы. Необходимо провести обучение сотрудников лабораторий применению в их работе новых стандартных процедур. Для обеспечения своевременной и корректной калибровки оборудования необходимо назначить и обучить по одному сотруднику из каждой лаборатории для осуществления регулярных процедур технического обслуживания и внутреннего контроля. В должностную инструкцию такого сотрудника необходимо внести соответствующие изменения с учетом работ по техническому обслуживанию, калибровке и внутреннему контролю. С целью дальнейшего мониторинга тестирования на уровень CD4+ и уровень вирусной нагрузки Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом должен обеспечить проведение всех необходимых процедур таможенного контроля справочными лабораториями. Делается это в целях получения контрольных показателей сывороток для такого тестирования в рамках программы обеспечения качества тестирования на ВИЧ методом сухой капли крови Центра контроля и профилактики заболеваний (CDC).

Поддерживать тесные связи между СПИД-центрами и учреждениями пенитенциарной системы. В связи с тем, что большое количество ЛЖВ, включая тех, кто проходит АРТ, попадают в тюрьмы, важно поддерживать тесную связь между поставщиками медицинских услуг в пенитенциарной системе и СПИД-центрами. Чтобы лучше понять ситуацию и существующие проблемы, рекомендуется провести оценку услуг по уходу и лечению в пенитенциарной системе.

Обеспечить увеличение финансирования важнейших услуг по лечению. Существующие средства, выделенные из бюджета ГФСТМ на закупку АРВ-препаратов, покрывают расходы только до конца 2014 года. Выделяемых средств не хватит на закупку медикаментов для ведения побочных эффектов АРТ, а также на препараты для лечения и профилактики оппортунистических инфекций. Необходимо предпринять меры по обеспечению увеличения финансирования для закупки медикаментов для ведения побочных эффектов АРТ, на лечение ОИ, а также на АРТ для

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

растущего количества нуждающихся в лечении ЛЖВ. Кроме того, важно обеспечить финансирование из государственного бюджета.

Картирование основных услуг в сфере ВИЧ, оценка их качества и анализ проблем и потребностей наиболее уязвимых групп в выбранных регионах Таджикистана

Musaeva, Z., D. Abbasova, and A. Deryabina. 2011. Arlington, VA: AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-Two, Task Order 2.

Выводы

Ключевые группы населения не имеют достаточного доступа к услугам по тестированию и консультированию. Количество тестирований на ВИЧ значительно ниже среди уязвимых групп, несмотря на то, что среди них самый высокий уровень распространенности ВИЧ-инфекции. Большинство услуг по консультированию и тестированию предоставляются по инициативе поставщиков, а также отсутствует система мониторинга качества консультирования, предоставляемого пациентам. Поставщики услуг лишаются возможности обеспечения надлежащего доступа к информации по снижению вреда для лиц, подверженных высокому риску инфицирования.

Недостаточный охват программами обмена игл. Охват ПИН программами обмена игл является недостаточным, особенно в сельских районах. Большинство пунктов доверия находятся в городских и полугородских районах, в то время как в сельских районах нет доступа к любым услугам по профилактике ВИЧ. Важно улучшить и расширить охват данной группы такими услугами, как МПТ.

Необходимо расширить услуги по профилактике ВИЧ и ДКТ в сельских районах. Население Таджикистана проживает в основном в сельской местности. Трудовые мигранты составляют одну из основных уязвимых в отношении ВИЧ групп в стране. Многие молодые мужчины из сел едут за границу, и некоторые из них возвращаются домой ВИЧ-инфицированными. Рост заболеваемости ВИЧ среди женщин связан с ростом случаев ВИЧ-инфицирования среди жен трудовых мигрантов, многие из которых не осознают, что подвержены риску инфицирования ВИЧ.

Низкий уровень приверженности АРТ, недостаточная поддержка АРТ. Объем услуг, предоставляемый ЛЖВ, ограничен. По результатам оценки, приверженность АРТ низкая и с продолжением роста количества ВИЧ-инфицированных пациентов ограниченному количеству сотрудников СПИД-центров будет все сложнее осуществлять эффективное дальнейшее ведение пациентов с использованием системы мониторинга исключительно в бумажной форме.

Услуги можно улучшить, а сотрудников более эффективно мотивировать путем введения базовых улучшений. Низкая мотивация медицинского персонала остается наиболее серьезной проблемой для эффективного предоставления услуг по ВИЧ, в государственном секторе. Низкая зарплата, плохие условия труда, ограниченный доступ к информации и возможностям развития, а также устаревшие здания и оборудование приводят к низкому уровню услуг, предоставляемых государственными учреждениями населению в целом, и ключевым группам в частности.

Неустойчивое финансирование в настоящее время. Нынешняя ситуация с финансированием, которое зависит исключительно от ГФСТМ и других внешних источников, не является устойчивой. Реализация самых важных компонентов лечения и профилактики в рамках национальной программы противодействия ВИЧ (АРТ, ОЗТ, обмен игл, распространение презервативов и лечение ТБ) полностью зависит от внешнего финансирования, которое, в

основном, предоставляется через ГФСТМ. Это вызывает серьезные опасения в отношении долгосрочного планирования и реализации этих компонентов.

Рекомендации

Проводить специализированные усиленные мероприятия среди медицинских сотрудников на всех уровнях для решения проблемы стигмы и дискриминации ЛЖВ, принадлежащих к уязвимым группам. Это чрезвычайно важно, особенно при предоставлении хирургических услуг и в гинекологии. Государственные учреждения и организации местного уровня, работающие в партнерстве, могут также нанимать на полный рабочий день социальных работников или психологов, чтобы помочь врачам справляться с возникающими психологическими проблемами у представителей ключевых групп населения.

Постепенно интегрировать услуги, связанные с ВИЧ, в общую систему здравоохранения для улучшения эффективности программ и обеспечения лучшего доступа ключевых групп населения к другим медицинским услугам. Одним из способов реализации данной рекомендации является расширение перечня услуг, предоставляемых СПИД-центрами, всем уязвимым группам через сеть дружественных кабинетов. Кроме того, дружественным кабинетам рекомендуется внедрить механизм активного сбора, анализа и ответов на обратную связь клиентов для планирования и разработки программ предоставления услуг этих кабинетов. Также важно, чтобы дружественные кабинеты получали достаточное и непрерывное финансирование, поскольку периодические сбои в предоставлении услуг и медикаментов препятствуют их использованию ключевыми группами населения.

Использовать комплексный подход в предоставлении услуг по профилактике и уходу, связанных с ВИЧ, для улучшения текущей ситуации с ключевыми группами населения. Наряду с этим, доноры должны принимать во внимание широкий спектр потребностей этих групп при планировании программ грантов и других мер, предназначенных для снижения темпов передачи ВИЧ и улучшения качества жизни представителей уязвимых групп.

Расширить использование мобильных станций тестирования на ВИЧ. Более широкое использование мобильных станций тестирования государственными учреждениями и НПО представляет собой перспективную стратегию увеличения доступа и наличия услуг ДКТ, особенно в районах с высокой концентрацией ключевых групп населения. Внедрение систематической и конфиденциальной системы учета результатов тестов на ВИЧ лиц с высоким риском заражением является гарантом получения ими как самих результатов, так и консультирования с учетом их индивидуальных факторов риска.

Инициировать стратегии обеспечения каждого прошедшего тест, независимо от его результата, послетестовым консультированием по вопросам снижения риска. Одинаково важно, чтобы все предоставляющие услуги ДКТ учреждения приняли и внедрили нормы, требующие от их сотрудников предоставления послетестового консультирования по вопросам снижения риска всем пациентам, прошедшим тестирование, независимо от его результата, чтобы расширить применение профилактических мер. Дотестовое консультирование не должно быть простой беседой, состоящей из вопросов и ответов, оно должно проводиться в формате образовательного мероприятия по вопросам здоровья, способствующего изменению поведения клиента. Для этого необходимо проведение дополнительного обучения по ДКТ для всех сотрудников, отвечающих за организацию ДКТ, особенно вне центров по борьбе со СПИДом.

Расширить доступ к стерильным иглам и шприцам через мобильные пункты доверия. Это может стать эффективным способом обеспечения иглами и шприцами ПИН, когда они нуждаются в них больше всего. Расширению услуг по обмену игл должна сопутствовать разработка

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

нормативной базы и эффективного механизма реализации работы по безопасной утилизации и переработке использованного инъекционного инструментария.

Укрепить и расширить охват МПТ. Дальнейшее развитие МПТ должно быть осуществлено на основе более подробного исследования ее текущего положения, в частности, правильности доз, оказываемой пациентам поддержки, а также соблюдения прав человека в контексте такого типа услуг. Ввиду имеющихся в настоящее время доказательств, услуги по социально-психологической поддержке пациентов на МПТ можно сделать более эффективными при участии организаций местного уровня. По возможности, программы заместительной терапии должны включать в себя услуги психологов и социальных работников, которые могут помочь пациентам социализироваться, например, найти работу.

Значительно расширить охват информационно-просветительскими кампаниями сельских районов. Для этого следует разработать простые, легкие для понимания информационные материалы по здоровому образу жизни и безопасному сексу, приемлемые в соответствующем социальном и культурном контексте. Такую информационную работу могут провести НПО совместно с учреждениями здравоохранения сельских районов.

Испытать и расширить масштабы использования электронной системы наблюдения в кратчайшие сроки. Это даст специалистам мгновенный доступ к структурированным и систематизированным данным о пациентах. Некоторые из функций АРТ, особенно связанные с мониторингом приверженности (дальнейшее ведение и учет), могут быть направлены на уровень ПМСП или делегированы специально назначенным и обученным социальным работникам, которых, например, НПО могут отправлять в государственные медицинские учреждения.

Предоставить продуктовую поддержку и психологическую помощь в целях повышения приверженности АРТ.

Улучшить компенсацию и инфраструктуру. В рамках усилий по обеспечению устойчивости необходимо решить проблемы, связанные с компенсацией. Кроме того, необходимо рассмотреть возможность осуществления системного анализа инфраструктуры и стратегической поддержки основного оборудования и материалов.

Итоговый отчет: функциональный анализ институциональной структуры, функций и взаимосвязей программ по ВИЧ/СПИДу и связанных с ними программ по оказанию услуг в Таджикистане

Routh, S., A. Kovalenko, and Z. Musaeva. 2009. Dushanbe: CAPACITY Project.

Выводы

Взаимодействия между программами по предоставлению услуг, связанных с ВИЧ/СПИДом и ТБ, наркологической помощи и переливанием крови. Между указанными услугами существуют некоторые функциональные взаимосвязи, но в основном на базе областных центров и отдельных пунктов. Важно в дальнейшем укреплять эти взаимосвязи и расширять их масштаб с целью охвата всей страны, включая сельские районы.

Рекомендации

Расширять такие пилотные проекты, как проект «Потенциал» для продвижения взаимодействия. При технической поддержке проекта «Потенциал» (CAPACITY), финансируемого USAID, была успешно внедрена опытная модель развития широкого взаимодействия услуг по СПИДу и ТБ. Однако география внедрения этой инициативы

ограничилась несколькими пилотными регионами. Существует острая необходимость реализации данной модели в масштабах всей страны. Кроме того, важно развивать такие инициативы для решения проблем, связанных с соответствующими коинфекциями, как в системе общего здравоохранения, так и в пенитенциарных системах.

Упорядочить и усилить горизонтальное взаимодействие между программами по ВИЧ и ТБ. Это поможет сделать проводимую сейчас работу по борьбе с коинфекцией ВИЧ/ТБ более эффективной, особенно в области обмена информацией, перенаправления пациентов и совместного мониторинга соответствующих процессов скрининга и лечения. Важно обеспечить пункты, оказывающие услуги по ТБ, наборами для экспресс-тестирования на ВИЧ и совместно разработать и распространить информационно-образовательные материалы по профилактике ТБ среди ЛЖВ, а также по профилактике ВИЧ среди больных ТБ.

Систематизировать и укрепить взаимодействие между Министерством обороны и учреждениями, оказывающими услуги по ТБ. Это улучшит процесс скрининга на ТБ среди призывников.

Улучшить взаимодействие между программами, связанными с кожно-венерологическими и инфекционными болезнями. Это может решить некоторые проблемы, связанные со скринингом и ранним выявлением ИППП и гепатита С.

Национальное исследование по стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ

Strategic Reseach Center under the President of Tajikistan. 2008. Dushanbe: Government of Tajikistan.

Выводы

Низкий уровень знаний о путях передачи ВИЧ. Несмотря на то, что многие респонденты сказали, что знают, как передается ВИЧ, только 30% из них правильно назвали пути передачи (незащищенный половой акт, через кровь и от матери к ребенку).

Разнятся знания и мнения респондентов о праве ЛЖВ на труд. Нарушение права ЛЖВ на труд является основной формой дискриминации. Большинство респондентов, 66,4%, отметили, что ЛЖВ имеют право работать, в то время как 27% отрицательно ответили на данный вопрос, а 6,8% затруднились ответить. Из респондентов, которые ввиду своей профессии должны знать, что ЛЖВ имеют право работать, сказали, что у ЛЖВ нет такого права: 42% сотрудников правоохранительных органов, 28,6% учителей, 23% судей и адвокатов и 20% сотрудников хукуматов (местных органов власти) отметили, что ЛЖВ не имеют права на работу. Только 39% респондентов ответили, что ЛЖВ имеют право работать учителями в школе; 51% сказал, что они против того, чтобы ЛЖВ работали в школах. Свыше 77% считают, что ЛЖВ не имеют права работать в сфере обслуживания.

Ограничения права на получение образования как форма дискриминации ЛЖВ. Не все респонденты хотят, чтобы ЛЖВ обучались вместе с другими детьми. Из всех участников исследования 42% ответили, что ВИЧ-инфицированные дети не должны учиться в школах вместе со здоровыми детьми. Респонденты часто высказывались против того, чтобы ВИЧ-инфицированные дети ходили в обычные школы: такого мнения придерживались 57% сотрудников правоохранительных органов; 45,7% учителей; 60,9% занятых в сфере обслуживания; а также 50% сотрудников СМИ. Около 24% учителей государственных учебных заведений дали отрицательный ответ на вопрос о том, согласились ли бы они работать с ВИЧ-инфицированными

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

детьми. Более 48% из них проходили тренинги по профилактике ВИЧ/СПИДа в школах, а 70% посещали лекции о том, как вести уроки на эту тему.

Недостаточное обеспечение медицинского персонала средствами защиты. Врачи и младший медицинский персонал в целом знают о средствах профилактики ВИЧ/СПИДа в медицинских учреждениях. Из врачей и младшего медперсонала, участвовавших в опросе, 92% отметили, что им известно о возможном риске передачи ВИЧ/СПИДа при совместном использовании шприцев, а 97,1% знают о риске передачи при переливании крови. Несмотря на высокий уровень информированности о путях передачи, не все медицинские учреждения полностью оснащены необходимыми стерильными материалами и дезинфицирующими средствами. Среди медицинских работников 75,4% опрошенных отметили, что они были в достаточной степени обеспечены необходимыми материалами; 7,9% - недостаточно обеспечены, а 16,7% - обеспечены частично.

Стигма и дискриминация в медицинских учреждениях. Не все медицинские сотрудники готовы предоставлять медицинскую помощь ЛЖВ. Свыше 62% медицинских работников, участвующих в опросе, отметили, что готовы оказывать ЛЖВ такую же медицинскую помощь, какую они оказывают другим пациентам. Из общего числа медицинских сотрудников 73% отметили, что они бы оказали помощь при родах ВИЧ-инфицированного младенца, 13% не оказали бы такую помощь, а около 14% не дали ответа на этот вопрос. Большинство медицинских работников – 89,2% - отметили, что они обязательно должны проходить тестирование на ВИЧ. Свыше 87% - что они сдают тест на ВИЧ ежегодно. Тем не менее, более 62% отметили, что ЛЖВ не должны работать в медицинских учреждениях. Доля знающих о законе, предусматривающем ответственность за раскрытие ВИЧ-статуса, среди медицинских работников составляет 67,5%; 80% докторов знали о законе, и только 40% младшего медицинского персонала были информированы об ответственности за раскрытие ВИЧ-статуса.

Знание о рисках заражения ВИЧ. Постконтактные профилактические меры являются способом снижения риска инфицирования ВИЧ у медицинских работников, работающих с инфекционными заболеваниями, в том числе с ВИЧ/СПИДом. Только 38,8% медицинских сотрудников знали о постконтактных мерах, в то время как 35,5% отметили, что применяют их в своих медицинских учреждениях. Почти все доктора и большинство представителей младшего медицинского персонала (75,5%) отметили, что люди, инфицированные ВИЧ в результате небрежности медицинского персонала, имеют право на льготы.

Дискриминация ЛЖВ в юридической сфере. Согласно законодательству Таджикистана, ЛЖВ гарантирована возможность защищать свои права и получать юридическую помощь. Большинство судей и адвокатов (87%) выразили готовность оказывать юридическую помощь ВИЧ-инфицированным клиентам. Но уровень информированности судей и адвокатов в отношении Закона Таджикистана «О противодействии ВИЧ/СПИДу» невысок. Только 50% знали о существовании такого закона в Таджикистане.

Как судьи и адвокаты рассматривают ответственность и другие юридические вопросы в отношении ЛЖВ. Подавляющее большинство судей и адвокатов, то есть 90%, считают, что лицо, преднамеренно заражающее других ВИЧ-инфекцией, должно быть привлечено к уголовной ответственности. Многие из респондентов, а именно 60%, считают, что человек должен открыть свой ВИЧ-статус в некоторых случаях; 30% выразили мнение о том, что ЛЖВ имеют право сохранять свой статус в тайне. Среди респондентов, работающих судьями и адвокатами, 70% считают, что подсудимый должен сообщить судебным органам и прокуратуре о своей болезни. Свыше 76% респондентов согласны с требованием об обязательном освидетельствовании подозреваемых. Адвокаты отметили, что уровень дискриминации и стигматизации ЛЖВ в

Таджикистане является значительным; 40% судей и адвокатов высказались против специальных законодательных положений в этом отношении.

Изоляция ЛЖВ в тюрьмах. Более 46% опрошенных поддерживают изоляцию ЛЖВ в отдельных тюремных камерах во избежание заражения других заключенных; 28,1% считают, что их следует содержать вместе с другими ЛЖВ.

Личное отношение к ЛЖВ. Около 30% всех респондентов выразили отрицательное отношение к ЛЖВ, но 70% сказали, что относятся к ЛЖВ нормально и с симпатией. Более чем 50% всех респондентов высказали крайне отрицательное отношение к своим ВИЧ-инфицированным коллегам.

Дискриминация ВИЧ-инфицированных детей и их семей. Из всех участников опроса 45% сказали, что не позволяют своим детям контактировать со здоровыми детьми, родители которых ВИЧ-инфицированы. ВИЧ-инфицированные дети, как показало исследование, подвержены высокому риску дискриминации; 70% всех респондентов отметили, что не позволили бы своим детям контактировать с ВИЧ-инфицированными детьми.

Сочувствие к членам семьи, являющимися ЛЖВ. Респонденты относятся к ЛЖВ с большим сочувствием и состраданием, когда речь идет о членах семьи или родственниках. Более 90% респондентов отметили, что ухаживали бы за своими ВИЧ-инфицированными членами семьи.

Изоляция ЛЖВ от остальной части сообщества. Выраженная в крайне отрицательной форме стигматизация и дискриминация может вынудить ЛЖВ искать альтернативное жилье, как будто они неполноценные и опасные люди. По результатам исследования одна треть респондентов поддержала изоляцию ЛЖВ от других членов общества. Более 47% респондентов отметили разные формы дискриминации ЛЖВ в Таджикистане.

Отношение к ЛЖВ и религия. Хотя 44% респондентов сказали, что религия отрицательно относится к ЛЖВ, они более демократично высказались к праву ВИЧ-инфицированных молиться вместе с другими прихожанами. Таким образом, 59,4% религиозных лидеров, участвовавших в исследовании, отметили, что позволили бы ЛЖВ молиться в мечети или церкви.

Отношение и опыт религиозных лидеров. Обсуждения с религиозными лидерами показывают, что прихожане не часто говорят о проблемах ВИЧ в обществе. Из всех опрошенных религиозных лидеров 25% сказали, что им задают вопросы о ВИЧ/СПИДе. Более 84,4% религиозных лидеров сказали, что если бы человек умер от ВИЧ/СПИДа, они бы организовали его/ее похороны. Религиозные лидеры придерживаются аналогичного мнения по поводу места захоронения; 84% сказали, что останки ЛЖВ следует хоронить на общих кладбищах. Из всех религиозных лидеров 65,6% считали, что ЛЖВ должны сохранять свой статус в тайне.

Большинство, 65,6%, считают, что религиозный лидер не должен быть ВИЧ-инфицирован, так как в таком случае его не будут уважать, и люди не будут прислушиваться к его мнению.

Проблемы, связанные с тестированием на ВИЧ. В настоящее время тестирование на ВИЧ не является приоритетом в Таджикистане. Как показало исследование, большинство пациентов узнали о своем ВИЧ-статусе либо через анонимное тестирование, либо после прохождения обследования в связи с другими болезнями. Результаты исследования показывают, что большинство (59,3%) мужчин и женщин узнали о своем диагнозе в центре по борьбе со СПИДом. Около 14% ЛЖВ сказали, что им стал известен их статус после прохождения обязательного тестирования в тюрьме. Около 60% опрошенных ЛЖВ отметили, что им были предоставлены до- и послетестовые консультации. Большинство из них (58,7%) сказали, что конфиденциальность в

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

отношении них была соблюдена. Больше 62% ЛЖВ сказали, что они проходят обследования, получают психологические консультации и лечение в центрах по борьбе со СПИДом.

Раскрытие статуса членам семьи. Как показало исследование, 51% всех респондентов проинформировали членов семьи о своем ВИЧ-статусе (58,1% женщин и 45,9% мужчин). Однако 46,2% мужчин и 41,9% женщин боялись сделать это. Из числа респондентов, которые раскрыли свой ВИЧ-статус членам семьи, 57,4% ответили, что отношение к ним в их семье не изменилось; 7,5% отметили ухудшение отношения к ним, а 20,8% сказали, что отношение к ним улучшилось. Исследование показывает, что отношение в семьях к ВИЧ-инфицированным женщинам в определенной степени хуже, чем к мужчинам.

Раскрытие серологического статуса. Больше 43% ВИЧ-инфицированных раскрыли свой статус по собственной инициативе. Женщины больше готовы раскрывать свой статус (55,8%), чем мужчины (34,4%). ЛЖВ сталкиваются с проблемой раскрытия своего статуса при обращении за медицинской помощью, так как боятся, что им предоставят необходимую медицинскую помощь, только если они раскроют свой статус, а конфиденциальность будет нарушена. Только 13,5% опрошенных ЛЖВ отметили, что они бы раскрыли свой статус при посещении медицинского учреждения.

Дискриминация ЛЖВ в медицинских и других учреждениях. Проблемы, с которыми сталкиваются ЛЖВ, когда им нужна медицинская помощь, являются одной из многих форм дискриминации, которой они подвергаются. Главной проблемой является отказ в лечении в медицинском учреждении (38,1%); женщины сталкиваются с такой проблемой чаще, чем мужчины. Около 36% ЛЖВ отметили, что им кажется, что медицинские работники пренебрегают ими. Больше 20% ЛЖВ ответили, что их ВИЧ-статус был раскрыт без их разрешения. Значительная доля опрошенных (80,8%) отметили, что у них нет проблем в быту с получением одноразовых шприцев и презервативов. Немного более половины ЛЖВ (52%) сказали, что не всегда получают необходимую помощь, обращаясь в правоохранительные органы, в образовательные и медицинские учреждения.

Незнание законов, гарантирующих защиту. Около 75% ЛЖВ не знают о правах и льготах, предусмотренных Законом «О противодействии вирусу иммунодефицита человека и синдрому приобретенного иммунодефицита». Согласно данному закону ЛЖВ несут ответственность за преднамеренное заражение других лиц ВИЧ. Исследование показывает, что большинство ЛЖВ (82,7%) осознают свою ответственность за преднамеренное заражение других лиц ВИЧ. Уровень информированности об ответственности за заражение других лиц ВИЧ у женщин составляет 69,8%, что намного ниже, чем у мужчин (91,8%).

Уровень жизни ЛЖВ. Он намного ниже, чем средний уровень по стране. Среди участников исследования более 48% не имеют никакого источника дохода; средний месячный доход 23% ЛЖВ ниже, чем средний уровень жизни по стране. Из общего числа опрошенных ЛЖВ только половина получила какую-то помощь за последние шесть месяцев. Помощь получили больше женщин (60,5%), чем мужчин (42,6%). ЛЖВ отметили, что получают помощь в основном от городских и районных центров по борьбе со СПИДом (52,8%) и НПО, работающих с ЛЖВ. Несмотря на низкий уровень информированности о специальных услугах, гарантированных ЛЖВ, многие из них (85,6%) знают о бесплатном лечении АРВ-препаратами в Таджикистане.

Доступ к услугам для ЛЖВ и уровень их потребления. Только 46,1% ЛЖВ, которые знают о бесплатных услугах АРТ в Таджикистане, обращались за такими услугами (мужчины – 37,3%; женщины – 57,9%). Остальные 53,9% считают, что нет необходимости в лечении АРВ-препаратами, поскольку оно им не поможет. АРТ была назначена только 51,2% опрошенных ЛЖВ из тех, кто за ней обращался.

Средства массовой информации и освещение проблем, связанных с ЛЖВ. Половина сотрудников СМИ сказали, что не освещают в своих публикациях проблемы, связанные с дискриминацией.

Помощь хукуматов (местных органов власти). Из опрошенных ЛЖВ 40% получают помощь от местных хукуматов. Тем не менее, 50% респондентов отметили, что местные органы власти не оказывают помощь ЛЖВ. Согласно данным, 75% респондентов считают, что хукуматы тесно сотрудничают с международными организациями и НПО по вопросам ВИЧ/СПИДа.

РЕГИОН: ОЦЕНКИ, ВЫВОДЫ, РЕКОМЕНДАЦИИ

В данном разделе представлен обзор имеющихся оценочных отчетов, выводов, а также пробелов и/или рекомендаций для разных стран Центрально-Азиатского региона.

Медикаментозная поддерживающая терапия в Казахстане, Кыргызской Республике и Таджикистане по состоянию на середину 2011 года

Quality Project. 2012.

Рекомендации

Усилить политическую поддержку МПТ. Максимально увеличить количество клиентов, получающих МПТ, и одновременно продолжать прояснять вероятность непрерывной политической поддержки МПТ. Уменьшение поддержки может сказаться на возможности пилотных клиник, предоставляющих МПТ, обеспечивать непрерывность лечения. Необходимо разработать план действий в чрезвычайных обстоятельствах.

Осуществить перераспределение обязанностей. Развивать специализацию наркологов, приберегая их навыки для более сложных пациентов и стимулировать врачей общей практики и других назначать МПТ менее сложным пациентам.

Устранить перерывы в лечении при переходе в другие учреждения или переезде в другие страны. Обеспечить преемственность лечения в случаях, когда пациента направляют на стационарное лечение или в исправительные учреждения, или когда пациент переезжает в другой регион страны. Изучить целесообразность создания системы, которая позволит переводить лечение в рамках МПТ в соседние страны.

Выявить активных и квалифицированных сторонников МПТ. Найти и привлечь наркологов, которые поддерживают МПТ, и могут стать ведущими специалистами по данному вопросу в Казахстане. Они могли бы писать статьи о клиническом опыте проведения МПТ для научной литературы и изданий для служебного пользования, а также для популярных СМИ. Их положительный настрой будет полезен для проведения обучения и менторства по МПТ для практикующих врачей.

Создать адвокативную платформу для МПТ. Усилить поддержку подхода, основанного на МПТ, в местных сообществах. Содействовать адвокационной деятельности, проводимой медицинскими и другими профессиональными ассоциациями в поддержку МПТ. Найти пути более широкого распространения оценки услуг МПТ и проанализировать результаты такой оценки в научной литературе.

Привлечь семьи и другие лица в качестве сторонников. Поддерживать создание НПО, состоящих из семей и лиц, ухаживающих за ЛЖВ, которые будут заниматься пропагандой преимуществ МПТ с помощью СМИ среди местных и национальных политиков и других влиятельных общественных деятелей. Поддерживать создание групп защиты потребителей в целях продвижения МПТ, среди зависимых от опиоидов ПИН, их семей, а также в сообществе в целом.

Прекратить регулирование системы предоставления МПТ. Рассмотреть возможность предоставления медицинскому персоналу (не наркологам), медсестрам высшей квалификации, а

также большому количеству учреждений полномочий по назначению и/или раздаче метадона, в том числе специалистам по ВИЧ и ТБ, а также врачам-терапевтам, в учреждениях, занимающихся профилактикой и лечением ВИЧ и ТБ в условиях ПМСП и аптеках.

Обеспечить преемственность лечения. Изучить возможности для начала или продолжения МПТ в стационарных условиях или исправительных учреждениях.

Рассмотреть другие способы предоставления МПТ. К ним могут относиться специализированные методы аутич-работы, направленные на обеспечение охвата более отдаленных районов с ограниченным количеством медперсонала. Телемедицина (например, с использованием Skype) может создать возможности для получения профессиональной поддержки от наркологов в более отдаленных районах.

Принять меры, чтобы существующие пилотные регионы, предоставляющие МПТ, были низкопороговыми. Проанализировать критерии права клиентов на участие в программе, чтобы они не были ограничивающими, например, отменить условие, что клиенты должны иметь более одной неуспешной попытки пройти программу детоксикации, быть зависимыми от опиоидов на протяжении более двух лет или быть ВИЧ-положительными. Обучение медицинских сотрудников, которые могут быть привлечены к оценке клиентов перед началом МПТ, должно предусматривать развитие навыков, необходимых для того, чтобы:

- различать диагностические показатели опиоидной зависимости (такие как попытки детоксикации в прошлом) и критерии, дающие право на прохождение МПТ, которые могут минимизировать барьеры для участия в программе. Важно признать необходимость рассмотрения МПТ не в качестве крайней меры (только лишь в контексте стратегии снижения вреда/профилактики ВИЧ-инфекции), а в качестве одного из приоритетных способов лечения опиоидной зависимости;
- проводить различия между приданием приоритета ПИН с ВИЧ-положительным статусом и исключением ПИН с ВИЧ-отрицательным статусом из МПТ, в частности потому, что такое требование потенциально стигматизирует программы МПТ, а также влияет на тайну частной жизни клиентов. Для некоторых ПИН, отчаявшихся получить доступ к МПТ, это требование даже может стать толчком для сероконверсии..

Внедрить новые модели финансирования. Рассмотреть возможность внедрения моделей финансирования на основе среднедневного количества входящих на прием клиентов, чтобы усилить стимул для включения и удержания большего количества ПИН в программах МПТ. Всем клиникам следует принимать максимальное количество пациентов для прохождения МПТ, чтобы показать, что лечение имеет реальные результаты и динамику. Любое нежелание предлагать лечение новым пациентам в связи с неопределенностью по поводу непрерывной поддержки программы по МПТ означает, что медицинские сотрудники на самом деле не поддерживают лечение. Кроме того, это снижает крайнюю необходимость МПТ и ослабляет ее эффект. Намного легче прекратить поддержку МПТ, когда количество пациентов составляет 20 человек, чем когда терапию проходят 150 пациентов.

Обеспечить доступность, приемлемость и ориентированность МПТ на потребности ПИН. Децентрализовать местонахождение клиник, предоставляющих МПТ, чтобы они находились недалеко от мест проживания ПИН, чтобы ПИН не тратили время и деньги на проезд, а также во избежание излишнего скопления клиентов. Обеспечить благоприятную атмосферу в клиниках и пересмотреть необходимость мер строгого режима. Пересмотреть график работы клиник, предоставляющих МПТ, продлевая рабочие часы утром и вечером для увеличения пропускной способности, для удобства работающих клиентов, а также для организации разделения доз.

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

«Демедицинализация» моделей предоставления МПТ. Сконцентрировать усилия специалистов-наркологов на более сложных пациентах, а также на введение в МПТ и раннюю стабилизацию пациента. После стабилизации, менее сложных пациентов необходимо направлять для получения лечения к другим практикующим врачам. Наркологи также должны быть снабжены всем необходимым для постоянного проведения обучения и для поддержки практикующих врачей в мероприятиях «совместного ухода», где это необходимо. Кроме того, можно принять следующие меры:

- развить роль медицинской сестры высшей квалификации, в частности для отдаленных регионов с малым количеством медицинских сотрудников;
- расширить функции ухода, включив в них консультирование и социальное обеспечение;
- содействовать профессиональной подготовке и трудоустройству большего количества персонала с навыками оказания психологической помощи и социального обеспечения для сопровождения клиентов в клиниках, предоставляющих МПТ;
- обеспечить более широкий доступ к обучению медперсонала с помощью распространения кратких письменных обзоров обучающих курсов, или загрузив обучающие видеоролики в «YouTube» или аналогичную платформу, чтобы они были доступны специалистам всего региона;
- поощрять участие и обратную связь клиентов в процессе планирования и предоставления МПТ.

Максимально увеличить уровень удержания клиентов для достижения целей МПТ.

Содействовать развитию подхода «ведение пациентов», особенно на начальном этапе лечения, а также в отношении более сложных медицинских и психологических случаев. Наряду с этим необходимо принять следующие меры:

- содействовать сосредоточению и интеграции других соответствующих медицинских и социальных услуг с МПТ, включая АРТ, лечение ТБ, вирусного гепатита В, С, программы обмена игл и шприцев, услуги охраны психического, сексуального и репродуктивного здоровья, здоровья матери и ребенка, антенатальную, стоматологическую и терапевтическую помощь, консультирование и услуги по соцобеспечению, а также центры доверия;
- обеспечить преемственность МПТ за счет создания систем, предоставляющих возможность временной выдачи метадона клиентам в больницах и исправительных учреждениях;
- изучить серьезные сложности преемственности терапии, связанные с высоким уровнем миграции в другие районы и страны (в частности, из Таджикистана в Россию и другие места с высоким уровнем распространенности ВИЧ среди ПИН);
- провести «активное послепрограммное» исследование ушедших из программы пациентов, чтобы определить причины, по которым они прекратили принимать метадон;

Технический отчет: женщины и снижение вреда в Центральной Азии

Shapoval, A. and S. Pinkham. 2011. Bethesda, MD: Quality Health Care Project in Central Asian Republics, Abt Associates Inc.

Выводы

В данном отчете представлен целый ряд потребностей женщин в отношении снижения вреда в Центральной Азии:

- сохранение репродуктивных прав женщин;
- защита общих прав женщин;
- центры дневного пребывания для женщин и детей;
- социальная поддержка;
- поддержка со стороны медицинских специалистов (хирурга, гинеколога);
- наличие информации о дружественных клиниках (существует сеть дружественных клиник в Казахстане, но женщины не знают о ней);
- презервативы, хотя еще больше им нужны иглы;
- МПТ;
- реабилитационные центры;
- правовая база для получения женщинами ПИН социальной помощи;
- создание социального дома надежды для женщин ПИН с детьми (реабилитация детей из семей, употребляющих наркотики);
- медицинское обслуживание в местах лишения свободы (психолог, гинеколог, фтизиатр, нарколог);
- информация о профилактике передозировки и о налоксоне.

При подготовке отчета были обнаружены значительные трудности для внедрения и использования услуг программ по снижению вреда для женщин в Центральной Азии:

- отсутствие прописки (местной регистрации и документов), женщины без документов не могут получить услуги;
- низкая информированность об имеющихся медицинских и социальных услугах, поскольку поставщики услуг не имеют доступа к женщинам, женщины ПИН в основном зависят от своих партнеров-мужчин;
- отсутствие специальных программ снижения вреда и других сервисных программ для женщин;
- отсутствие государственного финансирования таких программ;
- самостигматизация женщин ПИН, страх быть отвергнутыми;
- стигматизация медицинскими специалистами и широкой общественностью;
- отсутствие координации усилий между НПО и государственными органами;

- отсутствие специальных реабилитационных центров для женщин и незначительное число таких центров в стране в целом;
- отсутствие возможностей трудоустройства и соответствующей поддержки женщин ПИН; такая поддержка может помочь решить проблему с зависимостью от мужчины, в настоящее время большинство женщин остаются дома;
- нет клинических протоколов для оказания медицинской помощи женщинам ПИН, есть необходимость обучения врачей тому, как вести таких пациенток, особенно во время беременности, а также их детей с абстинентным синдромом;
- отсутствие профессиональной подготовки среди медицинских и социальных работников по вопросам работы с женщинами ПИН;
- гендерная дискриминация внутри сообщества ПИН-женщины всегда «последние на игле»;
- нехватка квалифицированных кадров для работы с женщинами в тюрьмах;
- нет центров дневного пребывания для потребителей инъекционных наркотиков в целом, особенно для женщин;
- ограниченный доступ к МПТ и налоксону;
- в тюрьмах нет проектов снижения вреда/обмена шприцев, хотя доступны презервативы.

Рекомендации

В рамках данного отчета предложены рекомендации по улучшению мер реагирования для женщин, являющихся ПИН, в Центральной Азии:

- обеспечить центры дневного пребывания для ПИН, предоставляющие услуги для женщин;
- предоставить мотивационные, гигиенические, продуктовые наборы, молочные смеси (предоставляются государством только для тех, кто был зарегистрирован в женских консультациях; женщины, которые не были зарегистрированы и узнали о своем ВИЧ-статусе при родах, ничего не получают в течение 3-4 месяцев);
- открыть горячую линию (24/7) для ПИН и ЛЖВ (для ЛЖВ это более острая необходимость);
- предоставить информационные материалы от международных организаций по уходу за ребенком, социальным вопросам, информацию об организациях и проектах, куда уязвимые женщины могут обратиться за дополнительной помощью;
- развить социальные бюро специально для женщин, имеющих детей;
- обучить персонал и привлечь новые кадры к работе с уязвимыми женщинами (особенно социальных работников, психологов, юристов, гинекологов);
- организовать стажировки среди НПО для того, чтобы узнать об имеющемся опыте и существующих моделях работы с женщинами в регионе и во всем мире;
- обеспечить НПО компьютерами (особенно ноутбуками, которые можно брать в командировки или использовать при посещении пунктов предоставления услуг) и принтерами;
- создать центры дневного пребывания для детей.

Технический отчет: консультирование и тестирование на ВИЧ в Кыргызской Республике, Казахстане и Таджикистане

Coughlan, M., A. Manukyan, A. Bolotbaeva, D. Parsons, and D. Burrows. 2011. Bethesda, MD: Quality Health Care Project Central Asia Republics, Abt Associates Inc.

Выводы

Важнейшая роль НПО в обслуживании ключевых групп населения. Качество услуг ДКТ зависит от тесных рабочих взаимосвязей между НПО, работающими с ключевыми уязвимыми группами населения, и учреждениями, предоставляющими медицинские услуги, а не от подхода, направленного на укрепление системы в целом. Во многих случаях НПО и медицинское учреждение договариваются о том, чтобы последнее предоставляло качественные услуги ключевым группам населения, в некоторых случаях с использованием механизма перенаправления на основании ваучера, дающего право на получение услуг и гарантирующего их качество. Тем не менее, в некоторых ситуациях одного только ваучера недостаточно, и сотрудник НПО должен сопровождать клиента для обеспечения его качественного обслуживания в учреждении, куда он был направлен.

Неофициальная оплата услуг. Неофициальная плата медицинским работникам является довольно распространенным явлением во всех трех странах. Многие медицинские работники ожидают получения неофициальных денег как дополнение к своей заработной плате. Некоторые группы клиентов соглашались с такими ожиданиями, другие же, являясь малообеспеченными, как например, ПИН, рассматривают это как препятствие для доступа к услугам.

Обучение поставщиков медицинских услуг коммуникативным навыкам. Сотрудники клиник указывают на настоятельную необходимость в тренингах по коммуникативным навыкам. Профессиональная подготовка по вопросам ДКТ, в основном, имеет теоретический характер и опирается больше на необходимость сбора данных и регистрации пациентов с ВИЧ-положительным статусом, нежели на навыки консультирования, которые должны быть включены в процесс тестирования. Многие медицинские сотрудники отметили, что восприняли бы положительно обучение коммуникативным навыкам, которые помогут им обсуждать с клиентами сложные или табуированные темы, а также осуществлять полную оценку риска.

Лишь небольшое количество поставщиков медицинских услуг инициируют обсуждение вопросов ВИЧ или ДКТ или проводят оценку риска. Несмотря на то, что некоторые опрошенные медработники отметили, что они прошли тренинги по консультированию и тестированию по инициативе поставщика услуг, они редко начинают с клиентами разговор о ВИЧ. Ни в одном из посещенных центров не было выявлено признаков работы, направленной на всестороннюю оценку риска. Нередко медицинские работники применяли пассивный подход при получении согласия на тестирование, предлагая клиенту документ для подписания. Разговор начинался только тогда, когда клиент сам задавал вопросы.

Загруженность медицинских работников. Перегрузка является значительным препятствием к повышению медработниками качества консультирования в рамках ДКТ. У многих участников опроса нет времени для проведения необходимых в рамках ДКТ консультаций на соответствующем уровне. Основной акцент сделан на отслеживании клиентов с положительным результатом теста на ВИЧ, в то же время очень мало внимания уделяется консультированию клиентов с ВИЧ-отрицательным статусом по вопросам снижения риска. Иногда работу в этом направлении проводят НПО.

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

Проблемы, связанные с сохранением конфиденциальности. Понимание важности сохранения конфиденциальности и сохранения в тайне ВИЧ-положительного статуса клиентов в некоторых случаях находится на недостаточном уровне даже в центрах, где проводится консультирование и тестирование. Ведь именно наблюдение, а не тестирование, является способом лечения, ухода и поддержки.

Доступ к экспресс-тестам на ВИЧ. Многие сотрудники НПО предпочли бы проводить экспресс-тест в качестве первого теста на ВИЧ для клиента. Они считают, что это поможет расширить охват ДКТ и снизить количество пациентов, с которыми потерян контакт и нет возможности для их дальнейшего ведения.

Частый дефицит средств защиты. Дефицит базовых средств защиты, таких как перчатки и защитные очки, были обычным явлением в пункте предоставления услуг, который посетили исследователи. Однако эта проблема однозначно может существовать и в других учреждениях. Сотрудники обеспокоены охраной и безопасностью труда, а также инфекционным контролем.

Рекомендации

Предоставить соответствующее потребностям персонала обучение коммуникативным навыкам и навыкам консультирования. Разработать краткий учебный курс, посвященный развитию базовых коммуникативных навыков, а также навыков, необходимых в контексте ДКТ и консультированию и тестированию на ВИЧ по инициативе поставщика для сотрудников, работающих с клиентами (врачей и медицинских сестер), в данный момент занимающихся консультированием и тестированием на ВИЧ. Провести повторное обучение персонала через год.

Обучить персонал способам решения проблем стигмы и дискриминации. Такое обучение рекомендуется проводить в соответствии с конкретными потребностями страны и района, например, в Таджикистане и южной части Кыргызской Республики особо острой является проблема стигмы в отношении мужчин, практикующих секс с мужчинами, и необходимо приложить соответствующие усилия непосредственно на решение данной проблемы.

Предоставлять материалы на местных языках. Перевести на местные языки важные ресурсы – информационные материалы для клиентов, материалы по консультированию и тестированию на ВИЧ, клинические руководства и протоколы, а также медицинские пособия, – а также разработать информационные ресурсы по консультированию и тестированию на ВИЧ, доступные малограмотным людям.

Улучшить работу по обеспечению качества и надзору.

- Разработать и внедрить систему наставничества и клинического (поддерживающего) надзора для врачей, задействованных в ДКТ, в одном или двух медицинских учреждениях в каждом районе реализации проекта для обеспечения качества. Предусмотреть внедрение системы во все медицинские учреждения в соответствующих районах на протяжении второго года реализации проекта. Наставничество и клинический надзор для медицинских сестер в учреждениях соответствующих районов должны быть включены в более общую стратегию перераспределения обязанностей.
- Разработать стандартизованную форму оценки риска. Медицинские работники, которые прошли тренинги по коммуникативным навыкам, должны пройти дополнительное обучение оценке риска.
- Разработать систему мониторинга и оценки, ориентированную на качество консультирования и тестирования на ВИЧ, на основании качественных показателей и критериев.

- Разработать систему оценки обученных коммуникативным навыкам врачей, которая проводится через три месяца после проведения тренинга. Сотрудничать с представителями учреждений, предоставляющих медицинские услуги, и НПО для определения и внедрения услуг высокого качества (например, качество, определенное в партнерстве).

Проанализировать систему перенаправления. Тщательно проанализировать системы перенаправления пациентов, в том числе формы перенаправления пациентов отдельных НПО, а также применяющуюся в данный момент практику сопровождения клиентов в медицинские учреждения. Анализ рекомендуется провести совместно с сотрудниками НПО в каждом регионе, а также необходимо предоставить рекомендации по улучшению и оптимизации системы.

Начать адвокативную работу по продвижению экспресс-тестов на ВИЧ и других вопросов. Проводить адвокативную работу для регулирующих органов по необходимости использования экспресс-тестов в медицинских учреждениях и пунктах предоставления услуг НПО, а также разработать соответствующий курс обучения по вопросам применения таких тестов. Также необходимо лоббировать НПО в качестве пунктов предоставления услуг по ДКТ.

Разработать план и реализовать механизм перераспределения обязанностей. Разработать стратегию перераспределения обязанностей в отношении консультирования и тестирования на ВИЧ, включая рекомендации по вопросам стимулирования и заработной платы, консультируясь с соответствующими регулируемыми и законодательными органами, работниками кафедр, а также представителями работников здравоохранения.

Расширить программы лечения метадонотом с целью расширения охвата ДКТ. Расширить программы лечения метадонотом и увеличить их доступность. Как показывает опыт, с помощью программы лечения метадонотом клиенты начинают пользоваться и другими медицинскими услугами, что способствует расширению охвата ДКТ.

Совместно с правоохранительными органами осуществлять работу по снижению случаев нападения на клиентов. Проводить консультации с правоохранительными органами с целью снижения случаев нападения на клиентов возле медицинских учреждений. Такая стратегия оказалась успешной в некоторых пунктах предоставления услуг. Такая работа, скорее всего, повысит принятие ДКТ и улучшит доступ к нему, а также к другим медицинским услугам.

Анализ затрат на услуги по снижению вреда, связанного с ВИЧ/СПИДом, в Кыргызской Республике и Таджикистане. Исследование, профинансированное фондом «UK aid» в рамках Центрально-Азиатской программы по ВИЧ/СПИДУ CARHAP. 2012.

Выводы

Программные ситуации могут нарушать процесс и расчет затрат. Такие ситуации могут быть связаны со сбоями в финансировании, несвоевременной поставкой товаров или даже с политической нестабильностью, которая отрицательно влияет на процесс предоставления услуг. Таким образом, «идеальный» подход к расчету затрат дал возможность НПО скорректировать такие перебои путем расширения тех ресурсов, которые оценены НПО как необходимые для оптимизации опытного предоставления услуг, независимо сделано это необходимое расширение в результате качества или количества. Фактический расчет стоимости отображает фактические затраты, в том числе дефицит и недостатки, которые существуют в ходе реализации программы, в

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

то время, как идеальный расчет затрат представляет скорректированную оценку затрат, с учетом исправления допущенных отклонений в выбранном базисном году.

Преимущества расчета затрат на единицу продукта или услуги. Оценка расходов на единицу продукта или услуги и связанная с ней оценка услуг могут помочь менеджерам программы оптимизировать эффективность распределения ресурсов на разных этапах реализации проекта, начиная с исходного планирования, а также на текущем этапе внедрения проекта. Расчет затрат на единицу выполненной работы также может быть важным фактором в ходе оценки рациональности использования конкретных компонентов услуги. Кроме того, расчет затрат на единицу выполненной работы можно использовать при составлении заявок на получение финансирования от международных доноров, таких как ГФСТМ.

Наибольшая часть бюджета на предоставление услуг – это регулярные расходы, которые составляют от 80 до 90 % общих расходов. Капитальные затраты (которые, в основном, состоят из затрат на аренду помещений) составляют 10-20% от общих затрат.

Наибольшая часть бюджета уходит на зарплаты сотрудников (от 24% до 67% бюджета), затем – на материальное обеспечение (7-70%) и оплату аренды помещений (2-18%). Эти цифры показывают значительные различия между соответствующими типами услуг ввиду разницы масштабов их объема. В целом, услуги, которые охватывают большое количество клиентов, имеют меньшую долю затрат на заработные платы и большую долю затрат на материальное обеспечение. Фиксированные затраты, такие как заработная плата и аренда помещений, постепенно уменьшаются при увеличении охвата услугами, в то время как нефиксированные затраты выходят на первое место. В общем, связанная с расширением охвата динамика приведет к уменьшению затрат на единицу товара или услуги, при этом оценочные затраты на единицу товара или услуги в рамках ПОШ при уровне охвата в 2 000 клиентов составят около 85 долларов США.

В Таджикистане самую большую долю в структуре затрат ПОШ составляет аренда помещений. Возможной причиной этого могло быть относительно малое количество клиентов, охваченных услугами в Таджикистане, где уровень охвата в рамках среднестатистической ПОШ составляет только 15% от такого же уровня среднестатистической ПОШ в Кыргызской Республике.

ПОШ в Кыргызской Республике (с уровнем охвата 2 000 клиентов) имеют самую низкую долю затрат на заработную плату (24%), в то время как наибольшая доля зарплаты в структуре затрат зафиксирована в социальных бюро Таджикистана (66,7%).

Новая модель финансирования Глобального фонда. Как ее внедрение может отразиться на вас и вашей стране

Eurasian Harm Reduction Network. 2013. Vilnius: EHRN.

ГФСТМ утвердил новую модель финансирования (НМФ), в рамках которой в соответствии с квалификационными критериями большинство стран Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) попадают в группу наиболее низкого приоритета при предоставлении финансирования. В данном кратком обзоре рассмотрены возможные последствия для региона, в частности для людей, зависящих от важнейших медицинских услуг, предоставляемых организациями местного уровня и организациями гражданского общества. Чтобы более четко понять, как НМФ может отразиться на ВЕЦА, авторы изучают ситуацию в четырех странах – Армении, Грузии, Молдове и Узбекистане, – которые столкнутся с серьезными трудностями в результате изменения правил предоставления

финансирования Глобального Фонда. ЕССВ рекомендует сообществам проводить адвокативную работу в странах, на которые повлияют данные изменения, и призывает Глобальный фонд к большей прозрачности в организации процессов финансирования.

Доступность профилактики ВИЧ, лечения и ухода потребителей наркотиков и заключенных в Азербайджане, Казахстане, Кыргызской Республике, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане. Законодательный и политический анализ и рекомендации для реформ

United Nations Office on Drugs and Crime. 2010. Ashgabat, Turkmenistan: UNODC.

Выводы

Географическое расположение и нестабильность Таджикистана превратили страну в коридор для наркотиков. Вследствие своего географического положения (общая граница с Афганистаном, Китаем и другими Центрально-Азиатскими республиками, в частности Узбекистаном и Кыргызской Республикой) и нестабильной социально-экономической ситуации, Таджикистан стал транзитным коридором для предназначенных для других стран наркотиков. Благодаря этому наркотические средства являются легкодоступными и дешевыми в самом Таджикистане, что способствует распространению ВИЧ и других инфекций, передающихся через кровь. Дополнительными причинами эпидемии ВИЧ в Таджикистане являются высокий уровень трудовой миграции населения и низкий уровень осведомленности о ВИЧ среди населения в целом, ведущие к рискованному поведению особенно среди молодежи, например, началу употребления наркотиков или практики незащищенных половых контактов.

Высокий уровень инфекций, передающихся через кровь, среди ПИН. Один из источников приводит данные о том, что в Таджикистане 15 000 человек употребляют инъекционные наркотики, из которых 23,5% заражены ВИЧ, а 43,4% – гепатитом С. Согласно недавно опубликованным данным, 17 000 человек в Таджикистане употребляют инъекционные наркотики, что составляет 0,45% уровня распространения инъекционного потребления наркотиков (среди взрослых в возрасте от 15 до 64 лет). Число официально зарегистрированных потребителей наркотиков возросло с 4 200 человек в 2000 году до 8 607 в 2007 году. В 2006 году распространенность ВИЧ среди ПИН составляла в Душанбе, столице Таджикистана, 23,5%.

Рекомендации

Уделить внимание уязвимым группам и обеспечить их вовлечение. В интересах большей инклюзивности, и, следовательно, большей информированности и эффективности, национальные программы и стратегии по ВИЧ/СПИДу и наркотикам должны прямо гарантировать:

- внимание к вопросам профилактики ВИЧ, уходу, лечению и поддержки уязвимых групп, включая среди прочих людей, потребляющих наркотики, и заключенных;
- вовлечение НПО, людей живущих с ВИЧ, ПИН и других представителей уязвимых групп.

Отменить ненужные и не действующие положения, запрещающие потребления наркотиков. Как отмечено выше, действующая редакция Закона «О наркотиках, психотропных веществах и прекурсорах» (ст. 15) устанавливает запрет на употребление наркотических веществ без рецепта врача, однако ни этот закон, ни любой другой не предусматривает наказания за такое

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

употребление. Это положение не преследует никакой цели, однако стигматизирует людей, зависимых от наркотиков.

Смягчить наказание за хранение наркотических веществ в мелких размерах без цели сбыта. В рамках Кодекса об административных правонарушениях (ст. 42) в случае хранения наркотиков без цели сбыта налагается административная ответственность в виде штрафа. В случае хранения в размерах ниже определения «мелких» возможна уголовная ответственность. В этом отношении законодательство Таджикистана показывает положительный пример, исключая в некоторых случаях уголовное преследование за хранение наркотиков в незначительных размерах без цели сбыта. Однако во многих случаях закон все еще устанавливает довольно суровое наказание. Учитывая, что зависимость от наркотиков является хроническим рецидивным состоянием, уголовная ответственность за повторное хранение даже в мелких и небольших количествах запрещенных наркотиков без цели сбыта делает из наркозависимых людей преступников. Правительство Таджикистана должно полностью отменить уголовное наказание за хранение наркотиков в мелких количествах без цели сбыта. Это можно сделать путем принятия соответствующего изменения в Уголовном кодексе (и Кодексе об административных правонарушениях, если будет принято решение об отмене административного наказания за хранение в мелких размерах без цели сбыта).

Создать четкую законодательную базу для программ по обмену игл и шприцев. С целью поддержки эффективной профилактики ВИЧ среди ПИН и для защиты общественного здоровья в широком смысле, группа национальных экспертов рекомендует создание четкой законодательной базы для программ по обмену игл и шприцев, включая утилизацию использованных шприцев.

Освободить программы снижения вреда от уголовной и административной ответственности. Осуществляемая НПО аутрич-работа по снижению вреда для ПИН, программы предоставления стерильных шприцев или других средств, например для профилактики ВИЧ, должны быть прямо освобождены от возможной уголовной и административной ответственности. В частности, от ответственности по статье 203 («Вовлечение в потребление наркотических средств»), статье 205 («Организация или содержание притонов для потребления наркотических средств») Уголовного кодекса или по статье 42.1 Кодекса об административных правонарушениях за «хранение» остаточных количеств наркотического вещества в использованных шприцах или других средствах для введения наркотиков.

Ограничить применение неоправданно широких положений о принудительном тестировании на наркотики. В настоящее время статья 16 Закона «О наркотиках, психотропных веществах и прекурсорах» разрешает принудительное тестирование на наркотики при наличии достаточных оснований предполагать, что данный человек употребил запрещенные наркотики, хотя само по себе потребление наркотиков не является ни уголовным, ни административным преступлением. Кроме того, статья 18 Закона «О наркологической помощи» гласит следующее: «Лицо, в отношении которого имеются основания полагать, что оно страдает наркоманией и алкоголизмом или находится в состоянии алкогольного опьянения или наркотического одурманивания, либо употребило наркотическое средство или психотропное вещество без назначения врача, может быть направлено на медицинское освидетельствование». Как было отмечено выше, такие положения нарушают многие права человека. Кроме всего прочего, принудительное тестирование на наркотики нарушает право на неприкосновенность личной жизни и безопасность, и в большинстве случаев оно бывает неоправданным, так как факт употребления наркотиков в прошлом не доказывает, что человек может нанести вред самому себе или окружающим, что может быть единственным возможным оправданием нарушений государством вышеизложенных прав. Для устранения неоправданно широких положений о принудительном тестировании на наркотики рекомендуется, чтобы парламент Таджикистана отменил статью 16

Закона «О наркотиках, психотропных веществах и прекурсорах» и статью 18 Закона «О наркологической помощи».

Декриминализовать секс-работу. По рекомендации международных руководств по ВИЧ/СПИДу и правам человека необходимо пересмотреть уголовное законодательство в отношении работы взрослых в сфере оказания сексуальных услуг, не влекущей за собой причинение вреда, с целью его декриминализации и введения мер правового регулирования соблюдения правил гигиены и безопасности в целях защиты лиц, работающих в сфере сексуальных услуг и их клиентов, включая поддержку безопасного секса при оказании услуг. Рекомендуется отменить статью 174 Кодекса об административных правонарушениях Таджикистана (занятие проституцией). Статьи 238-239 Уголовного кодекса Таджикистана являются достаточными для наказания правонарушений, связанных с секс-работой.

Отменить специальные положения уголовного права по заражению ВИЧ и ИППП. Статьи 125 и 126 Уголовного кодекса Таджикистана, налагающие ответственность непосредственно за заражение и подвергание опасности заражения ВИЧ и «венерическими болезнями», должны быть отменены. В случае умышленного заражения ИППП или ВИЧ эти преступления могут регулироваться положениями, накладывающими ответственность за причинение вреда здоровью, предусмотренными другими статьями Уголовного кодекса.

Внедрить опиоидную заместительную терапию. Необходимо расширить методы лечения наркотической зависимости в Таджикистане и привести их в соответствие с международными стандартами и лучшей мировой практикой. МЗ Таджикистана рекомендуется незамедлительно внедрить программы ОЗТ. Как указывалось выше, ОЗТ разрешается законом Таджикистана и поддерживается Национальной программой по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа и постановлением МЗ Таджикистана. Реализация программ ОЗТ не должна откладываться. Небольшие пилотные проекты, одобренные в 2008 году, должны начать работу и постепенно перерасти в более масштабные программы. Для того, чтобы развивать дальше этот необходимый вид медицинских услуг, имеющих огромное значение для лечения наркотической зависимости и профилактики ВИЧ среди ПИН, не требуется принятия дополнительных законов.

Реформировать систему регистрации потребителей наркотиков. С целью защиты и уважения прав человека, а также устранения причин, которые заставляют людей уклоняться от обращения за лечением наркотической зависимости и другими услугами, связанными с потреблением наркотиков, Таджикистан должен отменить централизованный учет потребителей наркотиков, так как это служит основанием для нарушения прав человека. Для этого необходимо внести поправки в соответствующие пункты статьи 14 Закона «О наркологической помощи» с целью отмены положения об учете потребителей наркотиков; также рекомендуется внести изменения в соответствующие положения приказа МЗ.

Обеспечить соблюдение конфиденциальности медицинской информации о потребителях наркотиков. Закон «О наркологической помощи» требует, чтобы наркологические учреждения «сотрудничали» с правоохранительными органами (ст. 22). Закон также требует, чтобы эти учреждения раскрывали информацию о наркотической зависимости людей при получении письменного запроса от различных структур, включая прокуратуру, судебные и следственные органы (ст. 21). Обмен информацией и сотрудничество между правоохранительными органами и медицинскими учреждениями, занимающимися лечением наркотической зависимости, должны быть ограничены законом. Установившаяся практика раскрытия личной информации правоохранительным органам, включая информацию о здоровье пациента, подрывает доверие пациентов к медицинским работникам и препятствует их обращению за медицинскими услугами, включая услуги по лечению наркотической зависимости.

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

Рекомендуется внести в эти статьи поправки, которые значительно сузят область «сотрудничества» наркологических центров с правоохранительными органами и ограничат требования относительно раскрытия конфиденциальной информации о состоянии здоровья пациентов.

Реформировать законодательство о принудительном лечении наркотической зависимости. Согласно информации, предоставленной национальной экспертной группой, Закон «О принудительном лечении больных алкоголизмом и наркоманией», не имеющий механизма реализации, необходимо отменить, чтобы устранить возможность применения принудительного лечения наркотической зависимости. Как было отмечено выше, согласно международному праву принудительное медицинское вмешательство без четкого и убедительного обоснования считается нарушением основных прав человека. Принудительное лечение может быть оправдано только в исключительных случаях, когда такое лечение является исключительно крайней мерой для лиц, о которых достоверно известно, что они являются наркозависимыми, а не просто случайными потребителями наркотиков.

Внедрить программы профилактики и лечения передозировок. С целью предотвращения смертельных исходов и других серьезных последствий передозировок среди потребителей опиоидных наркотиков, аутрич-работникам (включая тех, кто работает в НПО, и равных консультантов, которые потребляют или потребляли наркотики в прошлом) должно быть предоставлено право в случае передозировки выдавать или применять такие препараты, как налоксон.

Усиление мер по снижению вреда. В 2008 году были приняты дополнения к Закону «О противодействии ВИЧ/СПИДу», которые включали статью, провозглашающую приоритетность профилактики ВИЧ, которая должна основываться на принципах гуманизма и соблюдения прав человека, и осуществляться с учетом рекомендаций ООН. Это положительное изменение в законодательстве, однако, для того, чтобы усилить эти положения, законодатели Таджикистана могут рассмотреть возможность введения положения о проведении обязательных мер по снижению вреда, включая меры по профилактике ВИЧ среди ПИН и заключенных. Эти положения должны включать конкретные рекомендации и обязательства для государственных органов и учреждений, непосредственно отвечающих за эту сферу, например, для МЗ и Министерства юстиции. Кроме того, для правоохранительных органов, например, для Агентства по контролю над наркотиками, необходимо определить четкие направления сотрудничества с другими государственными органами и НПО в целях эффективного предоставления услуг по снижению вреда и работы таких служб (например, программа предоставления стерильных шприцев, ОЗТ).

Обеспечение получения информированного согласия на тестирование на ВИЧ. Группа национальных экспертов сообщила о принятых положительных шагах, направленных на закрепление четкого требования о получении информированного согласия на тестирование на ВИЧ в соответствии со стандартами информированного согласия, а также до- и послетестового консультирования. В то время как детали получения информированного согласия и консультирования могут быть определены в разных подзаконных актах (например, в приказе или инструкции МЗ), рекомендуется включить в Закон «О противодействии ВИЧ/СПИДу» положение по типу следующего: «Тест на ВИЧ или другие вирусы, передающиеся через кровь, не должен проводиться без добровольного согласия человека, подвергаемого тестированию, чье информированное согласие должно быть четко зафиксировано в письменном виде».

Устранить противоречия и нарушения прав человека, касающиеся принудительного тестирования и лечения ВИЧ и ИППП. Действующий Закон «О противодействии ВИЧ/СПИДу» утверждает основной принцип добровольности тестирования на ВИЧ, Закон «Об охране здоровья

населения» гарантирует право лица отказаться от медицинского обследования и лечения. Однако существующее законодательство Таджикистана предусматривает также и многочисленные необоснованные исключения из этого принципа, включая другие положения Закона «Об охране здоровья населения», которые разрешают принудительное тестирование и лечение в случае наличия различных заболеваний, включая ВИЧ-инфекцию. Необходимо устранить это противоречие и выражающееся в применении принудительных медицинских вмешательств нарушение прав человека с помощью законодательной реформы, и привести законы в соответствие с международными стандартами.

Обеспечить защиту других прав пациентов. Несмотря на то, что действующий Закон «Об охране здоровья населения» признает некоторые из важнейших прав пациентов, его положения следует усилить – с целью защиты прав всех пациентов, а не только тех, у кого ВИЧ, ИППП или наркотическая зависимость, – путем прямого введения положений, гарантирующих право на лечение в соответствии с принятой клинической практикой без дискриминации, право на содержательное участие в процессе принятия всех решений и постановки целей лечения, право на конфиденциальность медицинских записей и результатов анализов, а также право на полную информированность о своих правах и обязательствах в качестве пациента, включая информацию об оплате услуг.

Обеспечить доступность добровольного лечения наркотической зависимости, включая ОЗТ, в тюрьмах. Принимая во внимание высокий уровень распространения наркотической зависимости среди заключенных, влияние рискованного употребления наркотиков на распространение эпидемии ВИЧ и важность доступа к медицинским услугам, предоставляемым с учетом права человека и способствующим обеспечению наивысшего достижимого уровня здоровья для всех, рекомендуется введение в таджикских тюрьмах программы добровольного лечения наркотической зависимости. Как только программы ОЗТ будут внедрены для общего населения, необходимо сделать их доступными в местах лишения свободы как важный элемент программ, направленных на решение проблемы наркотической зависимости. Таким образом, если в Закон «О наркологической помощи» будут вноситься поправки для создания четкой правовой основы заместительной терапии, защищающей права человека в отношении пациентов, получающих ОЗТ, эти поправки должны содержать прямые указания на предоставление доступа к ОЗТ для наркозависимых в тюрьмах.

Внедрить профилактику ВИЧ и снижение вреда в местах лишения свободы и местах принудительного содержания. Внутренние нормативные положения исправительных учреждений рекомендуется пересмотреть с целью укрепления усилий по профилактике ВИЧ-инфекции среди заключенных, в том числе издать приказ о проведении мероприятий для обеспечения доступа к дезинфекционным средствам и стерильным шприцам, а также обеспечения доступа к презервативам и информации о риске передачи ВИЧ-инфекции через незащищенные половые контакты или потребление наркотиков. Нормативные положения, запрещающие заключенным хранить иглы и шприцы, необходимо отменить, так как они создают препятствие для реализации программы обмена игл и шприцев в тюрьмах.

Ликвидация дискриминации заключенных, живущих с ВИЧ или наркотической зависимостью. Для ликвидации, заложенной в действующий закон дискриминации необходимо внести несколько поправок в Кодекс исполнения уголовных наказаний Таджикистана:

- отменить запрет перевода заключенных, проходящих принудительное лечение от наркотической зависимости, в улучшенные условия содержания (в учреждения с менее строгим режимом содержания);

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

- исключить из статей 80 и 100 (и других указанных статей) положения о том, что ВИЧ и незавершенные курсы лечения наркотической зависимости, и ИППП являются основаниями для ограничения права пациента на перемещение;
- отменить статью 78, предусматривающую раздельное содержание ВИЧ-позитивных, как дискриминационную.

Устранить требование о тестировании на ВИЧ при приеме на работу или учебу. Действующее законодательство Таджикистана запрещает отказывать в приеме на работу или увольнять кого-либо на основе ВИЧ статуса. Наряду с этим, в законодательстве должно быть четко указано, что требование пройти тестирование до приема на работу или в период трудовой деятельности или посещения образовательных учреждений однозначно является неоправданной дискриминацией.

Устранить дискриминацию людей, зависимых от наркотиков, при трудоустройстве и в образовательных учреждениях. Требование пройти тестирование до приема на работу, при трудоустройстве или при поступлении в учебное заведение также является неоправданной дискриминацией, основанной на состоянии здоровья. Требование пройти тестирование во время работы может быть потенциально оправдано только в ограниченных случаях, например, ограниченное тестирование работников, связанных с источником повышенной опасности, и только в случаях, когда имеются обоснованные подозрения употребления наркотиков или основанное на случайной выборке тестирование для работников, возвращающихся на работу после прохождения курса лечения наркотической зависимости.

Уважение и защита семейных отношений: Закон «О противодействии ВИЧ/СПИДу» запрещает ограничение «прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основе наличия у них ВИЧ, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных». Однако, как было указано выше, действующее законодательство гласит, что статус ВИЧ-инфицированного может стать основанием для отказа в усыновлении или причиной лишения родительских прав. В свете сказанного выше:

- в статьи 69 и 14(5) Семейного кодекса необходимо внести поправки, поясняющие, что в случаях жестокого обращения с детьми или невыполнения обязанностей, наличие наркотической зависимости как таковое не может считаться достаточным основанием для лишения родительских прав, при этом в каждом случае необходим индивидуальный подход и тщательный анализ всех обстоятельств дела. Кроме того, ограничение права на вступление в брак в случаях, когда человек является наркозависимым, должно быть отменено;
- в Постановление правительства, включающее ВИЧ и наркотическую зависимость в перечень обстоятельств, препятствующих усыновлению или получению опекуна над ребенком, необходимо внести поправки с тем, чтобы исключить эти обстоятельства из данного перечня.

Отчет об оценке потребностей Центрально-Азиатского учебно-информационного центра снижения вреда

Schonning, S. and R. Stuikyte. 2009. Central Asia AIDS Control Project (CAAP).

Данный отчет описывает рекомендованные направления деятельности Центрально-Азиатского учебно-информационного центра снижения вреда.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Таблица: оценочные отчеты по ситуации в странах ЦАР с учетом классификации ГФСТМ и PEPFAR PFIP

	Общая ситуация	Стигма и дискриминация	Гендерные вопросы	Кадровые ресурсы в сфере здравоохранения	Лабораторная деятельность	Межсекторальные взаимосвязи	Стратегическая информация	Доступ к лекарствам	Основные группы населения (УГ)	Дети (не СУА)	КИТ	Другие меры профилактики	Туберкулез/ВИЧ	Клинические услуги	Деятельность на уровне сообщества
Казахстан															
Boltaev, A., A. Deryabina, and A. Howard. 2012. <i>Assessment of Medication-assisted Therapy in Kazakhstan</i> . Almaty: ICAP.	X	X		X			X	X	X					X	X
ICAP. 2012. <i>Report on the Baseline Assessment of HIV Care and Treatment Services in Kazakhstan</i> . Almaty: ICAP.	X			X			X		X						
Wilson, David P., Lei Zhang, Cliff Kerr, Amy Kwon, Alexander Hoare et al. 2011. <i>Evaluating the Cost-effectiveness of Needle-syringe Exchange Programs in Kazakhstan, 2000–2010</i> . Almaty: UNAIDS, World Bank, and University of New South Wales.	X								X						
Quality Health Care Project. 2012. <i>Improving Efficiency: A Rapid Evaluation of ARV Procurement, Storage Distribution, and Dispensing in Kazakhstan</i> . Quality Health Care Project.	X						X								

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

	Общая ситуация	Стигма и дискриминация	Гендерные вопросы	Кадровые ресурсы в сфере здравоохранения	Лабораторная деятельность	Межсекторальные взаимосвязи	Стратегическая информация	Доступ к лекарствам	Основные группы населения (УГ)	Дети (не СУА)	КИТ	Другие меры профилактики	Туберкулез/ВИЧ	Клинические услуги	Деятельность на уровне сообщества
Murzalieva, Gulgun and Alla Elizaryeva. 2010. <i>Study and Evaluation of Central Asia Health Facilities' Capacity in Provider-initiated HIV Testing and Counseling</i> . Almaty: AIDS Control Project, Republic of Kazakhstan.	X	X		X		X	X	X	X	X	X		X		
UNAIDS. 2009. <i>Kazakhstan Country Situation</i> . Geneva: UNAIDS.															
Routh, Subrata. 2007. <i>An Assessment of the HIV/AIDS and Related Health Delivery Systems in Karaganda Oblast in Kazakhstan (Study of Patient-flow, Functionality and Funding Issues)</i> . Almaty, Kazakhstan: CAPACITY Project.	X	X		X					X				X	X	X
Kulzhanov, Maksut and Bernd Rechel. 2007. "Kazakhstan: Health System Review." <i>Health Systems in Transition</i> 9(7).															
Struthers, Marie and Joanne Csete. 2003. "Fanning the Flames: How Human Rights Abuses Are Fueling the AIDS Epidemic in Kazakhstan." <i>Human Rights Watch</i> (June) 15(4).	X	X	X					X	X						

	Общая ситуация	Стигма и дискриминация	Гендерные вопросы	Кадровые ресурсы в сфере здравоохранения	Лабораторная деятельность	Межсекторальные взаимодействия	Стратегическая информация	Доступ к лекарствам	Основные группы населения (УГ)	Дети (не СУА)	КиТ	Другие меры профилактики	Туберкулез/ВИЧ	Клинические услуги	Деятельность на уровне сообщества
Кыргызская Республика															
Bivoli, Stela, Marina Smelyanskaya, Yulia Aleshkina, and Konstantin Lezhentsev. 2011. <i>Comprehensive Analysis of Harm Reduction Services in Kyrgyzstan</i> (draft). Bishkek: UNAIDS, DFID, and Quality Health Care Project.	X							X	X	X		X	X		
Thumath, Meghan, Aisuluu Bolotbaeva, Danielle Parsons, and Dave Burrows. 2011. <i>Technical Report: Individual, Social and Structural Barriers to ARV Adherence in Kyrgyzstan and a Proposed Plan of Action</i> Quality Health Care Project in the Central Asian Republics. Bethesda, MD: Quality Health Care Project in the Central Asian Republics, Abt Associates Inc.	X	X	X	X			X		X	X			X	X	
Deryabina, Anna. 2011. <i>Mapping of Key HIV Services, Assessment of Their Quality, and Analysis of Gaps and Needs of Most-at-Risk Populations in Chui Oblast and Bishkek City, Kyrgyzstan</i> . Arlington, A: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order 1.	X	X		X				X	X					X	

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

	Общая ситуация	Стигма и дискриминация	Гендерные вопросы	Кадровые ресурсы в сфере здравоохранения	Лабораторная деятельность	Межсекторальные взаимосвязи	Стратегическая информация	Доступ к лекарствам	Основные группы населения (УГ)	Дети (не СУД)	КИТ	Другие меры профилактики	Туберкулез/ВИЧ	Клинические услуги	Деятельность на уровне сообщества
Murzalieva, Gulgun, Julia Aleshkina, Adyl Temirov, Amol Samiev, Nurzada Kartanbaeva et al. 2009. <i>Mapping Context Report: Tracking Global HIV/AIDS Initiatives and their Impact on the Health System: the Experience of the Kyrgyz Republic</i> (draft). Center for Health System Development and American University in Central Asia.	X						X	X							X
Routh, Subrata, Anton Kovalenko, Nurgul Kinderbaeva, Jumabek Malabekov, and Saltanat Ashymova. 2008. <i>Final Report and Functional Analysis of the Institutional Structure, Roles and Relationships for HIV/AIDS and Related Service Programs in Kyrgyzstan</i> . Bishkek: CAPACITY Project Central Asian Program on AIDS Control in Vulnerable Populations	X			X		X	X						X	X	X
Central Asia Regional HIV/AIDS Programme. [no date]. <i>Lessons Learnt on Setting Up Harm Reduction Services in Kyrgyzstan's Prisons</i> . CARHAP.	X			X								X			

	Общая ситуация	Стигма и дискриминация	Гендерные вопросы	Кадровые ресурсы в сфере здравоохранения	Лабораторная деятельность	Межсекторальные взаимосвязи	Стратегическая информация	Доступ к лекарствам	Основные группы населения (УГ)	Дети (не СУА)	КИГ	Другие меры профилактики	Туберкулез/ВИЧ	Клинические услуги	Деятельность на уровне сообщества
Таджикистан															
United Nations Development Programme. 2012. <i>Analytical Report—Tajikistan: Opportunities for Harmonization of National Legislation Related to HIV with Best International Standards and Practices</i> . New York: UNDP.	X	X			X				X	X	X				
Support Project. 2012. <i>Report on the Baseline Assessment of HIV Care and Treatment Services in Tajikistan</i> . Dushanbe: ICAP.	X			X	X	X							X	X	
Musaeva, Zarina, Dilrom Abbasova, and Anna Deryabina. 2011. <i>Mapping of Key HIV Services, Assessment of Their Quality, and Analysis of Gaps and Needs of Most-at-Risk Populations in Selected Sites of Tajikistan</i> . Arlington, VA: AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-Two, Task Order 2.	X	X		X				X	X		X	X		X	X
Routh, Subrata, Anton Kovalenko, and Zarina Musaeva. 2009. <i>Final Report: Functional Analysis of the Institutional Structure, Roles and Relationships for HIV/AIDS and Related Service Programs in Tajikistan</i> . Dushanbe: CAPACITY Project.	X					X						X	X	X	

	Общая ситуация	Стигма и дискриминация	Гендерные вопросы	Кадровые ресурсы в сфере здравоохранения	Лабораторная деятельность	Межсекторальные взаимосвязи	Стратегическая информация	Доступ к лекарствам	Основные группы населения (УГ)	Дети (не СУА)	КИГ	Другие меры профилактики	Туберкулез/ВИЧ	Клинические услуги	Деятельность на уровне сообщества
Strategic Research Center Under President of Tajikistan. 2008. <i>National Study on the Stigmatization and Forms of Discrimination against People Living with HIV</i> . Dushanbe: Government of Tajikistan.	X	X										X		X	

	Общая ситуация	Стигма и дискриминация	Гендерные вопросы	Кадровые ресурсы в сфере здравоохранения	Лабораторная деятельность	Межсекторальные взаимодействия	Стратегическая информация	Доступ к лекарствам	Основные группы населения (УГ)	Дети (не СУА)	КИТ	Другие меры профилактики	Туберкулез/ВИЧ	Клинические услуги	Деятельность на уровне сообщества
Более одной страны															
Quality Health Care Project. 2011. <i>Trip Report: Medication-assisted Treatment in Kazakhstan, Kyrgyzstan and Tajikistan in Mid-2011.</i>	X			X				X		X					
Shapoval, Anna and Sophie Pinkham. 2011. <i>Technical Report: Women and Harm Reduction in Central Asia.</i> Bethesda, MD: Quality Health Care Project in Central Asian Republics, Abt Associates Inc.	X	X	X						X	X		X			X
Coughlan, Marie, Aram Manukyan, Aisuluu Bolotbaeva, Danielle Parsons, and Dave Burrows. 2011. <i>Technical Report: HIV Counseling and Testing in Kyrgyzstan, Kazakhstan, and Tajikistan.</i> Bethesda, MD; Quality Health Care Project Central Asia Republics, Abt Associates Inc.	X			X			X				X				
Central Asia Regional HIV/AIDS Programme. 2012. <i>Cost Analysis of Kyrgyzstan and Tajikistan HIV/AIDS Harm Reduction Services: A Survey Funded by UKaid under the Central Asia Regional HIV/AIDS Programme.</i> Bishkek: CARHAP.	X											X		X	

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

	Общая ситуация	Стигма и дискриминация	Гендерные вопросы	Кадровые ресурсы в сфере здравоохранения	Лабораторная деятельность	Межсекторальные взаимосвязи	Стратегическая информация	Доступ к лекарствам	Основные группы населения (УГ)	Дети (не СУА)	КИТ	Другие меры профилактики	Туберкулез/ВИЧ	Клинические услуги	Деятельность на уровне сообщества
Eurasian Harm Reduction Network. 2013. <i>The Global Fund's New Funding Model: What It Might Mean for You and Your Country</i> . Vilnius: EHRN.	X														
United Nations Office on Drugs and Crime. 2010. <i>Accessibility of HIV Prevention, Treatment and Care Services for People Who Use Drugs and Incarcerated People in Azerbaijan, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Turkmenistan and Uzbekistan: Legislative and Policy Analysis and Recommendations for Reform</i> . Ashgabat, Turkmenistan: UNODC.	X	X	X				X		X		X	X			
Schonning, Shona and Raminta Stuikyte. 2009. <i>Needs Assessment Report for the Central Asian Training and Information Center on Harm Reduction</i> . Central Asia AIDS Control Project (CAAP).	X														

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- Bivoli, Stela, Marina Smelyanskaya, Yulia Aleshkina, and Konstantin Lezhentsev. 2011. *Comprehensive Analysis of Harm Reduction Services in Kyrgyzstan* (draft). Bishkek: UNAIDS, DFID, and Quality Health Care Project.
- Boltaev, A., A. Deryabina, and A. Howard. 2012. *Assessment of Medication Assisted Therapy in Kazakhstan*. Almaty: ICAP.
- Central Asia Regional HIV/AIDS Programme. 2012. *Cost Analysis of Kyrgyzstan and Tajikistan HIV/AIDS Harm Reduction Services: A Survey Funded by UKaid under the Central Asia Regional HIV/AIDS Programme*. Bishkek: CARHAP.
- Central Asia Regional HIV/AIDS Programme. [n.d.]. *Lessons Learnt on Setting Up Harm Reduction Services in Kyrgyzstan's Prisons*. CARHAP.
- Coughlan, Marie, Aram Manukyan, Aisuluu Bolotbaeva, Danielle Parsons, and Dave Burrows. 2011. *Technical Report: HIV Counseling and Testing in Kyrgyzstan, Kazakhstan, and Tajikistan*. Bethesda, MD: Quality Health Care Project Central Asia Republics, Abt Associates Inc.
- Deryabina, Anna. 2011. *Mapping of Key HIV Services, Assessment of Their Quality, and Analysis of Gaps and Needs of Most-at-Risk Populations in Chui Oblast and Bishkek City, Kyrgyzstan*. Arlington, VA: AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order 1.
- Eurasian Harm Reduction Network. 2013. *The Global Fund's New Funding Model: What It Might Mean for You and Your Country*. Vilnius: EHRN.
- ICAP. 2012. *Report on the Baseline Assessment of HIV Care and Treatment Services in Kazakhstan*. Almaty: ICAP.
- Kulzhanov, Maksut, and Bernd Rechel. 2007. "Kazakhstan: Health System Review." *Health Systems in Transition* 9(7).
- Murzalieva, Gulgun, Julia Aleshkina, Adyl Temirov, Amol Samiev, Nurzada Kartanbaeva et al. 2009. *Mapping Context Report: Tracking Global HIV/AIDS Initiatives and their Impact on the Health System: the Experience of the Kyrgyz Republic* (draft). Center for Health System Development and American University in Central Asia.
- Murzalieva, Gulgun and Alla Elizaryeva. 2010. *Study and Evaluation of Central Asia Health Facilities' Capacity in Provider-initiated HIV Testing and Counseling*. Almaty: AIDS Control Project, Republic of Kazakhstan.
- Musaeva, Zarina, Dilorom Abbasova, and Anna Deryabina. 2011. *Mapping of Key HIV Services, Assessment of Their Quality, and Analysis of Gaps and Needs of Most-at-Risk Populations in Selected Sites of Tajikistan*. Arlington, VA: AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-Two, Task Order 2.
- Quality Health Care Project. [n.d.]. *Medication-assisted Treatment in Kazakhstan, Kyrgyzstan, and Tajikistan in Mid-2010*. Quality Health Care Project.

Аналитический обзор рекомендаций в отношении политики в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007 – 2012 гг.)

Quality Health Care Project. 2011. *HIV Counseling and Testing in Kyrgyzstan, Kazakhstan and Tajikistan*. Quality Health Care Project.

Quality Health Care Project. 2012. *Trip Report: Medication-assisted Treatment in Kazakhstan, Kyrgyzstan and Tajikistan in Mid-2011*. Quality Health Care Project.

Routh, Subrata. 2007. *An Assessment of the HIV/AIDS and Related Health Delivery Systems in Karaganda Oblast in Kazakhstan (Study of Patient-flow, Functionality and Funding Issues)*. Almaty, Kazakhstan: CAPACITY Project.

Routh, Subrata, Anton Kovalenko, Nurgul Kinderbaeva, Jumabek Malabekov, and Saltanat Ashymova. 2008. *Final Report and Functional Analysis of the Institutional Structure, Roles and Relationships for HIV/AIDS and Related Service Programs in Kyrgyzstan*. Bishkek: CAPACITY Project Central Asian Program on AIDS Control in Vulnerable Populations.

Routh, Subrata, Anton Kovalenko, and Zarina Musaeva. 2009. *Final Report: Functional Analysis of the Institutional Structure, Roles and Relationships for HIV/AIDS and Related Service Programs in Tajikistan*. Dushanbe: CAPACITY Project.

Schonning, Shona, and Raminta Stuiyte. 2009. *Needs Assessment Report for the Central Asian Training and Information Center on Harm Reduction*. Central Asia AIDS Control Project (CAAP).

Shapoval, Anna and Sophie Pinkham. 2011. *Technical Report: Women and Harm Reduction in Central Asia*. 2011. Bethesda, MD: Quality Health Care Project in the Central Asian Republics, Abt Associates Inc.

Strategic Research Center Under the President of Tajikistan. 2008. *National Study on the Stigmatization and Forms of Discrimination against People Living with HIV*. Dushanbe: Government of Tajikistan.

Struthers, Marie and Joanne Csete. June 2003. “Fanning the Flames: How Human Rights Abuses Are Fueling the AIDS Epidemic in Kazakhstan.” *Human Rights Watch* 15(4).

Support Project. 2012. *Report on the Baseline Assessment of HIV Care and Treatment Services in Tajikistan*. Dushanbe: ICAP.

Thumath, Meghan, Aisuluu Bolotbaeva, Danielle Parsons, and Dave Burrows. 2011. *Technical Report: Individual, Social and Structural Barriers to ARV Adherence in Kyrgyzstan and a Proposed Plan of Action* Quality Health Care Project in the Central Asian Republics. Bethesda, MD: Quality Health Care Project in the Central Asian Republics, Abt Associates Inc.

UNAIDS. 2009. *Kazakhstan Country Situation*. Geneva: UNAIDS.

United Nations Development Programme. 2012. *Analytical Report—Tajikistan: Opportunities for Harmonization of National Legislation Related to HIV with Best International Standards and Practices*. New York: UNDP.

United Nations Office on Drugs and Crime. 2010. *Accessibility of HIV Prevention, Treatment and Care Services for People Who Use Drugs and Incarcerated People in Azerbaijan, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Turkmenistan and Uzbekistan: Legislative and Policy Analysis and Recommendations for Reform*. Ashgabat, Turkmenistan: UNODC.

Wilson, David P., Lei Zhang, Cliff Kerr, Amy Kwon, Alexander Hoare et al. 2011. *Evaluating the Cost-effectiveness of Needle-syringe Exchange Programs in Kazakhstan, 2000–2010*. Almaty: UNAIDS, World Bank, and University of New South Wales.

For more information, contact:

Health Policy Project

Futures Group

1331 Pennsylvania Ave NW, Suite 600

Washington, DC, 20004

Tel: (202) 775-9680

Fax: (202) 775-9694

Email: policyinfo@futuresgroup.com

www.healthpolicyproject.com